

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica

O ENFERMEIRO COMO GESTOR DA DOR
AGUDA DO DOENTE ONCOLÓGICO EM PÓS-
OPERATÓRIO

Pedro Miguel Varanda Queiroz

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica

O ENFERMEIRO COMO GESTOR DA DOR
AGUDA DO DOENTE ONCOLÓGICO EM PÓS-
OPERATÓRIO

Pedro Miguel Varanda Queiroz

**Dissertação de Relatório de Estágio orientado pela Professora
Doutora Maria Alexandra Pinto Santos e coorientado pela
Enfermeira Cristina Fonseca Fernandes**

2013



À orientadora do projeto, Professora Doutora Alexandra Pinto Santos pela
disponibilidade, orientação e clarividência.

À enfermeira Cristina Fernandes pelas ideias visionárias sobre a dor e pelo
estoicismo

Aos enfermeiros do serviço de CG pelo exemplo de que é possível mudar

Ao António pela amizade incondicional

Ao Jorge e à Olívia pelo suporte sem o qual não seria possível

À Teresa, Leonor e Lisete por serem as pessoas que mais amo no mundo e a quem
em alguns momentos não pude dar a devida atenção

Lista de siglas

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CG – Cirurgia Geral

CNOD – Comissão Nacional para o Controlo da Dor

DAPO – Dor Aguda Pós-Operatória

DGS – Direção Geral da Saúde

EN – Escala Numérica

EUA – Estados Unidos da América

EVA – Escala Visual Analógica

EVD – Escala Verbal Descritiva

GDD - Grupo dinamizador da área de intervenção – Dor 5º Sinal Vital

IASP – International Association for the Study of Pain

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRSADAPO - Instrumento de Registo Sistemático da Avaliação da Dor Aguda Pós-operatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCA – Patient-Controlled Analgesia

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SO – Sala de Operados

TRAIDFID – Taxa de Registo de Avaliação das Intervenções Desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor

TRCAID – Taxa de Registo Contínuo da Avaliação da Intensidade da Dor

TRIDFID – Taxa de Registo das Intervenções Desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor

UDA – Unidade(s) de Dor Aguda(s)

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Indicadores auditados na enfermaria em 2009 e na enfermaria e SO em 2011

Gráfico 2 – Indicadores da auditoria na enfermaria e na SO em 2011 relativamente ao registo das escalas, localização, tipo e duração da dor

Gráfico 3 – Indicadores auditados no período de estágio na SO

Gráfico 4 – Percentagem do registo das características da dor no período de estágio na SO

Resumo

A dor é um sintoma comum no período pós-operatório das cirurgias oncológicas. Mas, apesar dos avanços da ciência, e de existirem cada vez mais recursos farmacológicos e não farmacológicos para a controlar, reconhece-se existirem défices no seu tratamento (Chung e Zui, 2003) que não são conhecidos, pois os registos de enfermagem não têm dados sistemáticos e regulares da avaliação e intervenção na dor realizadas. Tal situação, desviante das normas nacionais de boas práticas de cuidados de enfermagem, pode também manter o doente oncológico com mais e maior dor.

Este projeto pretendeu melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos com dor pós-operatória durante o internamento em sala de operados, recorrendo à metodologia de investigação-ação. Foi também orientador do trabalho da equipa de enfermagem a metodologia da gestão das unidades de dor aguda de modo a assegurar-se o controlo contínuo e regular da dor aguda pós-operatória dos doentes oncológicos, avaliada pelos indicadores relativos às taxas de registo contínuo, registo de intervenções de enfermagem em função da intensidade da dor e de reavaliação das intervenções.

Do diagnóstico da situação feito há a referir que os valores da taxa de avaliação contínua (5%), taxa de registo de intervenções (65%) e taxa de registo da reavaliação das intervenções (61,5%). Após se ter feito formação à equipa de enfermagem, aplicação de um instrumento de registo e monitorização contínua da ação os resultados subiram para 89,8%, 96, 5% e 81,4% respetivamente.

Conclui-se que a adequação dos instrumentos de registo é facilitador do mesmo o que foi demonstrado pela alteração dos valores dos indicadores institucionais, sugerindo-se a continuação do projeto de modo a assegurar o conforto dos doentes submetidos a cirurgia bem como a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: dor aguda pós-operatória; gestão de dor; unidades de dor aguda; cuidados enfermagem; alívio / controlo de dor aguda

Abstract

Pain is a common symptom in the postoperative period of oncological surgeries. Despite the advances of medical science, and increasing availability of pharmacological and non-pharmacological resources for pain control, gaps in the treatment are still recognized (Chung and Zui, 2003), These are not known, because the nursing records lack data of regular assessment and intervention on pain This situation, deviant from national standards of practice for nursing care, can also maintain the cancer patient with more and more pain.

This project sought to improve the quality of nursing care provided to cancer patients with postoperative pain during hospitalization in the recovery room, using the methodology of action-research. The team nursing approach was orientated by the management of acute pain units in order to ensure continuous monitoring and regular postoperative acute pain of cancer patients as measured by indicators for continuous registration rates, registration of nursing interventions depending on the severity of pain and reassessment of interventions.

Diagnosis of the situation registers values of continuous assessment rate (5%), interventions rates (65%) and reassessment of interventions rates (61.5%). After training the nursing team, with application of an instrument for registration and continuous monitoring, results rose to 89.8%, 96 5% and 81.4% respectively.

We conclude that the adequacy of a registration tool is a facilitator, as shown by the changes in values of institutional indicators, which suggests the continuation of the project to ensure the comfort of patients undergoing surgery as well as the quality of nursing care.

Keywords: acute postoperative pain, pain management, acute pain units, nursing care; relief / control of acute pain

INDÍCE

	p.
INTRODUÇÃO	10
1 – DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1- A dor	18
2.1.1 – A dor aguda do doente em pós-operatório de cirurgia oncológica	19
2.2 – O contexto político do combate à dor em Portugal	23
2.2.1 – O lugar das unidades de dor aguda	24
2.2.2 – A gestão da dor numa unidade de dor aguda	27
2.3 – O contributo da enfermagem	28
2.3.1 – O controlo da dor aguda pós-operatória cirúrgica	28
2.3.1.1 – A avaliação da dor: a utilização adequada das escalas	30
2.3.1.2 – A importância do registo enquanto garante da qualidade	32
2.3.2 – O conforto do doente oncológico em pós-operatório: a perspectiva de Kolcaba	34
3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	38
3.1 – No serviço de cirurgia de especialidade	38
3.2 – Na unidade de dor de nível dois	42
3.3 – No serviço de cirurgia geral	45
3.3.1 – Fase de diagnóstico	46
3.3.2 – Fase de planeamento	51
3.3.3 – Fase de implementação da acção	53
3.3.4 – Fase de análise e reflexão	54
4 - CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
Apêndices	
Apêndice I - Indicadores relativos à dor utilizados no projeto “Padrões de Qualidade”	
Apêndice II - Check list de cuidados de enfermagem autónomos/ações confortantes que incrementam o conforto do doente oncológico com DAPO	

- Apêndice III** - Instrumento de auditoria dos registos de enfermagem relativos à dor aguda pós-operatória
- Apêndice IV** - Questionário sobre o registo da dor nas notas de evolução de enfermagem da sala de operados
- Apêndice V** - Gráfico sobre escalas de avaliação da dor utilizadas na SO pelos enfermeiros
- Apêndice VI** – Gráfico identificativo das frequências absolutas de registo das intervenções de enfermagem executadas para controlo da dor na SO reconhecida pelos enfermeiros
- Apêndice VII** – Gráfico da frequência do registo da qualidade e da quantidade da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros
- Apêndice VIII** – Gráfico da frequência dos registos da localização, tipo e duração da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros
- Apêndice IX** – Gráfico dos factores que os enfermeiros referem contribuir para a inadequação de registos na SO
- Apêndice X** – Gráfico identificativo das necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros do serviço de CG
- Apêndice XI** – Primeira sessão de formação
- Apêndice XII** – Instrumento de registo sistemático da avaliação da dor aguda pós-operatória
- Apêndice XIII** – Segunda sessão de formação
- Apêndice XIV** – Gráfico identificativo das frequências relativas da intensidade do conforto pós-operatório na SO

INTRODUÇÃO

O alerta para o problema da dor nas suas diversas vertentes tem sido uma preocupação evidenciada por organismos internacionais como a OMS e a IASP. Em Portugal tem-se procurado dar continuidade à atuação nesta área, legislando-se inclusivamente sobre aquela matéria e estabelecendo programas de ação bem definidos, com metas e objetivos a atingir e indicadores claros de avaliação. O incremento de condições a nível logístico e organizacional tem proporcionado aos profissionais de saúde um conjunto de recursos potenciadores da sua atuação, definindo-se orientações para que a abordagem multidisciplinar do doente assuma um papel fundamental, pois, o efeito sinérgico de enfermeiros, médicos, farmacêuticos, psicólogos e outros técnicos, traduz-se no aumento da probabilidade do sucesso terapêutico.

Caraterizando-se a dor pela sua multidimensionalidade, onde componentes físicos, psicológicos, emocionais e sociais se conjugam, a sua abordagem e tratamento não é linear, diferindo entre indivíduos e até no mesmo indivíduo em momentos diferentes. Importa pois, que ao longo de todo o processo de controlo da dor, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, - por serem o grupo profissional que em continuidade se encontra presente junto dos doentes, - procedam a avaliações baseadas entre outras ferramentas em escalas validadas de modo a que, uma vez conhecida a dor do doente, estabelecer um plano de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

Segundo o INE (2009) 23% das mortes registadas em 2008 foram devido a doença oncológica. Esta realidade fez com que o tratamento deste tipo de doenças fosse considerada uma das prioridades da política de saúde em Portugal, em virtude também de o risco de uma pessoa vir a desenvolver uma doença oncológica durante a vida ser de 50%, e de vir a morrer por essa causa ser de 25% (Pimentel, 2006). Este tipo de doenças é comparado a uma epidemia, devido às elevadas taxas,

morbilidade, mortalidade e incidência (Macedo *et al*, 2008), obrigando a que sejam definidas formas eficazes de as tratar. A cirurgia foi o primeiro tratamento a ser implementado na doença oncológica, com vista à sua cura, permanecendo ainda na atualidade como um dos principais métodos utilizados, estimando-se que cerca de 60% dos doentes oncológicos necessitem da remoção tumoral cirúrgica.

A agressão cirúrgica vai produzir um conjunto de sintomas no doente, um dos quais a DAPO. A DAPO, tema central do projeto desenvolvido, continua no entanto, a ser uma área que necessita de investimento por parte dos profissionais, apesar do avanço na organização dos cuidados que as UDA (sejam elas de modelo americano ou europeu) vieram impor. Num estudo sobre a experiência dos doentes em relação à DAPO Apfelbaum, Chen, Mehta e Gan (2003) concluíram que aproximadamente 80% dos doentes a referem ter vivenciado, e desses 86%, classificam-na mesmo como moderada, intensa ou a pior dor que alguma vez sentiram. Também na revisão sistemática da literatura realizada sobre tratamento da DAPO Wu e Raja (2011) concluem que, apesar de a DAPO não ser controlada por completo, existiram nos últimos anos alguns avanços que melhoraram o seu tratamento.

Apesar dos esforços feitos pelos diversos organismos a nível internacional, nacional e local com elaboração de objetivos concretos, linhas orientadoras e programas de educação para os profissionais, a erradicação da DAPO continua a ser um problema de difícil solução, sendo uma das possíveis causas para tal o facto das organizações e investigadores responsáveis pela elaboração desses protocolos, ignorarem o impacto da influência contextual na implementação de mudanças (Manias, Botti e Bucknall, 2001). Independentemente de na sua maioria referirem experienciar DAPO, 90% dos doentes referiam estar satisfeitos com a analgesia prescrita, existindo uma percentagem de 75% dos doentes que considerava ser normal sentir dor após a cirurgia (Apfelbaum, Chen, Mehta e Gan, 2003).

Em Portugal os défices no controlo da DAPO são uma realidade, como é salientado no PNCD, o que está em linha com o que sucede em países europeus com maior grau de desenvolvimento, facto que parece ser de difícil compreensão dado o conhecimento prévio que se possui acerca da causa que a desencadeia (DGS, 2008).

É pois fundamental despertar as consciências dos enfermeiros para esta problemática, sendo um imperativo moral que os cuidados de enfermagem a doentes oncológicos em pós-operatório estejam de acordo com as boas práticas preconizadas pela DGS e pela OE, de modo a contribuírem para o alívio da dor, - um fator de desconforto e a maior preocupação para a grande maioria dos doentes em período pós-operatório como advogam Apfelbaum, Chen, Mehta e Gan (2003).

Tendo consciência deste problema e tendo já quinze anos de experiência num serviço de cirurgia oncológica, a observação empírica da equipa de enfermagem permitiu constatar a presença de alguns défices a nível do processo de prevenção, avaliação e tratamento da dor, evidenciados pela inadequação dos registos efetuados. Deste modo, o projeto teve por finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados dinamizando a implementação de uma metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, que assegurasse o conforto dos doentes oncológicos internados na SO através do controlo contínuo e regular da DAPO. A restrição a este local específico deveu-se à necessidade de suplantarem algumas barreiras existentes, de que é exemplo a existência de uma folha de registos de enfermagem sem local para o registo da dor, e também ao facto de ser neste local onde decorre o período pós-operatório mediato, período temporal onde a intensidade da dor é mais elevada como precisam Leal, Ribeiro, Oliveira e Roquette (2005, p.1228) “de uma forma geral a dor diminui com o passar do tempo. Ela é maior às 24 horas numa altura em que os doentes se encontram na UCI, ainda com drenagens (...) e monitorizados. Às 48 horas apresentam dor com intensidade mais baixa (...) às 96 horas, já em contexto de enfermaria, apresentam níveis de dor mais baixos”.

Este trajeto, desenvolvido num serviço de CG, foi baseado numa metodologia de investigação-ação. Procurou-se ao delinear aquela finalidade, que o projeto permitisse em simultâneo ao seu autor, desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista padronizadas pela OE (2009), que fossem aplicadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com DAPO, bem como, promover a qualidade da sua própria prestação de cuidados. Foram para isso definidos objetivos para os diferentes locais de estágio: melhorar o conhecimento sobre o controlo da DAPO no doente oncológico, garantindo uma prestação de

cuidados orientada pelas boas práticas; identificar as estratégias de gestão da dor utilizadas para controlo da dor dos doentes oncológicos com DAPO no interior de unidades de dor aguda; gerir a equipa de enfermagem monitorizando a prestação de cuidados para controlo da DAPO.

A elaboração deste relatório visa conhecer o percurso do projeto de estágio inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica. Os estágios delineados para o seu desenvolvimento, decorreram no período entre, 3 de Outubro de 2011 e o dia 17 de Fevereiro de 2012, e realizaram-se num serviço de cirurgia de especialidade, numa clínica de dor de nível dois e num serviço de CG, todos situados numa instituição especializada no tratamento de doentes oncológicos, pela ordem que é referida.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: no primeiro, procurar-se-á definir a problemática que constituiu a génese do projeto e apresentar o motivo da escolha do tema. Seguidamente, proceder-se-á ao enquadramento teórico, onde se pretende demarcar qual a concetualização teórica que suporta o projecto. Este capítulo está dividido em três subcapítulos: o primeiro aborda a definição, tipologia e barreiras ao controlo da dor; o segundo refere-se ao contexto político da dor em Portugal e que influencia a sua gestão; e o terceiro especifica os contributos que a Enfermagem pode dar para manter controlada a DAPO dos doentes oncológicos. O capítulo seguinte pretende descrever a implementação do projeto nos três campos de estágio. No último capítulo, em jeito de síntese, será efetuada uma conclusão do trabalho.

No fundamental, acredita-se que as mudanças operadas contribuíram para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos com dor aguda, que efetuam a recuperação pós-cirúrgica na SO do serviço de CG. O desenvolvimento deste projeto permitiu alterar a prática da prestação de cuidados da equipa de enfermagem, contribuindo para que aquela, adequasse o seu agir às boas práticas padronizadas pela DGS e OE.

Ao longo deste relatório no que se refere a referências bibliográficas e citações utilizadas, utilizaram-se as normas da American Psychological Association. Todo o texto está escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1 – DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Na instituição onde foi identificada a situação problemática, data do ano de 2004 o início do projeto que teve por foco a dor enquanto sintoma, merecedor de vigilância especial e muito singular. Esse projeto, teve por finalidade implementar a prática sistemática de intervenções de enfermagem que procedessem à avaliação, tratamento e registo da dor, e baseou-se num projeto piloto de uma enfermeira da instituição, que, durante a frequência de uma pós-graduação, considerou pertinente atuar nesta área e para isso selecionou um serviço para o fazer. A importância que o mesmo revelou originou a formação de um grupo de trabalho com funções específicas – GDD - que procedeu à elaboração de uma norma institucional, sobre avaliação e registo da dor, alargando o projeto a todos os serviços de internamento e criando a figura do enfermeiro de ligação dos diversos serviços. Em articulação com o GDD estes enfermeiros procuravam no seu serviço, acompanhar a execução da norma, providenciando formação aos restantes enfermeiros. Em simultâneo o GDD realizou ações de formação sobre o projeto nos diversos serviços e procedeu à alteração das diferentes folhas de registo de enfermagem, adicionando espaço para o registo da dor ao existente para os restantes sinais vitais e inserindo memorandos para que quando se procedesse ao registo, este fosse efetuado segundo as normas evidenciadas na Circular Normativa nº 9/Divisão Geral de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas da DGS de 14/06/2003 sobre o registo sistemático da intensidade da dor. Apesar das alterações processadas, existiram folhas de registo de enfermagem que por serem bastante específicas não foram objeto de alteração, das quais se destaca a utilizada na SO que permaneceu inalterada, sem locais específicos para registo da dor.

No ano de 2008, com o delinear de um projeto institucional “ Padrões de Qualidade” o trabalho realizado pelo GDD passa a uma das áreas integrantes deste projeto mais global. Dada a sua relevância, é efetuada uma parceria com a OE, existindo articulação entre ambas as instituições para a formulação de objetivos e indicadores a atingir. O GDD estabeleceu então três indicadores de avaliação do

projecto: a TRCAID, a TRIDFID e a TRAI DFID (apêndice I). Estes indicadores procuravam verificar se o objetivo institucional de implementar o registo contínuo de avaliação e tratamento da dor estava a ser atingido, e para isso foram estabelecidas como metas, que em cada um dos sete serviços de internamento as taxas acima referidas tivessem valores superiores a 75%. Com o objetivo de proceder à monitorização sobre a correta implementação do projeto institucional foram realizadas no início de 2009 as primeiras auditorias, em todos os serviços de internamento da instituição, que foram efetuadas por elementos do GDD.

No serviço de CG¹, local onde foi identificado o problema, ao longo de três meses, foram realizadas 39 auditorias por amostragem aleatória a registos de enfermagem de doentes internados exclusivamente na enfermaria. Foram analisados os registos relativos aos três turnos de um dia específico em cada processo dos doentes selecionados, o que correspondeu a uma análise de 117 registos de enfermagem. A análise das auditorias revelou que a TRCAID (54%) e a TRIDFID (66,7%) ficaram aquém das metas institucionais e apenas a TRAI DFID (87,5%) as superou. A nível institucional, estes valores colocaram o serviço como o segundo com piores resultados. Apesar da folha de registos de enfermagem existente na enfermaria do serviço já ter sido alvo de modificações pelo GDD e permitirem o fácil preenchimento dos dados sobre a dor dos doentes oncológicos, a realidade revelou que o registo contínuo da avaliação da dor (TRCAID) da equipa de enfermagem não era prática suficientemente alicerçada e que somente em dois terços das situações em que se justificava uma intervenção de enfermagem (TRIDFID), ela era registada. Sabendo ser essa equipa única, podendo os seus elementos realizar turnos na enfermaria ou na SO, tal facto leva a deduzir que o seu comportamento tenderia a ser similar, com a agravante que na SO a folha de registos de enfermagem permanecia sem local para registo da dor. A observação empírica dos registos de enfermagem da SO apontava nessa direção. Daí me ter interrogado se, enquanto enfermeiros, estamos ou não a conseguir controlar as dores do pós-operatório dos doentes oncológicos internados?

Considerando ser na SO que é também realizada a vigilância e o acompanhamento de doentes oncológicos submetidos a cirurgia, e onde a maior

¹ - O serviço de CG é constituído por enfermaria e SO

probabilidade de DAPO ser mais intensa e/ou não responder à terapêutica prescrita é uma evidência, a inexistência de locais específicos para registos de dor, pode ser sentido pelos enfermeiros como um constrangimento para a concretização do dever de registar. A OE (2008, p.19) reconhece a utilidade dos registos, ao referir que: “a importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (...) a importância dos registos decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação”.

Para a OE no CDE, artigo 88º (s.d.), é definido que o enfermeiro tem o dever de, “a) analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (...) c) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. A evolução científica na área dos cuidados de saúde é uma realidade, com a qual os enfermeiros se devem confrontar, adequando o seu agir à evidência científica produzida.

Na publicação dos padrões de qualidade dos cuidados, foram emanadas linhas orientadoras de boas práticas, preconizando-se que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2002, p.15), existindo alguns elementos importantes para isso dos quais se destaca: “ a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; (...) a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2002, p.15).

A relevância deste projeto, fundamenta-se no contributo que poderá desempenhar, para que a prestação de cuidados a doentes oncológicos com DAPO possa ser incrementada; o que permite ir ao encontro das linhas orientadoras nacionais da DGS, evidenciadas no PNLCD, na Circular Normativa nº 9/Divisão

Geral de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas da DGS de 14/06/2003 sobre o registo sistemático da intensidade da dor e no PNCD.

Fazendo parte das competências do enfermeiro especialista o “ conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2010, p.2), compete-lhe agir na procura da resolução de situações problemáticas.

Apoiando o conceito de enfermeiro especialista na abordagem teórica de Patricia Benner, efectuando um paralelismo com o enfermeiro perito, o último patamar dos seus cinco níveis de proficiência, realça-se que, “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, p. 58), acrescentando que, “quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (Benner, 2001, p. 61). Colocando-me no início do estágio no nível de proficiente, segundo a categorização de Benner, pretendeu-se que ao longo do estágio se desenvolvessem competências para alcançar o nível de perito.

Sendo a competência “ o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta”, (OE, 2009, p.11) procurou-se com através da metodologia de projeto, pôr em prática as competências adquiridas ao longo do curso de mestrado em Enfermagem, sendo capaz de analisar de modo crítico o conhecimento que sustenta a prática da enfermagem, enquadrando os conceitos de saúde, doença e cuidados/tratamento. Através do projecto inovador, pretendeu-se desenvolver a prática existente e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Apresentada a definição do problema, no capítulo seguinte irá proceder-se ao enquadramento teórico que sustentou o projeto.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O cancro, à semelhança de outras doenças crónicas, é um problema de saúde real para a sociedade portuguesa, com um aumento progressivo da sua incidência o que para Macedo et al. (2008, p.330) “a este facto não será, porventura, alheio o envelhecimento da população, a melhoria dos métodos de diagnóstico e mesmo o aumento da eficácia do tratamento”. Em Portugal sabe-se que o cancro originou no ano de 2008 um total de 22056 mortes o que representa uma taxa de 23%, segundo dados do INE (Carrilho e Patrício, 2009). Apesar da evolução da ciência, o impacto do cancro manteve-se inalterável, patenteando uma representação social negativa difícil de ser alterada, e o seu tratamento representa um desafio que em muitas situações origina sofrimento e dor.

2.1 – A dor

A dor é um fenómeno que tem acompanhado o Homem ao longo da sua existência, sendo considerado o sintoma que mais regularmente obriga a que se recorra à assistência médica, “é um sintoma tão velho como a própria humanidade, tornando-se inseparável dela” (Bastos, 2005, p.11). Se nas civilizações antigas era percecionada como um fenómeno religioso e místico, ao longo dos tempos, e com a evolução da ciência, veio a verificar-se que a componente orgânica é indissociável da dor.

São múltiplas as definições de dor, contudo uma ou a mais universalmente aceite é a da IASP (2011) ao considerá-la uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual atual ou potencial, ou descrita nas condições desse dano. Por sua vez Conian e Diamond (1994, p. 45) consideram ser a dor “uma sensação complexa que resulta de impulsos que chegam ao sistema nervoso, da sua modulação no sistema nervoso e da interacção com a informação armazenada e a actividade emocional”. Ambas as definições remetem para uma

visão mais ampla e subjetiva da dor, onde a singularidade de cada Homem é evidenciada, e onde o significado que é atribuído ao fenómeno doloroso se baseia em experiências anteriores, crenças, mitos ou a cultura dominante, e também o modo como esta é vivida e expressa pela pessoa.

É comumente aceite que a dor é “uma realidade um tanto abstracta, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas.” (DGS, 2001, p.5) o que a transforma num sintoma complexo e subjetivo de avaliar, em virtude da multidimensionalidade de vertentes (sensorial, emocional, comportamental, cognitiva, cultural) que a influenciam e modulam o modo como é apreendida e expressa. Assim, e dadas as influências das variáveis identificadas na dor pode ou não existir uma relação direta e exclusiva entre o estímulo e o que é percebido (Rigotti e Ferreira, 2005).

Perante esta realidade Paulo (2003, p.7) sugere ser “fundamental que os profissionais sejam capazes de reflectir sobre os significados que atribuem aos comportamentos de dor, os valores que lhe estão subjacentes e a forma como eles se enquadram nas referências sociais e culturais do doente”, pois o conforto que é proporcionado a quem sofre com dor, depende da compreensão que é realizada por quem tem como missão o cuidar, independentemente de as características da dor enquadrarem mais com situações de carácter agudo ou crónico.

2.1.1 – A dor aguda do doente em pós-operatório de cirurgia oncológica

Sabendo-se que uma das categorizações da dor se encontra relacionada com a duração, existe uma dicotomia entre dor crónica e dor aguda. Por dor aguda entende-se a “ dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (OE, 2008, p.25). Reconhecida como um dos mais importantes mecanismos de alerta do organismo, a génese da dor aguda pode resultar de um traumatismo, infeção ou processo inflamatório e tem uma função protetora perante uma agressão que está subjacente, perspetivando-se o seu completo desaparecimento após o tratamento da lesão (Rigotti e Ferreira, 2005). Como salienta Caseiro, a ideia de dor aguda pressupõe “a existência de uma causa directa, o conhecimento de quando ocorreu e a expectativa do seu desaparecimento com a cessação, o afastamento ou a eliminação da referida causa”

(2008, p.7). Em oncologia a dor inicial provocada pela presença de um tumor, ou a dor provocada pela agressão cirúrgica para remoção do mesmo constituem exemplos de dor aguda. A iatrogenia da cirurgia, por vezes de agressividade extrema de forma a proporcionar a resseção tumoral com margens de segurança, é mesmo a causa mais frequente de dor aguda (Valentim, 2008) e o efeito adverso que predomina nos doentes operados (McMain, 2010). Por dor peri-operatória define-se a “dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas” (DGS, 2001, p.27).

Em contexto de cirurgia oncológica para além da limitação temporal, outras especificidades ajudam a caracterizar a DAPO sendo exemplo a melhoria num curto período de tempo, a localização específica à incisão, a proporção entre intensidade e quantidade de tecidos afetados e a exacerbação face a atividades intrínsecas (respirar, tossir, movimentar-se) ou extrínsecas (realização de pensos, drenos) ao intervencionado (Valentim, 2008). A DAPO “ pode impedir o doente de participar nos programas de reabilitação, atrasando a recuperação e conseqüentemente a alta” (Saraiva, 2008, p.18). Importa então, que o seu alívio continue a ser encarado pelos profissionais de saúde como um desafio constante, priorizando o seu tratamento pois considera-se “eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis” (DGS, 2001, p.26).

São inúmeras as alterações a nível fisiológico e psicológico, que podem suceder em virtude da presença de DAPO, e que conseqüentemente irão provocar repercussões no bem-estar e conforto do doente. Em relação às alterações fisiológicas destacam-se: aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial, aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio com conseqüente risco de isquémia e enfarte, diminuição da motilidade gástrica que pode originar íleos paralítico, atelectasias, hipoxémia e outras complicações pulmonares, diminuição da resposta imunitária, diminuição na produção de insulina, aumento das glicémias, aumento de fenómenos tromboembólicos e atraso na cicatrização da ferida operatória. A nível psicológico pode ocorrer perturbação do sono, desmoralização, incapacidade de raciocínios básicos e de interação, ansiedade e depressão (Valentim, 2008; McMain, 2008; Castro e Torres 2000; Muñoz-Blanco, Salmeron,

Santiago e Marcote, 2001). Também as atividades de vida diária, como sejam a mobilização, a respiração profunda, o sono, a marcha e o apetite encontram-se comprometidas devido à DAPO (Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez, 2001), sendo também defendido que a tosse aumenta a intensidade da dor (Ferreira, Issy, Sakata, 2011).

Para além destas possíveis consequências mais imediatas, o deficiente tratamento da DAPO poderá originar a sua transformação em dor crónica². Como é referido no PNLCD “ a passagem temporal da dor da fase aguda para a crónica e a agregação de outros fenómenos, que dela dependem e derivam, transportam-na de sintoma a síndrome, constituindo uma verdadeira doença que a tem como epicentro” (DGS, 2001, p.6).

A evidência científica revela que o tratamento deste tipo de dor deve primordialmente basear-se em terapias farmacológicas, sendo aconselhável que “a terapêutica analgésica inicial deve ser sempre mais forte e agressiva que nos dias seguintes, mas sempre adequada ao quadro álgico” (Serralheiro, 2008, p.24-25). Preconiza-se então a adoção da analgesia multimodal³, com o objetivo de manter concentrações séricas dos analgésicos no corredor terapêutico evitando a sobredosagem e a dosagem sub-terapêutica (Muñoz-Blanco, Salmeron, Santiago e Marcote, 2001). Em complementaridade, devem ser realizadas terapias não farmacológicas, que podem ser divididas em cognitivo comportamentais (relaxamento, distração, imaginação dirigida, reestruturação cognitiva), físicas (massagem, aplicação de calor ou frio, imobilização, estimulação elétrica transcutânea) e de suporte emocional (toque terapêutico, conforto) (OE, 2008; Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez, 2001).

O ineficaz controlo da DAPO produz influência no campo económico, através do aumento do consumo de medicação, aumento do tempo de internamento e consequentemente aumento dos custos dos serviços de saúde, com inevitáveis repercussões nos custos directos das instituições. Por sua vez, a insatisfação, as alterações emocionais e a incapacidade de quem é afectado pela dor poderão

²- A dor crónica é definida como, “Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p.25)

³ - A analgesia multimodal consiste na administração de fármacos de diversos grupos terapêuticos (com atuação periférica e central) através de diferentes vias

desencadear o acréscimo dos custos indiretos (Chung e Lui, 2003). Daqui decorre ser fundamental que exista discussão contínua sobre a qualidade dos cuidados em unidades pós-operatórias, de modo a garantir o controlo da DAPO e avaliar a gestão desse mesmo controlo (Idvall, Hamrin e Unosson, 2002).

A importância de encontrar soluções que melhorem a qualidade da resposta nas situações de DAPO, levou a que nos últimos anos fossem identificadas possíveis barreiras em três campos para que o seu controlo não tivesse a efetividade pretendida: organizacionais, nos profissionais de saúde e nos doentes. A nível organizacional muitos dos problemas são influenciados por políticas de saúde a nível nacional ou decisões institucionais, com influência directa nos recursos que são disponibilizados para a atuação dos profissionais (Carr, 2007). Identificaram-se dificuldades na implementação de mudanças⁴, excessiva burocratização, lenta implementação de investigação a nível das instituições o que compromete a qualidade do controlo da dor (Mann e Redwood, 2000). A presença de rácios enfermeiro/doente elevados, a multiplicidade de intervenções de enfermagem imprescindíveis noutras áreas de cuidados que consomem recursos temporais e a existência de múltiplos doentes com DAPO por défices organizacionais (ex: inexistência de protocolos analgésicos) podem dificultar o adequado processo de cuidados por parte do enfermeiro, com repercussões nas suas intervenções, constituindo barreiras aos cuidados ao doente com dor (Manias, Botti e Bucknall, 2001; Tapp e Kropp, 2005).

Nos profissionais de saúde as barreiras centram-se nos conhecimentos teóricos (que podem ser incrementados através de formação), no modo como a avaliação e o registo são realizados, no estabelecimento de prioridades, nas atitudes e crenças. A dependência da prescrição médica, as limitações da comunicação com os doentes, a interrupção das actividades relacionadas com a dor e os défices educacionais na formação base são também identificados como barreiras a um correto tratamento da DAPO (Manias, Botti e Bucknall, 2002; Carr, 2007; Rejeh, Ahmadi, Mohammadi; Anoosheh e Kazemnejad, 2008; Bell e Duffy, 2009; Rejeh, Ahmadi, Mohammadi, Anoosheh, Kazemnejad, 2009).

⁴ - Apesar de terem passados vários anos sobre o início do projeto institucional somente em 2012 a folha de registos de enfermagem da SO foi alterada e passou a ter um local específico para registo da dor

Por último, no que concerne ao doente, são identificadas como barreiras essenciais: a ansiedade, a comunicação deficiente com a equipa não referindo as queixas (por medo dos efeitos secundários dos fármacos, de baixas expectativas em relação à eficácia do controlo da dor, de mascarar possíveis complicações ou até por causar incómodo aos profissionais de saúde) ou as crenças de que é exemplo o acreditar do carácter inócuo da DAPO (Mann e Redwood, 2000; Castro e Torres, 2000; Carr, 2007).

2.2 – O contexto político do combate à dor em Portugal

A relevância do tratamento da dor foi incrementada ao longo de duas décadas pela DGS que procedeu a avaliações no sentido de perceber qual a dimensão deste problema no nosso País, elaborando orientações técnicas de modo a minorá-lo, sendo o PNLCD, que entrou em vigor em 2001 um documento orientador e inovador a nível nacional e internacional.

A dor foi encarada como um problema de saúde pública que importava erradicar de modo a melhorar a qualidade de vida de todos aqueles que dela sofriam. No PNLCD definiram-se modelos organizacionais que promoviam boas práticas nos serviços de saúde, no tratamento da dor das mais variadas etiologias e tipologias, daí que fossem estabelecidas linhas orientadoras de atuação nas instituições, mas também dos profissionais.

Definiu-se como objetivo o desenvolvimento de unidades de dor e estabeleceram-se metas até 2007, que no que concerne à dor aguda visava a criação de UDA de modelo europeu em 75% dos hospitais com atividade cirúrgica (72 unidades). Contudo, na avaliação intermédia do PNLCD em 2003, e cujos dados são apresentados no PNCD, evidencia-se uma diminuição nas UDA (de 26 para 22) relativamente ao ano de 1999 (DGS, 2008).

No ano de 2003 através da Circular Normativa da DGS “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor” são criadas linhas orientadoras de atuação, segundo normas de boas práticas (registo sistemático, mensuração através de escalas validadas, inclusão da intensidade nas folhas de registos) que salienta “ a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de outros sinais vitais, de modo a

optimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003, p.1). A promulgação desta circular normativa deu indicações vinculativas aos enfermeiros sobre como proceder à avaliação e registo da dor.

No ano de 2008 é colocado em prática o PNCD, que traça novos objetivos e novas estratégias operacionais, considerando-se a dor como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2008). São formulados princípios orientadores, destacando-se o direito dos indivíduos ao controlo da dor e o dever dos profissionais em “ adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado”(DGS, 2008, p.8). Realça ainda que “deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica”, (DGS, 2008, p.8) o que evidencia uma preocupação com o tratamento da DAPO.

Para a DAPO estabeleceram-se objetivos específicos “conhecer a prevalência da dor aguda pós-operatória na população portuguesa (...) reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada”, (DGS, 2008, p.9) sugerindo-se para a consecução dos mesmos a revisão das normas de organização das UDA, a realização de um inquérito de avaliação das instituições hospitalares que tratam a DAPO e o desenvolvimento de parcerias em diferentes setores de modo a possibilitar a execução de um estudo epidemiológico. Para avaliação destes objetivos usar-se-iam como indicadores a prevalência da DAPO moderada ou forte e o número de UDA pós-operatórias por milhão de habitantes (DGS, 2008).

2.2.1 – O lugar das unidades de dor aguda

No final dos anos 80 foram criadas nos EUA as UDA, que ao longo da década de 90 foram implementadas definitivamente a nível hospitalar, melhorando os resultados do tratamento da DAPO (Gleesson e Carryer, 2010). Apresentando características inovadoras no que concerne a métodos analgésicos, alicerçadas em protocolos de analgesia que se encontram divididos em não convencionais (administrados através de via epidural ou por sistema de PCA) e convencionais (administrados por via endovenosa), e praticando o princípio da analgesia multimodal, a finalidade das UDA foi contribuir para aperfeiçoar o controlo da dor e o

conforto dos doentes submetidos a cirurgia, independentemente da relação custo-efetividade - variável consoante as características do local da sua implantação (Engelman, Salengros, Paquot e Barvais, 2006).

Apesar da finalidade e dos objetivos das UDA ser transversal, os modelos seguidos variam consoante: sistema de saúde do país, disponibilidade de drogas, equipamentos de suporte à execução de técnicas mais avançadas, suporte económico de cada instituição ou estado, recursos humanos existentes, e o seu conhecimento técnico e científico. Contudo, existem dois grandes grupos de UDA mais comumente aceites, que Caseiro (2004, p.25) procura diferenciar em modelo americano de UDA “ muito técnico e elitista (...) centrado na figura do anestesista, que coordena toda a actividade, com enfermeiros e farmacêuticos exclusivos, recebendo apenas doentes seleccionados pelo critério cirúrgico e/ou técnica analgésica utilizada (PCA ou epidural) e economicamente caro” e modelo europeu que “gere todo o tipo de analgesia (...) gerido e supervisionado por anestesistas, não dispõe de um staff médico residente, assumindo o enfermeiro um papel de pivot (...) pela responsabilidade das funções de vigilância, interpretação e manutenção”. As UDA de modelo europeu possuem diferentes níveis de vigilância e apesar de serem dirigidas a todos os doentes, o seu custo económico é inferior.

Vocacionadas para o tratamento da DAPO, estas unidades pretendem alcançar objetivos que não se cingem ao tratamento da dor em si, mas que procuram ir muito além dessa realidade. Em Portugal na actualidade as UDA têm por objetivo incentivar a cooperação interprofissional e entre os serviços assistenciais da unidade hospitalar, coordenando os profissionais envolvidos no processo global de gestão da dor aguda, de modo a reduzir a prevalência de dor não controlada, a prevenir a ocorrência de morbilidade, a curto e longo prazo, relacionada com a sua abordagem inadequada, bem como das respetivas repercussões sociais e económicas (DGS, 2012).

Caberá à UDA – um processo de gestão - a implementação da avaliação da intensidade da dor através de escalas, a avaliação da eficácia do plano terapêutico (definido através de protocolos com metodologias de atuação), a organização de recursos, a formação e treino dos profissionais, a informação ao doente, a avaliação da qualidade da UDA e o incentivo à investigação clínica (DGS, 2012).

Tentando compreender o possível impacto que as UDA possuíam no tratamento da DAPO Werner, Soholm, Rotboll-Nielsen e Kehlet (2002) procederam a uma revisão sistemática da literatura. Concluíram que nestas unidades as intensidades de dor avaliadas são mais reduzidas, com diminuição de percentagens que variaram entre os 0 e 27% quando os doentes estavam em repouso, e 19 e 64% com os doentes em atividade, para além da diminuição dos doentes que referiram dor moderada ou intensa. Verificaram que quanto a efeitos secundários, apesar da dificuldade de dissociação relativamente ao quadro clínico pós-operatório, existe evidência da redução de náuseas, vômitos e retenção urinária. A satisfação dos doentes com o tratamento da dor, é globalmente maior em serviços onde estejam implementadas UDA e a influência destas unidades na morbilidade pós-operatória foi também positiva diminuindo a incidência de infeções respiratórias e complicações cardíacas com a ressalva que outros factores podem influenciar estes resultados. Estes mesmos autores referem que um estudo indica ganhos económicos com a implementação destas unidades.

Um dos mais interessantes estudos sobre UDA revela a experiência de um hospital belga onde foi realizado um processo de avaliação ao longo da sua implementação. Procurou-se efetuar uma rigorosa e sistemática avaliação de registos da intensidade da dor analisados *a posteriori* através de indicadores (EVA média, EVA máxima, EVA superior a 3) e concluiu-se redução da intensidade da dor em todos estes indicadores, o que vem comprovar o factor preditivo da implementação da UDA (Bardiau, Taviaux, Albert, Boogaerts e Stadler, 2003).

Para avaliação do cumprimento de objetivos do PNCD no ano de 2010, a CNOD realiza um conjunto de atividades de avaliação da situação da dor em Portugal que culmina com a elaboração de um relatório. Nele, em relação à DAPO são identificadas UDA em 26 hospitais públicos e 3 privados. Em relação ao modelo organizativo é evidenciado que em 18 hospitais opta-se pelo modelo americano de UDA, em 9 se utiliza o modelo europeu, preconizado no PNLCD e em 2 é outro o modelo que não é especificado. Concluiu-se ainda que apesar de em 28 das UDA existirem protocolos de atuação, programas de formação existem em apenas 18 e programas de avaliação de qualidade restringem-se a 7 (DGS, 2010).

2.2.2 – A gestão da dor numa unidade de dor aguda

A gestão da dor em contexto pós-operatório por UDA pode melhorar a qualidade do controlo da DAPO e diminuir a incidência e a severidade das complicações (Nagi, 2004). O aperfeiçoamento do controlo da DAPO, foi em grande parte causado pela implementação de processos de atuação padronizados que permitiram organizar a gestão da dor. Por gestão entende-se “quatro funções principais – planear, organizar, liderar e controlar ” (Magalhães e Duarte, 2008, p.21). O planeamento implica saber o que se pretende efetuar, a organização pressupõe conhecer os recursos existentes e enquadrá-los para ir de encontro aos objetivos definidos, sendo condição *sine qua non* a existência de um bom processo de liderança que irá acompanhar todo o processo. Por fim é fundamental o controlo daquilo que está a ser efetuado, monitorizando o processo através do registo e recolha de indicadores, verificando a consecução dos objetivos delineados. Como é salientado por Reis “o gestor terá de perspectivar e perceber os problemas com a maior amplitude e em toda a sua profundidade (...) não lhe devendo escapar nenhuma das suas dimensões mais importantes, e tem de ter capacidade para identificar os detalhes, independentemente da sua sucessão temporal, situando-se rapidamente no problema, e não em pormenores acessórios” (2004, p.12).

A focalização no problema é a prioridade máxima do gestor, devendo a sua atuação proporcionar as soluções que possibilitem a sua resolução. A aferição em diferentes momentos do estado da situação é essencial, pois identifica a eficácia das medidas implementadas, e para isso a utilização de indicadores é uma estratégia com particular relevância. Por indicador define-se “uma medida (específica e quantificável) que permite determinar o desempenho de funções e processos ao longo do tempo” (Caldeira, 2003, p.18) permitindo-nos verificar a eficácia da introdução de mudanças, que contribuam para melhorar os resultados. Deverão ser válidos, mensuráveis, objetivos e dignos de confiança e dada a morosidade de todo o processo de monitorização - desde a recolha dos dados até à sua análise - é importante que exprimam o relevante dentro do contexto em avaliação.

A monitorização da qualidade da gestão da dor é uma componente crucial, que necessita de ser adotada em todos os serviços de todas as instituições

hospitalares, sendo para isso vital a existência de indicadores, muitas das vezes baseados em avaliações de intensidade de dor ou grau de satisfação dos doentes (Manias, Botti e Bucknall, 2001). Esta metodologia de atuação permite “ não só controlar as práticas existentes em cada organização como melhorar continuamente os resultados alcançados, suportando e fundamentando as decisões em informação inequívoca” (Caldeira, 2003, p.17).

Ora convém relembrar, e antes de avançar, que esta gestão está numa UDA ao serviço da sua finalidade que é precisamente obter o conforto do doente ao ter a sua dor controlada no pós-operatório.

2.3 - O contributo da enfermagem

2.3.1 – O controlo da dor aguda pós-operatória cirúrgica

O controlo da dor, que a OE define como o “ processo dinâmico de estratégias e/ou acções coordenadas, que têm por objectivo prevenir, avaliar e tratar a dor” (2008, p.25), deve ser promovido através de políticas organizacionais que adotem guias de boas práticas e normas orientadoras, definam indicadores de qualidade e sistemas de auditoria e implementem registos promotores de abordagem padronizada.

A dor, um problema de grande incidência em contexto pós-operatório, exige um conjunto de intervenções que possibilite o seu controlo, isto é “ destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (OE, 2008, p.17).

Como salienta Saraiva “ os enfermeiros desempenham um papel chave em qualquer UDA sendo deles que depende toda a vigilância do doente” (2008, p.20), fundamentalmente nas suas intervenções de prevenção, avaliação e tratamento da dor, que são influenciadas pelas crenças e conhecimentos que possuem nesta área. (Glesson e Carryer, 2010).

Sendo a prevenção, avaliação e tratamento da dor três áreas indissociáveis e fundamentais da atuação da enfermagem, incide este projeto sobre a área da

avaliação, em virtude da situação problemática detetada. Cabe aos enfermeiros o empoderamento dos seus conhecimentos, para melhorar a qualidade da gestão da dor, pois o aperfeiçoamento de saberes e a alteração de atitudes e crenças menos corretas dos profissionais contribui para a mudança de situações clínicas (Mackintosh e Bowles, 2000), à semelhança de investigação que contribua para a inovação nos cuidados de enfermagem (OE, 2008, p.21).

O enfermeiro terá por inerência um dever moral, ético e profissional perante o doente oncológico com DAPO, devendo prestar todos os cuidados que possibilitem o maior bem-estar e conforto. Para isso deverá “ avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados” (OE, 2008, p.7). No que concerne ao enfermeiro especialista o seu campo de ação abrangerá as funções de consultadoria, gestão e empreendedorismo, implementando programas que respondam aos problemas relacionados com DAPO. Para além da organização diária da UDA, será da sua responsabilidade a educação contínua dos enfermeiros dos serviços de cirurgia, inserida em programas de educação formal da instituição (The Royal College of Anaesthetists, 2010).

Em Portugal, devido à escassez de UDA, e ainda à maior ausência de enfermeiros a trabalhar no núcleo coordenador das mesmas, tem-se procurado que seja um enfermeiro do serviço de cirurgia a efetuar a ligação com a UDA, devendo assumir funções de consultoria e articulação, implementação de protocolos de atuação, organização e realização de atividades formativas, ensino aos doentes e colaboração com a UDA na avaliação dos resultados (DGS, 2012).

Cabe pois ao enfermeiro de ligação ter uma ação impulsionadora junto da equipa de enfermagem, consciencializando a dificuldade que existe em implementar mudanças na prática diária, e sabendo ser essa dificuldade maior junto dos médicos responsáveis pelas intervenções terapêuticas essenciais para o tratamento da DAPO, do que junto dos enfermeiros. Os enfermeiros são em muitas situações os melhores aliados para mudar comportamentos no controlo da dor e sem eles a implementação de alterações terá menos sucesso (Engelman, Salengros, Paquot e Barvais, 2006).

Para o êxito deste processo existem três áreas de atuação do enfermeiro imprescindíveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente

oncológico com DAPO: avaliação correta da dor, utilização adequada de escalas e registos completos da dor.

2.3.1.1- A avaliação da dor: a utilização adequada das escalas

Dos cinco sinais vitais a avaliação da dor é aquela que levanta maiores desafios aos profissionais de saúde. O facto de a mensuração das suas características depender exclusivamente do que o doente refere sentir, subjetiva o fenómeno. Daí que a relação de confiança estabelecida e a componente comunicacional devam ser encarados como pilares fundamentais para a eficácia da avaliação. Como salienta Mendes “é essencial aceitar que o doente é o melhor avaliador da sua dor. O pessoal de saúde pode ter a sua própria opinião, mas a sua prática profissional não deve fundamentar-se nela” (2008, p.36).

Sabendo a multiplicidade de fatores que influenciam a dor e condicionam a resposta do doente, salienta-se que a intervenção do avaliador está também condicionada pelas suas próprias crenças e experiências, subjetivando ainda mais o resultado da avaliação.

A visibilidade que o doente dá à dor que sente nem sempre se expressa através da comunicação verbal, cabendo ao enfermeiro observar e detetar comportamentos não verbais que a expressem. Num estudo verificou-se que a atenção prestada pelos enfermeiros aos sinais de dor aquando da observação dos doentes nem sempre é idêntica, existindo diferenças na adequação das aproximações realizadas (Dihle, Bjolseth e Helseth, 2006). Interpretar os diversos comportamentos dos doentes perante a dor, e agir no sentido de conseguir que a avaliação reúna o maior número de dados que a objective e torne mais fidedigna são condições indispensáveis ao tratamento eficaz.

Também em contexto pós-operatório a individualidade do doente leva a que exista uma dissemelhança de respostas perante o estímulo doloroso, uns referem não sentir dor contudo outros mencionam dores lancinantes. Esta disparidade sugere ser imprescindível que existam avaliações e registos de vigilância sobre a dor a intervalos regulares, sendo que nas primeiras 24 a 48 horas após cirurgia major essa avaliação bem como a resposta ao tratamento deve ocorrer a cada duas horas (Manias, Botti e Bucknall, 2001).

Reúne alguma consensualidade, que no período pós-cirúrgico, a avaliação unidimensional restrita à intensidade da dor é a mais praticada e aconselhada (Bernardino, 2008), adaptando-se a frequência de avaliação consoante a cirurgia a que o doente foi submetido e à evolução das avaliações. Considera-se exemplo de boa prática que decorra antes e após a administração de terapêutica analgésica e/ou quando o doente referir ou expressar dor. A avaliação da dor deve procurar, como advoga McMain (2008), distinguir a dor estática - que permite ter indicações sobre a capacidade que o doente tem para dormir e repousar - da dor dinâmica, em particular a capacidade do doente tossir e mobilizar a zona corporal afetada.

A avaliação é a intervenção mais importante do enfermeiro no controlo da DAPO, contudo, em alguns contextos, os doentes têm a percepção que a avaliação regular efectuada por enfermeiros e médicos não é uma prática comum indiciando problemas organizacionais e diminuindo a confiança do doente na equipa que o está a cuidar (Milutinovic, Milovanovic, Pjevic, Martinov-Cvejin e Cigic, 2009).

Como refere Bernardino (2008, p.40) “não há dúvida que a implementação da avaliação da dor por rotina, após a cirurgia se torna crucial para o tratamento da dor aguda pós-cirúrgica. Para isso é necessário que haja técnicas de avaliação padronizadas”, sendo de máxima importância a utilização das ferramentas adequadas à quantificação da intensidade da dor.

A utilização de escalas, tem por principal objetivo diminuir a subjetividade da avaliação da dor, permitindo uma análise comparativa das avaliações. Mendes defende ser “crucial para tentar medir a intensidade de dor, otimizar a terapêutica e ter meios objectivos de comparação” (2008, p.35), sendo que a adoção da mesma escala para mensurar a dor, no pré e no pós-operatório, diminuirá a confusão nos doentes e nos profissionais.

Para o enfermeiro o desafio major na seleção de escala é adaptá-la à capacidade cognitiva e psicomotora do doente (Rigotti e Ferreira, 2005), bem como às suas características (ex: idade, a linguagem ou a componente educacional), (Manias, Botti e Bucknall, 2001) de modo a tornar objetiva a avaliação. Deve-se procurar adaptá-la em função da condição do doente, dando primazia à utilização de escalas auto-avaliativas, em virtude do sucesso do controlo da dor depender da habilidade do doente para utilizar as escalas, bem como do cuidado do profissional

de saúde na interpretação da avaliação (McLafferty e Farley, 2008; Williamson e Hoggart, 2005). Isso não impede que possa existir disparidade entre as avaliações dos enfermeiros e dos doentes, que pode ser causada pelas diferentes interpretações das escalas (Manias, Botti e Bucknall, 2002).

A EN, a EVA e a EVD são as mais utilizadas e consideradas válidas, apropriadas e confiáveis na prática clínica. (Williamson e Hoggart 2005)

Apesar da aplicabilidade ser comum, existem diferenças entre as escalas. A EVA tem por maior vantagem a sua sensibilidade o que permite maior fiabilidade entre avaliações (McCain, 2010), e utilização para fins estatísticos com maior rigor de análise (Rigotti e Ferreira, 2005). Apresenta como desvantagem, as dificuldades na aplicação, exigindo o dispêndio de muito tempo para utilização correta, o que leva a uma percentagem de falhas superior às outras escalas (Williamson e Hoggart 2005). A EVA possui uma alta correlação com a EN, sem que no entanto se possa efectuar uma conversão directa (Williamson e Hoggart, 2005).

A EN apresenta também uma boa sensibilidade, o que a torna fiável, e possibilita a utilização para análise estatística, para além de ser rápida e fácil de utilizar. Apresenta menos falhas que a EVA, sendo o seu grande óbice a dificuldade de alguns doentes em concetualizar a dor em números (Williamson e Hoggart 2005; McCain, 2010).

Por último, a EVD, é a preferida dos doentes devido à sua simplicidade (Williamson e Hoggart 2005), pois utiliza palavras para descrever a dor, porém pode originar conceitos dúbios de entendimento, em virtude de depender da interpretação de cada indivíduo (McLafferty e Farley, 2008; Williamson e Hoggart 2005). A sua sensibilidade é diminuta não sendo utilizada em pesquisas científicas apesar de clinicamente ser confiável (McCain, 2010; Williamson e Hoggart 2005).

Em Portugal, a grande maioria dos hospitais auditados avalia e regista a dor sempre ou frequentemente, preferencialmente através da EVA ou da EN (DGS, 2010).

2.3.1.2 – A importância do registo enquanto garante da qualidade

Sob o ponto de vista legal, a ausência de registos constitui infração do artigo 83º, alínea d) do CDE, que afirma o dever de “assegurar a continuidade dos

cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, s.d.). O acto de registar implica “formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito” (OE, 2008, p.19), pelo que o sistema de registos “deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções” (OE, 2008, p.19).

O registo permite assegurar a transmissão de informação entre os elementos da equipa contribuindo para a eficácia da comunicação, que estará comprometida - e conseqüentemente os cuidados - em caso de défice ou inexistência do mesmo. O registo revela-se essencial aquando da realização de auditorias ou pesquisas com fins de investigação, que contribuam para melhorar a prática clínica (Rigotti e Ferreira, 2005, p.54).

No PNLCD é ainda constatado que “ o uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas. A avaliação, o planeamento e a documentação diários, ajudam a compreender a importância de uma organização na gestão estruturada da terapêutica da dor “ (DGS, 2002, p.32), recomendando-se a inclusão da história de dor no registo inicial, a intensidade, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, o seu efeito e as alterações ao plano terapêutico.

A evidência científica reflete que existe um défice nos registos de enfermagem, em particular em quatro grandes áreas: avaliação da dor, utilização de intervenções não farmacológicas, intervenções farmacológicas, e resultados das intervenções efectuadas (Manias, 2003). Em diferentes estudos identificaram-se lacunas relativas à presença ou ausência de dor, mas também ao registo da sua caracterização (ex: localização, duração, tipo, escalas utilizadas), às intervenções não farmacológicas, e à discrepância entre o que o enfermeiro regista e o que os doentes verbalizam ser a sua dor (Silva e Pimenta, 2003; Manias, 2003).

Ao compararem a avaliação realizada junto dos doentes de um serviço de cirurgia e os registos efectuados pelos enfermeiros Idvall e Ehrenberg (2002) concluíram que menos de 10% dos registos tinham avaliações sistemáticas onde fosse utilizada uma escala, que apenas em 50% dos registos era referida a localização e somente 12% eram referidas outras características da dor. Contudo 73% dos enfermeiros envolvidos no estudo referiram que os registos se

encontravam de acordo com as linhas orientadoras. As imprecisões e inadequações existentes podem conduzir a condenações por má prática, em virtude desta ser julgada com base na documentação existente, pelo que a única solução para evitar esta atuação negligente é efectuar registos precisos e completos (Frank-Stromborg, Christensen e Elmhurst ,2001).

Como salienta Mendes (2008, p.36) “todos os dados obtidos devem ser rigorosamente registados em folhas apropriadas, fáceis de ler e rapidamente acessíveis”, o que facilitará o tratamento da dor, a continuidade dos cuidados e o tratamento dos dados, que permitirá a sua análise, essencial para o controlo de qualidade. O registo revela-se um mecanismo essencial para o correto controlo da dor, daí que na auditoria de avaliação da implementação da dor como quinto sinal vital, se tenha concluído que em 89,9% dos hospitais auditados existem locais específicos para o registo da intensidade da dor, que constitui um elemento logístico facilitador e revela a preocupação em criar condições potenciadoras da prestação de bons cuidados. A ausência de registo e de auditorias - 69,2% das instituições não existe uma avaliação regular do registo nos processos clínicos – traduz-se em défices de qualidade (DGS, 2010).

Em contexto de UDA, para avaliar a eficácia da mesma Serralheiro defende “ a existência de registos criteriosos de toda a actuação analgésica do pós-operatório (...) os registos de cada doente deverão ser complementados e analisados diariamente por um elemento da UDA e em conjunto deverão ser periodicamente submetidos a análise estatística” (2008, p.26).

2.3.2 – O conforto do doente oncológico em pós-operatório: a perspetiva de Kolcaba

Desde o início da Enfermagem enquanto ciência, que o conforto faz parte integrante da sua essência. Segundo Apóstolo, “ o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados que se prendem com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade

e com a evolução tecno-científica, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular” (2009, p. 62).

O conforto é um objetivo dos cuidados de enfermagem e um resultado esperado por doentes e familiares (Kim e Kwon, 2007). Foi Kolcaba na década de 90, ao desenvolver a sua teoria de médio alcance, que mais importância deu a este tema, definindo-o a partir dos diversos significados que lhe estavam subjacentes: uma causa para o alívio do desconforto e/ou estado de conforto, um estado de acalmia, tranquilidade ou contentamento, o alívio do desconforto ou aquilo que torna a vida agradável (Kolcaba e Kolcaba, 1991). O estado de conforto implica a ausência de preocupações, dor, problemas ou sofrimento que resultem da presença do desconforto, sendo o enfermeiro um agente que deverá identificar e eliminar fontes de desconforto antes que estas possam afetar o doente (Kolcaba e Kolcaba, 1991). Quando o desconforto se instala o seu alívio pode ser considerado como conforto, mesmo que seja incompleto (se apenas um dos vários desconfortos são aliviados), parcial (somente parte de um determinado desconforto é aliviada) ou temporário (quando o alívio é por um curto período de tempo) (Kolcaba e Kolcaba, 1991).

Com a criação dos diagnósticos de enfermagem, o conforto passou a ser um objetivo dos cuidados, originando obrigatoriedade na elaboração de intervenções que o potenciassessem. As necessidades de conforto podem ser divididas em três áreas: estar num estado confortável, ser aliviado do desconforto (de que é exemplo a necessidade de ser aliviado da dor) e a necessidade de crescimento pessoal (através da educação e motivação) (Kolcaba e Kolcaba, 1991).

Existem três premissas quando se julga o conforto, as quais o enfermeiro deverá considerar aquando da relação terapêutica. A primeira revela que o estado de conforto não pressupõe a completa ausência de desconforto, dado a sensibilidade para a avaliação ser individual; a segunda está centrada na globalidade da pessoa e na influência que estados mentais e físicos podem desempenhar na perceção do conforto; a terceira, pressupõe que a ausência de desconforto poderá não ser suficiente para o estado de tranquilidade e conforto (Kolcaba e Kolcaba, 1991).

Na conceitualização que faz sobre o conforto, Kolcaba, refere que este corresponde à satisfação de necessidades relativas aos estados de tranquilidade, alívio e transcendência. Entende-se por tranquilidade o estado de calma, contentamento ou serenidade, por alívio a satisfação de uma necessidade que permite à pessoa voltar ao funcionamento habitual e a transcendência como o estado em que em que a pessoa consegue ultrapassar problemas com competência (Kolcaba, 1991).

Relativamente ao contexto onde decorrem os estados de conforto, Kolcaba, divide-o em quatro dimensões: física (relacionada com as sensações corporais), social (relacionada com as relações interpessoais, familiares e sociais), psicoespiritual (relacionada com a consciência interna do eu onde se inclui a estima, o conceito, a sexualidade, o sentido da vida e a relação com entidade superior) e ambiental (relacionada com a experiência humana externa e a sua relação com os elementos naturais e artificiais que envolvem o ser) (Kolcaba, 1991).

A mesma autora formulou a estrutura taxonómica do conforto que teve por objetivo, facilitar e clarificar a interpretação do conforto de acordo com a individualidade da pessoa, possibilitando a identificação das necessidades e dos resultados a atingir, contribuindo desse modo para a investigação.

O enfermeiro, planeia, executa e avalia um conjunto de intervenções ou ações confortantes que visam satisfazer as necessidades de conforto sentidas pelos doentes. Ao longo do processo de avaliação e consoante as variáveis positivas ou negativas, devem ser mantidas ou reformuladas as estratégias de ação, sempre em busca do objetivo maior: - o conforto total do doente, que se conseguido, revela as boas práticas de enfermagem. No entanto, existem algumas condicionantes, as quais o enfermeiro não controla, e que podem impedir o sucesso das suas intervenções, e inviabilizar o alcançar de maiores níveis de conforto (Wilson e Kolcaba, 2004). Perante a necessária adaptação do doente face à agressão cirúrgica, o enfermeiro pretende com os cuidados que presta, proporcionar o conforto holístico, sabendo-se que sintomas como a dor, náuseas, ansiedade ou hipotermia, são possíveis desconfortos que podem suceder e impedir que se alcance tal desiderato (Wilson e Kolcaba, 2004).

Uma das necessidades de conforto identificada no período pós-operatório é a ausência ou o alívio da dor, devendo existir intervenções que contribuam para esse efeito. Para Apóstolo, “o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimo de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto” (2009, p. 62). As intervenções efectuadas para tratar a dor permitem que o doente mantenha ou recupere as funções físicas, previna complicações e melhore o seu estado de conforto (Wilson e Kolcaba, 2004). Contudo, outro tipo de intervenções podem ser efectuadas pelo enfermeiro no sentido de melhorar o conforto holístico no doente em pós-operatório, como sejam, a informação, a educação, a massagem, a musicoterapia ou o toque terapêutico (Wilson e Kolcaba, 2004).

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo, será relatada a implementação do projeto ao longo dos três campos de estágio: um serviço de cirurgia de especialidade; uma unidade de dor de nível dois; e um serviço de CG em articulação com as atividades e competências aí desenvolvidas.

3.1 – No serviço de cirurgia de especialidade

O serviço de cirurgia de especialidade trata doentes oncológicos com patologias localizadas na cabeça e pescoço. Encontra-se dividido em duas áreas, enfermaria e SO, e tem uma capacidade de 40 doentes de enfermaria e 6 de SO. A equipa de enfermagem é composta por 42 elementos distribuídos por quatro equipas lideradas por um chefe de equipa, sendo que qualquer enfermeiro pode prestar cuidados na enfermaria ou na SO. O estágio decorreu entre os dias 3 de Outubro e 11 de Novembro de 2011, num total de 128 horas e foi orientado por um enfermeiro com dez anos de experiência na chefia de equipas de enfermagem, e em simultâneo enfermeiro de ligação do serviço com o GDD desde a criação desta figura na instituição.

Foram duas as razões para a seleção deste campo de estágio: os excelentes resultados obtidos na auditoria institucional de 2009, os melhores de todos os serviços cirúrgicos, e, ter sido neste serviço onde foi implementado o projeto inicial no ano de 2004 aquando do início da implementação do registo contínuo da dor.

Tinha como objetivos: conhecer a organização do serviço, e a dinâmica do funcionamento da equipa de enfermagem, quanto ao controlo da DAPO nos doentes submetidos a intervenção cirúrgica; identificar as causas da boa prática e as metodologias da equipa de enfermagem quanto ao controlo e da DAPO dos doentes internados, trabalhando com os chefes de equipa e os respetivos enfermeiros de ligação com o GDD na preparação do diagnóstico de situação; prestar cuidados especializados, baseados em evidência científica, ao doente com DAPO e de acordo

com a metodologia científica e elaborar uma primeira *check-list* sobre cuidados de enfermagem autónomos/ações confortantes⁵, que incrementem o conforto do doente oncológico com DAPO.

No sentido de dar resposta ao primeiro objetivo, foram consultados, entre outros, protocolos de analgesia das cirurgias feitas no serviço completados com conversas informais de esclarecimento com o orientador do estágio. O desconhecimento dos problemas de saúde destes doentes oncológicos, bem como de algumas das especificidades das intervenções de enfermagem e realizar levaram a uma integração progressiva acelerada por revisões de aspetos anatómico-fisiológicos e leituras sobre os cuidados de enfermagem aconselhados nestas cirurgias. Com o decorrer do mesmo, conseguiu-se o desenvolvimento de saberes nessas áreas e também nas relacionadas com a comunicação, em situações em que a comunicação verbal do doente está ausente.

De forma a atingir o segundo objetivo procedeu-se à observação dos registos nas notas diárias de enfermagem, observação da transmissão de informação na passagem de serviço, observação direta dos cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro orientador e dos restantes elementos da equipa de enfermagem e entrevistas informais com os chefes de equipa e enfermeiro de ligação com o GDD. Verificou-se, na generalidade, que intensidade e duração da dor, bem como protocolos analgésicos utilizados diferem dos do serviço de CG, pois a dor destes doentes oncológicos em pós-operatório varia entre 0 e 2 em EN, o que indica ausência de dor ou dor ligeira e não requer intervenção com terapêutica analgésica do enfermeiro. Daí os protocolos terem menor potência analgésica. Raramente foi observada prescrição de analgesia não convencional no período pós-operatório imediato, para além de que, no primeiro dia de pós-operatório em variadíssimas situações a analgesia por via endovenosa era substituída por vias de administração, como sejam, a oral ou por sonda nasogástrica. Observou-se uma alargada preocupação dos enfermeiros em desenvolver ações confortantes para alívio da dor e conseqüentemente aumento do conforto do doente, nomeadamente através da administração de analgesia preventiva antes da realização de procedimentos

⁵ - Segundo a perspectiva de Kolcaba considera-se ação confortante a intervenção que o enfermeiro realiza para promover o conforto do doente

dolorosos, de posicionamentos ou da realização de ensinamentos sobre tosse eficaz. Dessa observação resultou a elaboração de uma *check-list* (apêndice II) sobre cuidados de enfermagem autónomos/ações confortantes, que incrementam o conforto do doente oncológico com DAPO. As conversas informais com enfermeiros do serviço, a entrevista realizada aos chefes de equipa e enfermeiro de ligação e o conhecimento proveniente dos doentes que cuidei serviram para preparar esse documento.

De um modo geral, a equipa de enfermagem tem grande preocupação com o registo da dor. Para este facto pode ter contribuído, o projecto-piloto iniciado na instituição por este serviço e que alterou comportamentos na equipa e a folha diária de registos de enfermagem ser idêntica na enfermaria e na SO, tendo locais próprios para registo de dor, bem como memorandos que funcionam como elemento facilitador do preenchimento.

O enfermeiro de ligação tem um funcionamento proactivo e dinâmico junto da equipa, exercendo uma vigilância atenta nas omissões e incorreções dos registos da dor e alertando individualmente o enfermeiro que os produziu no sentido de aperfeiçoar os cuidados. Apesar de não realizar a monitorização de registos de forma organizada, através de auditorias em que trate os dados, faz uma observação regular dos processos de amostragem não aleatória, em especial nos turnos da noite. Se o registo está correto, dá reforços positivos, se não está a ser realizado fala diretamente com o profissional.

Perto do final do estágio, momento em que já existia maior aproximação aos elementos da equipa de enfermagem, realizou-se uma entrevista informal individual a três dos quatro chefes de equipa e ao enfermeiro de ligação com o GDD. Esta entrevista aberta, teve por objetivo conhecer a opinião sobre as estratégias facilitadoras e barreiras existentes no serviço ao controlo da dor e conhecer as ações confortáveis utilizadas pela equipa de enfermagem nos doentes com DAPO. As entrevistas tiveram uma duração entre 15 e 30 minutos, e apesar de não terem sido gravadas, foram registadas *a posteriori* e analisadas tendo-se identificado como estratégias facilitadoras da criação de uma “cultura de registo da dor”, a formação em serviço realizada quando da implementação do projeto-piloto. Identificaram ainda a “cultura de brio” dentro da própria equipa no sentido de potenciar a atuação

proativa dos enfermeiros de ligação⁶. Em relação a barreiras, reconhecem o excesso de trabalho tal como apontado por Manias, Botti e Bucknall (2002), os défices da folha de registo em relação à falta de locais específicos de fácil preenchimento para assinalar o protocolo analgésico ou os fármacos de resgate administrados, a ausência de formação de reciclagem, e as dificuldades de comunicação com o doente que Carr (2007) também refere.

Para promover o registo da avaliação da dor os chefes de equipa têm como estratégia a divulgação aos enfermeiros da informação institucional sobre boas práticas relativas à dor (norma institucional e protocolos analgésicos) com especial atenção no período de integração de novos elementos. Não sentem por isso necessidade de se efetuar qualquer ação formal específica e sistemática sobre este tema.

As ações confortáveis mais utilizadas aos doentes com DAPO, são a escuta ativa, as técnicas de relaxamento comportamental, particularmente a distração, o humor e a administração de analgesia.

Para atingir o terceiro objetivo do estágio realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre controlo e tratamento da dor, e assumiu-se a prestação de cuidados a doentes oncológicos com DAPO procedendo-se ao registo nas notas de enfermagem dos doentes, segundo as normas orientadoras da boa prática da DGS e da OE, e transmitindo oralmente as informações à equipa de enfermagem nas reuniões de passagem de serviço. Procedeu-se ainda à implementação dos protocolos analgésicos do serviço, de modo a que o controlo da dor fosse uma realidade.

Esta experiência permitiu-me refletir sobre a minha prática pessoal, concluindo que muitos dos registos que fazia não estavam de acordo com o que era definido pela DGS e a OE, sendo frequente faltarem-lhe características como a localização ou a intensidade. Tomei consciência que tinha que mudar e basear a minha prática na evidência científica relativamente ao ensino, avaliação e tratamento da DAPO.

⁶ - No momento do estágio, um dos dois enfermeiros de ligação encontrava-se ausente do serviço por motivo de doença, pelo que não foi possível entrevistá-lo

Este estágio permitiu-me desenvolver competências comunicacionais necessárias para a avaliação da dor em doentes com dificuldade/impossibilidade em comunicar verbalmente, e para a identificação da intervenção confortante adequada à pessoa concreta. Permitiu-me ainda, desenvolver competências sobre intervenções adequadas à gestão de uma equipa, onde se pretende melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem relativos ao controlo da DAPO, suportadas em avaliações contínuas dessa mesma qualidade, por métodos de supervisão clínica diária da atuação da equipa de enfermagem (observando o modo como registava e transmitia informações sobre DAPO). O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das mesmas” (2010, p.8). Identificou-se como estratégia para o envolvimento da equipa, elemento imprescindível para a obtenção de resultados de excelência, a recolha de informação contínua e a comunicação constante do enfermeiro de ligação com a equipa.

3.2 – Na unidade de dor de nível dois

O estágio na unidade de dor desenrolou-se entre os dias 14 de Novembro de 2011 e 6 de Janeiro de 2012, num total de 128 horas. Funcionando como local especializado no tratamento da dor crónica oncológica, faz, para além da avaliação e tratamento das síndromes algícos do foro oncológico, o apoio psicoterapêutico dos doentes, a investigação na área da dor e a promoção do ensino, possuindo para isso uma equipa multidisciplinar composta por cinco enfermeiros, três médicos e uma psicóloga. Prestam apoio a doentes com dor crónica mal controlada internados nos vários serviços da Instituição ou em regime externo. Para este efeito a unidade realiza consultas diárias, consultas de grupo semanais, técnicas invasivas e apoio por linha telefónica para doentes no exterior, que é da exclusiva responsabilidade da equipa de enfermagem.

Quando referenciado a esta unidade o doente passa por uma consulta de primeira vez realizada em que é observado por médico, psicóloga e enfermeira. Na consulta de enfermagem, faz-se uma rigorosa e completa avaliação da dor e da sua interferência nas atividades de vida diária, através de uma escala multidimensional

(*Brief Pain Inventory*). Esta avaliação é fundamental para que, na consulta médica onde o enfermeiro está presente, o doente tenha o plano terapêutico de que necessita. Nas consultas subsequentes opta-se por avaliar a dor através da escala unidimensional, preferencialmente a EN.

A opção pela realização do estágio neste serviço, prendeu-se com a possibilidade de ser orientado por uma enfermeira perita em dor, com experiência vasta na implementação de projetos de intervenção, e que orienta uma equipa de enfermagem direcionada para o tratamento da dor oncológica.

Foram elaborados como objetivos para o estágio: conhecer a organização do serviço e a dinâmica do funcionamento da equipa de enfermagem quanto ao controlo da dor no doente oncológico; conhecer a atuação de uma enfermeira especialista na gestão e monitorização da equipa de enfermagem, que presta cuidados a doentes oncológicos com dor; prestar cuidados especializados, baseados em evidência científica, ao doente com dor oncológica e de acordo com a metodologia científica.

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo, procedi à consulta de normas e protocolos da unidade, tirei dúvidas e pedi esclarecimentos em conversas informais com a enfermeira orientadora e os restantes enfermeiros do serviço e observei várias consultas de enfermagem, consultas médicas e realização de técnicas invasivas para o controlo da dor. Este objetivo permitiu o conhecimento da especificidade do serviço, de modo a direcionar as atividades para as áreas de maior interesse para o desenvolvimento de competências.

Para cumprir a meta do segundo objetivo concorreram duas atividades, as conversas informais com a enfermeira perita em dor e com as enfermeiras pertencentes ao GDD que trabalham na unidade e a leitura do Relatório da Auditoria de 2009 feita pelo grupo. A consecução deste objetivo revelou-se fundamental para todo o projeto, pois permitiu-me definir estratégias para implementar no serviço de CG. As conversas informais com a enfermeira perita tiveram por objetivo conhecer a sua experiência de implementação de um projeto piloto num serviço, principais dificuldades surgidas e estratégias adotadas e a criação de uma estrutura em rede de pessoas. As maiores dificuldades foram de

caráter logístico, como a inadequação da folha de registos e outras de caráter pessoal, como o fator motivacional dos elementos da equipa.

As conversas com a enfermeira perita e com as enfermeiras da unidade que pertencem ao GDD, possibilitaram que fosse compreendida a metodologia utilizada na auditoria institucional. Em particular conheceram-se as estratégias e atividades desenvolvidas, os instrumentos de recolha de informação e o modo como foram analisados os dados, quais os resultados evidenciados, os problemas que surgiram ao longo do processo e como foram resolvidos e por fim o modo como o GDD se articulou ou foi gerido. O conhecimento das fórmulas de cálculo dos três indicadores, possibilitou a construção, com a colaboração da enfermeira perita, de um instrumento de auditoria (Apêndice III), tendo por base o instrumento institucional utilizado em 2009, com os mesmos indicadores⁷ aos quais se acrescentaram novos indicadores⁸ suportados pelo guia de boa prática da OE.

Por fim, e para alcançar o último objetivo realizei várias consultas de enfermagem de primeira vez, apoiei a realização das consultas médicas de seguimento e colaborei na execução de algumas técnicas específicas de tratamento da dor. De forma a dar continuidade à mudança comportamental, relativa à avaliação e registo da dor, estabeleceu-se em parceria com a enfermeira orientadora a progressiva prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que recorriam à unidade, em particular na realização da entrevista inicial e na participação das consultas médicas subsequentes. As dificuldades iniciais na realização da entrevista, a propósito da correta utilização do instrumento de avaliação multidimensional e dos ensinamentos que se seguiam às consultas médicas, foram sendo ultrapassados com o apoio da enfermeira orientadora e leituras por ela indicadas, pelo que foram melhoradas competências de avaliação e registo de dor oncológica.

Segundo a OE (2010, p.9) o enfermeiro especialista “ na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados”. Neste estágio desenvolvi esta competência tomando consciência de estratégias de monitorização de equipas de enfermagem, utilizando indicadores como instrumentos de aferição da

⁷ - Identificados no instrumento de auditoria com as letras A, B, F e G

⁸ - Identificados no instrumento de auditoria com as letras C, D e E

realidade da dor a nível Institucional. Desenvolveram-se ainda competências comunicacionais na área do registo e na técnica da entrevista.

3.3 – No serviço de cirurgia geral

O serviço de CG tem 46 camas distribuídas por duas enfermarias com funcionamento independente e duas SO com capacidade total de dez doentes. A equipa de enfermagem tem 48 elementos, quatro que só fazem turno da manhã, sendo um responsável pela SO, e os restantes enfermeiros dividem-se por quatro equipas de onze elementos coordenadas por um chefe de equipa.

No serviço de CG são internados doentes oncológicos com patologias do trato digestivo, mamárias e tumores sólidos – do pulmão, pele e tecidos moles e peritoneais, para fazer cirurgias com vários graus de complexidade, cujo período pós-operatório mediato decorre na SO desde que exista vaga.

O estágio foi realizado exclusivamente na SO entre o dia 10 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012, perfazendo um total de 160 horas. Previamente ao período de estágio, o tema e os objetivos de projeto foram apresentados à enfermeira-chefe do serviço, que o apoiou e considerou como um contributo para o projeto institucional dos “Padrões de Qualidade”. Pediu-se a sua autorização para proceder à recolha de informação das notas de enfermagem dos processos dos doentes e publicação dos dados em relatório académico, que foi concedida sem necessidade de mais diligências.

Este campo de estágio tinha os objetivos específicos: conhecer as práticas dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico, com DAPO na SO; sensibilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com as boas práticas preconizadas pela DGS/OE, ao doente oncológico com DAPO e contribuir para a monitorização das boas práticas de enfermagem, relativas à prestação de cuidados ao doente oncológico com DAPO.

Para a concretização dos objetivos, optou-se pelo método de investigação-ação, um método para atenuar as diferenças entre a teoria e a prática, “que incluía a implementação de uma mudança ou de uma nova ideia no contexto prático como parte integral do processo de investigação” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 279).

Partindo da identificação de um problema da prática, específico de uma determinada realidade, efetuam-se estrategicamente as mudanças necessárias à sua resolução, e procede-se à avaliação de todo o processo, de modo a observar os resultados que foram conseguidos. Uma das suas vantagens é que, “os profissionais que colaboram num estudo de investigação acção tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada e assim estão dispostos a incluir a mesma na sua prática, de modo permanente, quando o estudo termina” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 280).

Existe alguma analogia entre as funções principais de um processo de gestão que planifica, organiza e controla e o método investigação-ação que é composto por quatro etapas: diagnóstico, planeamento, implementação, avaliação/reflexão que seguidamente se descrevem.

3.3.1 – Fase de diagnóstico

No serviço de CG a todos os doentes operados são prescritos no pós-operatório imediato protocolos analgésicos, que são objeto de reavaliação diária pelo anestesista - pertencente à UDA⁹. Existe ainda um anestesista disponível em permanência 24 horas por dia, a fim de reavaliar possíveis falhas no controlo analgésico. Em cada protocolo é identificada a sua potência analgésica¹⁰, os fármacos, a sua dosagem, intervalo e via de administração, instruções acessórias de utilização e fármacos de resgate, o que permite ao enfermeiro agir autonomamente na seleção de fármacos a serem utilizados em SOS no tratamento da dor ou efeitos secundários da medicação/anestesia.

Tendo por base os mesmos indicadores da Auditoria de 2009, fez-se uma auditoria inicial aos registos de enfermagem sobre a dor, na enfermaria e na SO, seleccionando os processos dos doentes para serem auditados de acordo com os critérios: regresso do bloco operatório directamente para o serviço de CG; permanência mínima de três turnos sucessivos internados no mesmo setor do serviço; e encontrar-se dentro das primeiras 48 horas de pós-operatório. Pretendeu-se, em simultâneo, tentar identificar se a localização, tipo e a duração da dor eram

⁹ - A UDA desta instituição não tem nenhum enfermeiro a trabalhar de forma exclusiva ou parcial.

¹⁰ - A potência analgésica do protocolo é seleccionada em função de vários fatores como o grau de destruição tecidual da cirurgia ou história de dor do doente. Para cirurgias mais agressivas ou realizadas em doentes com dor crónica oncológica são prescritos protocolos de maior potência.

objeto de registo, como preconiza a OE (2008, p.16) que o enfermeiro faça “ colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros (...) descrição das características da dor: Localização/ Qualidade/ Intensidade/ Duração/ Frequência”. Os objetivos da auditoria eram avaliar os dados sobre a dor registados nas notas de enfermagem dos doentes internados na enfermaria e na SO; e identificar a evolução nos registos de enfermagem sobre a dor desde a última auditoria. Foi utilizado o Instrumento de auditoria dos registos de enfermagem relativos à DAPO concebido no estágio anterior (apêndice III).

Devido ao curto espaço de tempo do estágio no serviço de CG, a auditoria foi feita entre os dias 26 e 30 de Dezembro de 2011. Fizeram-se 40 auditorias, 20 na enfermaria e igual número na SO, correspondentes a 120 turnos em análise, um valor semelhante ao da auditoria de 2009.

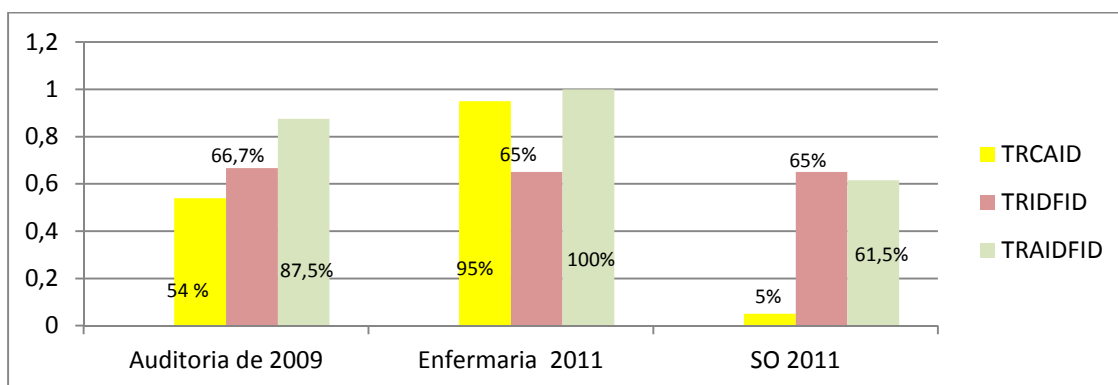


Gráfico 1 – Indicadores auditados na enfermaria em 2009 e na enfermaria e SO em 2011

Analisando o Gráfico 1, e relativamente ao primeiro indicador, TRCAID, verificou-se que os resultados da auditoria de 2009 eram bastante inferiores aos da auditoria de 2011 na enfermaria, respectivamente 54% e 95%, contudo na SO o resultado da taxa ficou pelos 5%. Naquilo a que se refere ao segundo indicador, TRIDFID, as percentagens de registo das auditorias realizadas, na enfermaria em 2009 (66,7%) e em 2011 (65%) são bastante similares à realizada na SO (65%). Por último, relativamente ao terceiro indicador, TRADFID, a percentagem de registo na SO (61,5%) fica bastante aquém das conseguidas na enfermaria em 2009 (87,5%) e em 2011 (100%). Efetuando uma análise destes dados, verifica-se que existiu uma evolução positiva entre as auditorias de 2009 e 2011 a nível dos registos que a equipa realiza na enfermaria, apesar do indicador TRIDFID ainda se manter abaixo

da meta institucional. Contudo, e sendo a mesma equipa de enfermagem que cuida na SO, verifica-se que em dois dos indicadores (TRCAID e TRAIDFID) os valores auditados na SO são bastante inferiores aos da enfermaria, e ao almejado pela instituição, o que permite concluir que uma das possíveis causas desse facto, seja a inadequação da folha de registos de enfermagem utilizada na SO.

Em relação aos restantes itens da auditoria verificou-se que as escalas de intensidade de dor, foram utilizadas em 26.6% dos registos da SO e 93,6% dos registos da enfermaria; a localização é referida em 23,3% dos registos do SO e 23,6% da enfermaria; o tipo de dor é identificado em 5 % dos registos do SO e em 16,6% da enfermaria; e a duração é mencionada em 3,3% dos registos no SO e 1,6% da enfermaria.

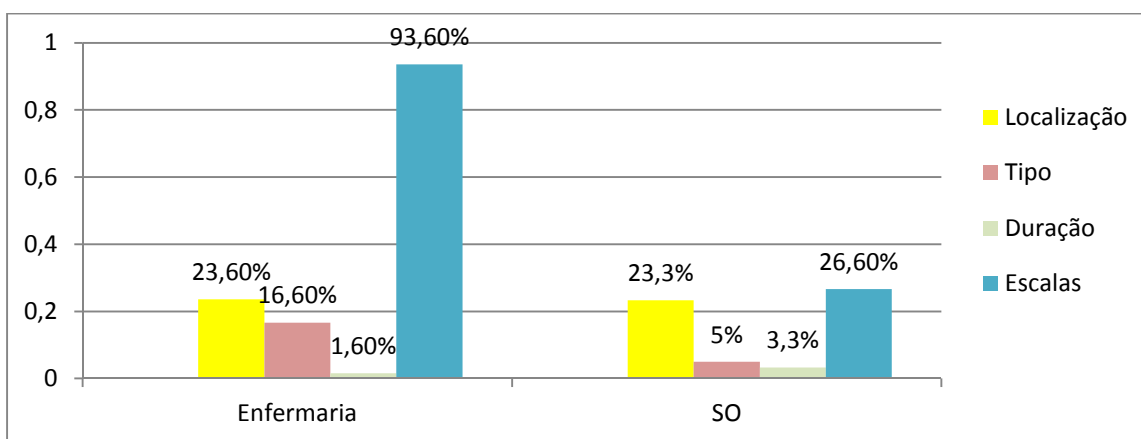


Gráfico 2 – Indicadores da auditoria na enfermaria e na SO em 2011 relativamente ao registo das escalas, localização, tipo e duração da dor

Pode-se concluir que a equipa de enfermagem não regista com regularidade e continuidade as características da dor de acordo com as boas práticas preconizadas pela DGS e OE, o que sob o ponto de vista deontológico levanta questões de má prática profissional. Salienta-se a grande discrepância de percentagens na utilização de escalas de dor nos registos, o que pode ser explicado pela existência de um local próprio na folha de registo de enfermagem da enfermaria e inexistência do mesmo local na folha da SO. A característica menos registada pelos enfermeiros é a duração, respetivamente 1,6% na enfermaria e 3,3% na SO, seguida da localização 5% em SO e 16,6% na enfermaria.

Complementarmente com a realização da auditoria, pretendeu-se conhecer a opinião que os enfermeiros tinham sobre os registos da dor que faziam nas notas de

enfermagem na SO, pelo que se construiu um questionário sobre o registo da dor nas notas de evolução de enfermagem na SO (apêndice IV) com 21 perguntas: as primeiras 9 para caracterização sócio demográfica dos entrevistados; as 11 seguintes para conhecer a opinião do enfermeiro sobre os registos que faz em SO; e 1 última para conhecer as necessidades de formação sobre dor. Utilizaram-se no questionário perguntas abertas e fechadas, optando-se aqui pela utilização de escalas de Lickert de 7 itens.

A distribuição do questionário decorreu antes do início do estágio, para permitir a análise dos dados. Foi entregue a 40 dos 48 enfermeiros¹¹, no período de 2 a 6 de Janeiro de 2012, dos quais 38 o devolveram corretamente preenchido. Existindo uma pergunta de exclusão, se tinha tido doentes na semana anterior na SO, 13 enfermeiros (32,5%) não reuniram condições para o preenchimento do questionário na totalidade. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa Excel e análise de conteúdo (pergunta aberta).

Responderam ao questionário 84,2% de enfermeiras e 15,8% de enfermeiros, sendo que, relativamente ao grau académico, 81,7% possuem licenciatura, 2,7 % mestrado e 5,2% bacharelato, número que é idêntico aos enfermeiros com especialidade e com pós-graduação. A média etária é de 27,6 anos, a média de experiência profissional de 7,5 anos e a média de experiência em cirurgia é de 7,1 anos. São 63,2 % os enfermeiros que conhecem a Circular Normativa Nº 9 da DGS relativa à dor e 37,5% tomou contacto com a mesma nas escolas de enfermagem e 29,2% em formações no serviço de CG, tendo a restante percentagem tido contacto noutros locais. Quanto ao conhecimento da norma institucional 81,6% referem conhecê-la, enquanto 18,4% não a conhecem. São 76,4% dos enfermeiros que dizem ter participado em formações sobre dor, contrariamente a 23,6% que dizem nunca ter feito formações sobre este tema. Em 82,8% dos enfermeiros a formação foi feita na instituição onde trabalham, sendo em 79,3% das situações realizada entre 2009 e 2011 com uma duração máxima de duas horas (65,5%).

A escala de avaliação de dor que os enfermeiros dizem mais utilizar é a numérica (20 vezes). De registar a referência à utilização da escala de faces em três vezes, apesar de não ser adequada à avaliação em doentes adultos (apêndice V).

¹¹ - Por motivos vários os restantes 8 enfermeiros não se encontravam no serviço no período temporal referido

Relativamente à frequência da utilização de escalas da dor na SO, constata-se que 15 enfermeiros responderam “nunca”, “quase nunca” ou “algumas vezes” e 10 enfermeiros responderam “sempre”, “quase sempre” ou “bastantes vezes”, sendo que 2 enfermeiros não responderam a esta questão. Na auditoria foi demonstrado que em apenas 26,6% dos casos se verificava a utilização de escalas na SO.

No que concerne à “frequência de registo das intervenções de enfermagem para controlo da DAPO”, 7 têm opinião de que registam “algumas vezes” e 20 enfermeiros “sempre”, “quase sempre” ou “bastantes vezes”. Em relação à “frequência de reavaliação das intervenções de enfermagem para controlo da DAPO” (apêndice VI), 12 enfermeiros responderam “nunca”, “quase nunca” ou “algumas vezes” e 14 enfermeiros responderam “sempre”, “quase sempre” ou “bastantes vezes”, havendo 1 enfermeiro que não tem opinião. Estas opiniões vão de encontro aos dados da auditoria, pois a frequência de registo das intervenções é a que tem maior percentagem.

No que diz respeito à “frequência de registo qualitativo da DAPO” (apêndice VII), 11 enfermeiros têm opinião de que registam “nunca” ou “algumas vezes” e 16 “sempre”, “quase sempre” ou “bastantes vezes”, ao passo que sobre a “frequência de registo quantitativo da DAPO”, 16 enfermeiros têm opinião de que registam “nunca”, “quase nunca” ou “algumas vezes”, 8 “quase sempre” ou “bastantes vezes”, e 3 não têm opinião. Correspondendo o registo quantitativo à EN e EVA que são as duas escalas mais utilizadas, e o qualitativo à escala descritiva, parece haver uma contradição.

Em relação à “frequência de registo da localização da DAPO”, 6 enfermeiros têm opinião de que registam “quase nunca” ou “algumas vezes” e 19 “sempre”, “quase sempre” ou “bastantes vezes”, e 2 não têm opinião. No que concerne à “frequência de registo do tipo da DAPO”, 9 enfermeiros têm opinião de que registam “quase nunca” ou “algumas vezes”, 17 “quase sempre” ou “bastantes vezes”, e 1 enfermeiro não tem opinião. Quanto à “frequência de registo da duração da DAPO” 16 enfermeiros acham que registam “quase nunca” ou “algumas vezes”, 9 “quase sempre” ou “bastantes vezes” e 2 não têm opinião. (apêndice VIII) Pode-se concluir que, os enfermeiros têm uma opinião de que os registos que fazem são bastante mais adequados do que o são na realidade.

A causa de não registo mais referida, com 44,4% é a “inadequação da folha de registo diário de enfermagem”, seguida com 22,2% pela “falta de tempo” no turno para o registo e o “esquecimento” com 11,1% (apêndice IX).

Os temas de interesse para formação sobre a dor foram acerca de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor, escalas de avaliação, registos de enfermagem, cuidados de enfermagem, indicadores de avaliação, mecanismos de dor e tipos de dor. (apêndice X)

A análise dos resultados da auditoria e do questionário comprovou os dados da observação empírica. Verificou-se uma melhoria dos indicadores em análise na auditoria de 2009 para os da de 2012, apesar dos indicadores dos registos de enfermagem sobre a dor na SO encontrarem-se abaixo das metas institucionais.

3.3.2 - Fase de planeamento

Nesta fase, procurou-se criar soluções para o problema identificado, decidindo sobre as estratégias a implementar. A primeira atividade foi preparar e realizar uma sessão de formação (apêndice XI) que teve uma hora de duração e foi replicada três vezes (para poder responder aos horários das 4 equipas) no início do, tendo 32 enfermeiros assistido a ela. Após as sessões percebi por vários comentários que os enfermeiros se reviam nos resultados apresentados, o que pareceu sensibilizá-los para aderir ao projeto, bem como vontade de colaborar com as estratégias sugeridas.

A partir dos resultados encontrados pela auditoria e pelo questionário desenvolveram-se três campos de atuação: criar condições para o registo da avaliação, intervenções e reavaliação da dor na SO; responder às necessidades formativas da equipa de enfermagem; e alterar a organização da equipa de enfermagem nos cuidados que presta ao doente oncológico com DAPO, monitorizando a sua ação.

Em relação ao primeiro campo de atuação foi elaborado IRSADAPO (apêndice XII) para ser utilizado no registo da dor dos doentes em SO. A adição de um novo instrumento de registo representava um acréscimo de burocracia, que poderia provocar alguma resistência ao preenchimento. No entanto, a própria equipa considerava a inadequação da folha de registo de enfermagem da SO como um

óbice, pelo que, optou-se por esta estratégia. A conceção do IRSADAPO foi pensada para simplificar o seu preenchimento, aproveitando por isso caixas de memorandos existentes noutras folhas de registo institucional (em particular as relativas ao tipo e duração da dor) e criando outras (relativas a intervenções de enfermagem e escala de conforto), de modo a facilitar o conhecimento dos enfermeiros. Foi ainda essencial que o instrumento permitisse usar códigos de preenchimento simples e objetivos que facilitassem a monitorização ao longo do processo e permitisse a comparação com os dados das auditorias.

O instrumento de registo ficou composto por três folhas com diferentes conteúdos. A primeira folha constituída por um campo com os dados da pessoa, cirurgia e técnica anestésica, um campo destinado ao registo das características da dor, analgesia (descriminando protocolo, fármacos de SOS e efeitos secundários), espaço de intervenções de enfermagem e de avaliação do conforto e um terceiro campo onde foram colocadas as caixas de memorandos. A segunda folha, denominada de folha de continuação do IRSADAPO, igual à primeira exceto na ausência do primeiro campo, introduzindo-se uma questão avaliativa da possível influência da dor na restrição de atividades essenciais, identificadas, por Pimenta, Santos, Chaves, Martins, e Gutierrez (2001) como passíveis de obstar ao sucesso da recuperação pós-cirúrgica. Esta folha era repetida tantos dias quantos os dias que o doente permanecesse na SO. A terceira folha do instrumento, intitulada de folha de avaliação final do IRSADAPO, foi composta por duas questões fechadas, a primeira para saber a opinião do doente sobre a dor sentida na SO e a segunda para identificar a importância que as intervenções de enfermagem para alívio da dor tiveram para o conforto do doente. Esta questão servia de complemento de avaliação do projeto desenvolvido, pois, o conforto do doente oncológico com DAPO é uma finalidade primordial dos cuidados de enfermagem. De modo a garantir equidade no tratamento, o IRSADAPO, foi aplicado a todos os doentes internados na SO. Este procedimento respeita as orientações das UDA europeias que baseiam a sua filosofia na abrangência do tratamento à totalidade dos doentes.

No que concerne ao segundo campo de atuação, foi preparada uma sessão de formação (apêndice XIII) para responder às necessidades de formação identificadas no questionário. A sessão, com a duração de 4 h, foi repetida tendo a

primeira 8 presenças e a segunda 22. Na segunda sessão de apresentaram-se os resultados finais.

Em relação ao terceiro campo de atuação há a referir a necessidade de realização de reuniões informais com chefes de equipa, enfermeiro responsável da SO e com os enfermeiros da prestação de cuidados com o objetivo de transmitir alguma informação ou esclarecer dúvidas.

Foi encontrado um local para colocar os IRSADAPO por preencher e já preenchidos, que eram regularmente recolhidos para serem tratados.

3.3.3 – Fase de implementação da ação

A partir de 11 de Janeiro de 2012 os registos de enfermagem de todos os doentes oncológicos em pó-operatório internados na SO passaram a ser feitos no IRSADAPO anexado ao processo para que os enfermeiros transitassem os dados relativos à prestação de cuidados de enfermagem realizada sobre dor. Este registo devia ser feito, pelo menos uma vez por turno. Foi sendo realizado o controlo de preenchimento do IRSADAPO, comparando regularmente o seu número com o das cirurgias realizadas.

A utilização do IRSADAPO pelos enfermeiros foi regularmente acompanhada, procurando-se envolver e esclarecer todos os enfermeiros no projeto e estando atento a situações duvidosas que surgissem. No início apareceram dúvidas quanto ao *timing* do preenchimento das questões fechadas da segunda e terceira folha o que levou à introdução na folha de continuação do IRSADAPO da instrução “Quadro a ser preenchido no turno da manhã” e na folha de avaliação a instrução “Quadro a ser preenchido no turno em que o doente sai da SO, pelo seu enfermeiro responsável”. As reuniões informais com os enfermeiros permitiram acompanhar a facilidade de preenchimento do instrumento.

Em simultâneo, foi criado em Excel uma tabela mestra para onde foram transcritos todos os dados recolhidos nos IRSADAPO, à medida que estivessem preenchidos. Esses dados foram submetidos a análise quantitativa descritiva, para que se descrevesse e caracterizasse a atuação da equipa de enfermagem.

3.3.4 – Fase de análise e reflexão

Ao longo do período de estágio estiveram internados na SO 99 doentes, contudo, apenas 96 em consequência de cirurgia, pelo que, somente a estes, foi aplicado o IRSADAPO. Estes doentes permaneceram um total de 264 dias e 546 turnos na SO, o que corresponde a uma média de 2,75 dias de internamento na SO/doente. Todas as análises que se seguem foram realizadas em função desta população, à exceção da avaliação da TRCAID, que por impor como condição de continuidade a avaliação do registo em três turnos consecutivos, teve uma população diferente.

Em relação à TRCAID, foram considerados os 93 doentes que permaneceram pelo menos três turnos consecutivos na SO. Desses 93 doentes foram analisadas 168 módulos¹² concluindo-se que em 151, existiu registo em todos os turnos, da intensidade da dor o que, como se observa no Gráfico 3 implica que a TRCAID na SO no período de estágio fosse de 89,88%. No que concerne à TRIDFID o resultado foi de 96,56%, pois das 366 avaliações em que a intensidade da dor obrigava a ações confortantes, somente em 11 tal não sucedeu. Das 355 ações confortantes realizadas, existiu posterior reavaliação em 298 delas, o que corresponde a que a TRIDFID tivesse a percentagem de 81,42%. Da totalidade de intervenções avaliadas, 280 foram eficazes e 18 ineficazes, o que representa uma taxa de 93,9% de eficácia das intervenções.

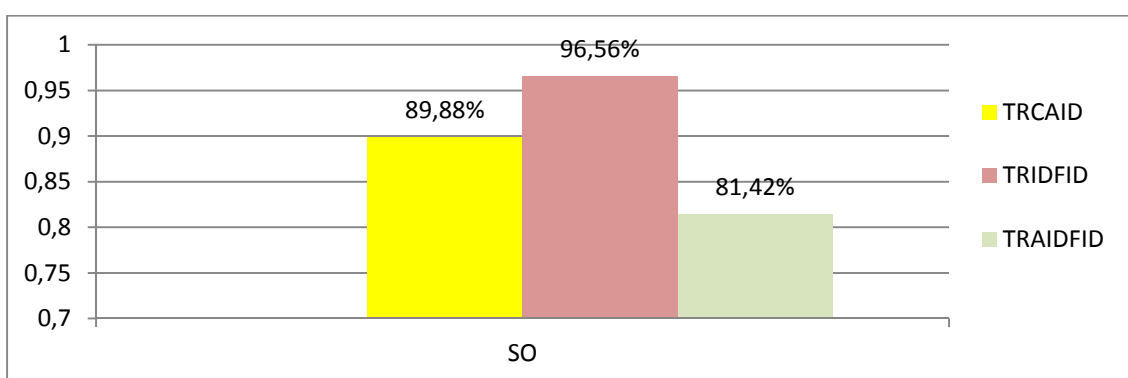


Gráfico 3 – Indicadores auditados no período de estágio na SO

¹² - Entende-se por módulo o conjunto de três turnos consecutivos em que o doente tenha permanecido na SO, iniciando-se no turno em que o doente chega do bloco operatório. Ao longo da implementação do IRSADAPO existiram doentes que permaneceram durante vários dias, sendo então avaliados vários módulos. Como exemplo um doente que permanecesse 8 turnos na SO, para efeitos da TRCAID foram avaliados dois módulos e não foram objeto de avaliação os últimos dois turnos.

As ações confortantes que os enfermeiros empreenderam foram em 41,19% dos casos farmacológicas, e em 58,81% não farmacológicas, sendo na maioria das situações utilizada uma conjugação de ambas.

Em relação às características da dor, verificou-se que 100% dos registos utilizaram escalas de dor, utilizadas, 92,7% a localização, 88,4% o tipo de dor e 92,2% a duração da dor.

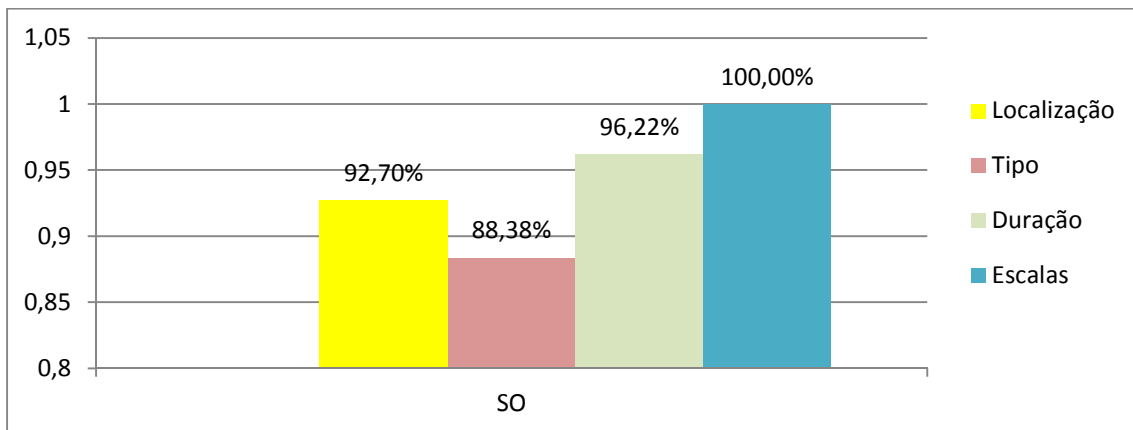


Gráfico 4 – Percentagem do registo das características da dor no período de estágio na SO

Em 93,4% das avaliações foi usada a EN, seguida com 4,6% pela escala do observador.

Para perceber o impacto das ações confortantes na redução da dor recorreu-se aos registos que utilizaram a EN e tinham uma sequência de eventos constituída por avaliação inicial da intensidade da dor, uma (ou mais) ação (ações) confortante(s) e uma reavaliação da intensidade. O somatório de um mesmo número de intensidades antes e após a ação foi comparado, verificando-se existir uma diferença negativa de 36,99%, podendo dizer-se que as ações confortantes dos enfermeiros contribuíram para essa diminuição de dor. Foi possível verificar ainda que 78,12% (75) dos doentes referiram dor de intensidade 3 ou superior em EN, em pelo menos uma das avaliações que foi realizada na SO. Estes números vão de encontro aos referidos por Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez (2001), que concluíram que 76% de doentes submetidos a cirurgia cardíaca, e 90% dos doentes

submetidos a cirurgia abdominal tinham sentido dor nas 24 horas prévias ao momento da entrevista.

Relativamente à avaliação do conforto do doente ela foi efetuada em 90,84% dos turnos, verificando-se que 56,21% dos doentes referiram ausência de desconforto ou conforto total (apêndice XIV), sendo que 88,18% das avaliações revelou níveis de conforto de 0, 1 ou 2. Apesar da impossibilidade de correlação direta entre intensidades elevadas de dor e elevados níveis de desconforto, verificou-se que sempre que os doentes referiam intensidade 3 ou superior na escala de conforto, em 85,7% dos casos apresentavam intensidade de dor igual ou superior a 3 em EN.

A influência da dor nas atividades foi avaliada em apenas 90 doentes, tendo-se verificado que, 80% referiram interferência da dor “à mobilização”, 42,2% com a “tosse/respiração profunda”, 24,4% com o “sono/repouso” e 5,5% no “relacionamento com os outros”. Para 15,5% dos doentes, a dor não lhe causou qualquer influência. No estudo que efetuaram, Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez (2001, p.181) concluíram que “ 82,6 % dos doentes informou que a dor atrapalhou mexer-se na cama; 56, 8% referiu que dificultou respirar profundamente; 45,2% relatou prejuízo do sono; 25,2% dos doentes informou prejuízo para andar advindo do quadro algico e 21,3% afirmou que a dor atrapalhou o apetite”.

Dos 82 doentes questionados 51,3% apontam que a dor sentida foi menor que o esperado, 17,1% referem que a dor manifestada foi maior, resultado idêntico aos doentes que não conseguiram estabelecer comparação, do mesmo modo que para 14,6 % dos inquiridos a dor foi igual ao perspectivado. Em relação à satisfação com a analgesia Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez (2001, p.181) opinam que “ contraditoriamente à alta frequência de ocorrência de dor, à intensidade da queixa algica e ao prejuízo da dor para o desempenho das atividades de vida diária observados, a maioria dos doentes (74,4%) mostrou-se muito satisfeita com a analgesia recebida”. Em relação à expectativa do doente face à DAPO é defendido que “se o doente sente que é capaz de controlar a dor, a sua percepção desta é menos intensa” e que “quem se encontra satisfeito com o tratamento evidencia menos dor” (Nave, Ribeiro, Oliveira e Roquette, 2005, p.1229-1230).

Finalmente, e relativamente à importância que as intervenções de enfermagem para alívio da dor tiveram para o conforto do doente, 62,2% dos 82 inquiridos referem que estas foram muito importantes e 30,5% afirmaram terem sido extremamente importantes.

Apresentados os resultados, importa refletir sobre o que foi desenvolvido. Este projeto ambicionou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em âmbitos distintos: a prestação de cuidados ao doente oncológico com DAPO e a gestão e monitorização de um trabalho de equipa, que levasse à melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico com DAPO. Quanto à avaliação e registo da dor, foram desenvolvidos conhecimentos sobre escalas, sua adequação e utilização, terminologias adequadas de registo e estratégias comunicacionais. Incrementou-se conhecimentos sobre tratamento (em especial farmacologia) da DAPO, e como a associação de ações confortantes podem potenciar o efeito analgésico melhorando o conforto do doente.

Relativamente à gestão da equipa conseguiu-se alcançar excelentes valores nos indicadores, o que comprova uma mudança comportamental. Logisticamente este projeto foi bastante exigente, a nível de recursos temporais, e um trabalho diário, que se não fosse bem executado poderia comprometer a confiança da equipa. A apresentação de soluções, como o IRSADAPO, pode ter contribuído para motivação intrínseca de cada elo da equipa. O acompanhamento regular, a disponibilidade para escutar as opiniões e sugestões, o esclarecimento de dúvidas (de que é exemplo a confusão sobre as escalas unidimensionais), foram contributos importantes para os resultados alcançados.

O desenvolvimento de competências sobre indicadores, que avaliassem a atuação das práticas da equipa, foi outro dos ganhos que o projeto permitiu. A necessidade de tornar visível o trabalho, e que pudessem ser realizadas comparações entre o antes e o após, só foi possível devido aos conhecimentos que foram adquiridos nesta área. Para a equipa foi fundamental conhecer a realidade inicial, para que existisse uma mudança de paradigma, como também foi fator de satisfação o conhecimento dos resultados alcançados em função do seu trabalho, e em ambos os momentos tal seria impossível sem a presença de indicadores fiáveis.

Quanto ao processo de monitorização, sentiram-se dificuldades iniciais até à construção da tabela mestra. Após esse momento, apesar do carácter trabalhoso inerente ao universo de doentes a quem foi aplicado o instrumento, a análise dos resultados comprovou expectativas sentidas ao longo do estágio, sendo bastante gratificante observar a mudança do comportamento da equipa. Também no campo da monitorização do processo foram desenvolvidas competências na análise dos dados, que em muitas das situações foram de encontro ao evidenciado por outros autores. O conhecimento sobre os cuidados de enfermagem, monitorizando a atuação de equipas, é uma prática que cada vez mais deve ser fomentada, não só para produzir conhecimento mas também para fazer face a situações problemáticas e que antes da realização deste projeto não tinha consciencializado.

Foram ainda desenvolvidas competências relativamente ao planeamento, preparação e apresentações de sessões de formação relacionadas com a dor e a atuação do enfermeiro no seu controlo, momentos em que se procurou de forma dinâmica partilhar conhecimentos com a equipa.

Em jeito de síntese e como salienta a OE, “o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir (...)” (2002, p. 5)

Para além deste reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, com este projecto foram desenvolvidas competências enquanto enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos cuidados ao doente oncológico com DAPO, evidentes na dinamização da equipa de enfermagem, na promoção de cuidados de excelência, que se enquadrassem dentro das boas práticas de modo a elevarem com o seu agir o conforto dos doentes.

4 - CONCLUSÃO

A gestão da equipa de enfermagem no controlo da dor revelou-se um desafio, exigindo o desenvolvimento de competências ao nível da planificação, organização, liderança e controlo. Procurou-se, e julga-se ter conseguido, que existisse uma articulação e uma harmonia entre estas áreas, que permitisse o envolvimento do maior número possível de enfermeiros. Estabeleceram-se estratégias que passaram por um diagnóstico de situação, que possibilitasse a comparação entre a realidade dos registos e a opinião dos enfermeiros sobre os mesmos, a oferta de soluções (IRSADAPO, sessões de formação) para o problema, a preparação logística e o controlo regular que permitisse a monitorização do processo e consequentemente extrair conclusões sobre a importância do projeto e o seu grau de sucesso. Realça-se a aceitação que os momentos formativos tiveram na equipa de enfermagem, com elevados níveis de participação, que se revelaram momentos de partilha e reflexão.

Analisando os resultados é possível observar a evolução dos valores das taxas institucionais: TRCAID na SO dos 5% para os 89,88%; TRIDFID na SO dos 65% para os 96,56% e TRADFID na SO dos 61,5% para os 81,42%. Foi observado que o registo da localização, do tipo, da duração da dor e a utilização de escalas também foi melhorado consideravelmente, e ainda que poderá existir relação entre dor superior ou igual a 3 em EN e aumento dos níveis de desconforto. Com o projeto verificou-se que, apesar da existência de protocolos analgésicos, a percentagem de doentes oncológicos que refere DAPO de intensidade igual ou superior a 3 em pelo menos uma avaliação é ainda bastante elevada (78,12%), apesar de uma percentagem significativa dos doentes considerar estar satisfeito com analgesia. Estes resultados vão de encontro a estudos anteriores, remetendo para o longo caminho que ainda deve ser percorrido para o controlo da DAPO. Considera-se importante que futuramente os indicadores institucionais permitam conhecer o número de doentes que tem DAPO que necessite de intervenção (EN igual ou superior a 3) e o grau de satisfação dos doentes com a analgesia.

O reconhecimento institucional constitui um vector fulcral na solidificação deste projeto. Atualmente, e desde que o IRSADAPO deixou de ser utilizado, verifica-se de forma empírica que os registos nem sempre vão de encontro ao preconizado. Torna-se pois importante a manutenção do IRSADAPO, como documento institucional, de modo a recuperar o caminho percorrido e a possibilitar a monitorização, a melhor estratégia para verificar o que está a ser feito. Para atingir esse objectivo, e tendo em conta o número de doentes com internamento na SO, será imprescindível que existam outro tipo de meios logísticos e informáticos para que o tratamento dos dados seja mais fácil. Seria também enriquecedor que existisse uma maior articulação entre UDA e equipa de enfermagem do serviço de CG, pois a complementaridade poderia trazer vantagens para aqueles em função de quem se trabalha: os doentes oncológicos.

Existiram alguns limites neste trabalho que levaram a que por opção áreas como prevenção e o tratamento da dor não fossem abordadas, contudo deverão ser fomentadas, através de formação mais aprofundada, pois também nesses campos existem progressos que podem ser feitos. Considero que o ensino pré-operatório relativo à DAPO é vital, sendo uma das possibilidades para o implementar a utilização de folhetos com informação sobre escalas, analgésicos e rotinas do serviço, entre outras.

Este projeto poderá servir também como ponto de partida para futuros trabalhos de investigação, sendo que a influência que um programa de ensino tem na intensidade da DAPO de diferentes cirurgias, a avaliação das intensidades de dor relativas a determinada(s) cirurgia(s) ou os ganhos das ações confortantes autónomas áreas que merecem o desenvolvimento do saber.

Existiram algumas limitações ao longo do percurso e que importa serem focadas. A principal residiu na impossibilidade de realizar um estágio numa UDA onde o enfermeiro fizesse parte integrante da equipa desse serviço. Contrariamente a outros países, em Portugal a presença de enfermeiro a trabalhar a tempo inteiro inserido na UDA é praticamente inexistente, apenas em cinco hospitais tal sucede, sendo que em doze hospitais o enfermeiro exerce funções na UDA em acumulação com outras tarefas. (DGS, 2010, p.35) A norma de organização das UDA, elaborada pela DGS, não impõe a obrigatoriedade da presença de um enfermeiro, mas apenas

a existência em cada serviço, de um enfermeiro de ligação à UDA (DGS, 2012). Daqui pode inferir-se a pouca importância atribuída às funções que os enfermeiros poderiam desempenhar nas UDA, algo contrário ao princípio de criação das UDA europeias, e à realidade de outros países.

Outra a limitação, difícil de ser ultrapassada, foi a inexistência de indicadores de avaliação do conforto para doentes oncológicos com DAPO, que a existirem poderiam significar um acréscimo de qualidade na perceção do doente. Em virtude desse condicionamento, optou-se pela avaliação através da escala, que revelou alguns indícios de correspondência entre dor e desconforto, mas não possibilitou certezas.

Julga-se terem sido atingidos os objetivos propostos no início do projeto, melhorando-se o conhecimento sobre o controlo da DAPO no doente oncológico, identificando e implementando estratégias para o controlo da DAPO e gerindo e monitorizando a atuação da equipa. Procurou-se basear a prática clínica especializada em padrões de conhecimento válidos, funcionando como elemento facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho. (OE, 2010) Em simultâneo geriram-se os cuidados e otimizou-se o processo de trabalho da equipa de enfermagem na busca da qualidade dos cuidados prestados. Planearam-se programas de melhoria contínua e adoptaram-se processos de mudança, inovadores com vista a motivar a equipa a um desempenho diferenciado, suportados em indicadores de avaliação. (OE, 2010) Com isso atingiram-se as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e o patamar de perito que Patricia Benner enunciou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apfelbaum, Jeffrey L.; Chen, Connie; Mehta, Shilpa S.; Gan, Tong J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97, 534-540.
- Apóstolo, João Luis Alves (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 9, 61-67.
- Bardiau, Françoise M.; Taviaux, Nicole F.; Albert, Adelin; Boogaerts Jean G.; Stadler, Michaela (2003). An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesthesia and Analgesia*, 96 (1), 179-185.
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinariedade e organização das unidades de dor crónica*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Bell, Liz; Duffy, Anita (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, 18 (3), 153 – 156.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardino, Marta (2008). Avaliação e tratamento da dor aguda do pós-operatório: novos desafios. *Dor*, 16 (1), 40-43.
- Caldeira, Pedro (2003). O que há de novo no tratamento da dor em oncologia – Indicadores de desempenho como suporte de melhoria contínua. *Dor*, 11 (3), 17-18.
- Carr, Eloise (2007). Barriers to effective pain management. *Journal of perioperative practice*, 17 (5), 200-208.
- Carrilho, Maria José; Patrício, Lurdes. (2009). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, 46, 59-108.

Caseiro, José Manuel (2004) Formação em dor aguda do pós-operatório. Para quem?. *Dor*, 12 (1), 25-26.

Caseiro, José Manuel (2008) Dor aguda não-cirúrgica: reflexões. *Dor*, 16 (1), 7-11.

Castro, J. Martínez-Vázquez de; Torres, L.M. (2000). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, 465-476.

Chung, Joanne W.Y.; Lui, Joseph C.Z. (2003). Postoperative pain management: study of patients` level of pain and satisfaction with health care providers` responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, 5, 13-21.

Conian, S.W.; Diamond, A.W. (1994). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi Editores.

Dihle, Alfhild; Bjolseth, Gunnar; Helseth, Solvi (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.

Direcção Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2010). *Relatório de actividades de Janeiro a Julho de 2010 da Comissão Nacional para o Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2012). *Organização das unidades funcionais de dor aguda*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Engelman, E.; Salengros, J.-C.; Paquot, M.-Ch.; Barvais, L. (2006). The Acute Pain Services (APS): How we should have done it. *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 57 (3), 233-238.
- Ferreira, Fabiana; Issy, Adriana, Sakata, Rioko. (2011). Avaliação do efeito da estimulação nervosa transcutânea (TENS) para analgesia após toracotomia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(5), 561-567.
- Frank-Stromborg, Marilyn; Christensen, Anjeanette; Elmhurst Do, David (2001). Nurse Documentation: Not Done or worse, done the wrong way – Part II. *Oncology Nursing Forum*, 28 (5), 841-846.
- Glesson, Erica; Carryer, Jenny (2010). Nursing satisfaction with the acute pain service in a surgical ward setting. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26 (1),14-26 .
- International Association for the Study of Pain. (2011). Consultado em Julho , 2011 em: <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>
- Idvall, Ewa; Ehrenberg; Anna (2002) Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (6), 734-742.
- Idvall, Ewa; Hamrin, Elisabeth; Unosson, Mitra (2002). Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *Journal of Advancing Nursing*, 37 (6), 532 – 540.
- Instituto Nacional de estatística. (2009). *Revista de estudos demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kim, Keum-Soon; Kwon, So-Hi (2007). Comfort and Quality of Life of Cancer Patients. *Asian Nursing Research*, 2 (1), 125-135.
- Kolcaba, Katharine Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *The Journal of Nursing Scholarship*, 4 (23), 237-240.
- Kolcaba, Katharine Y.; Kolcaba, Raymond, J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

- Leal, Elisabete; Ribeiro, José; Oliveira, Mário; Roquette, José. (2005). Aspectos psicossociais associados à percepção da dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia coronária. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(10), 1221-1231.
- Macedo, Ana; Andrade, Sofia; Moital, Inês; Moreira, António; Pimentel, Francisco; Barroso, Sérgio; Dinis, José; Afonso, Noémia; Bonfill, Xavier. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 329-334.
- Mackintosh, Carolyn; Bowles, Sandra (2000). The effect of an acute pain service on nurse` knowledge and beliefs about post-operative pain. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (1), 119-126.
- Magalhães, Teresa; Duarte, João Silva (2008). Gestão e sustentabilidade das Unidades de Dor. *Dor*, 16 (4), 21-24.
- Manias, Elizabeth (2003). Medication trends and documentation of pain management following surgery. *Nursing and Health Sciences*, 5 (1), 85-94.
- Manias, Elizabeth; Botti, Mari; Bucknall, Tracey (2001). Acute pain management: implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (4), 266-273.
- Manias, Elizabeth; Botti, Mari; Bucknall, Tracey (2002). Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (6), 724-733.
- Mann, Eileen; Redwood, Sabi (2000). Improving pain management:breaking down the invisible barrier. *British Journal of Nursing*, 9 (19), 2067-2072.
- McMain, Lorraine (2008). Principles of acute pain management. *Journal of Perioperative Practice*, 18 (11), 472-478.
- McMain, Lorraine (2010). Pain management in recovery. *Journal of Perioperative Practice*, 20 (2), 59-65.

- McLafferty, E.; Farley, A.(2008) Assessing pain in patients. *Nursing Standard*, 22 (25), 42-46.
- Mendes, Carmen (2008). Problemática da avaliação regular da dor aguda no pós-operatório. *Dor*, 16 (1), 34-39.
- Milutinovic, Dragana; Milovanovic, Verica; Pjevic, Miroslava; Martinov-Cvejin, Mirjana & Cigic, Tomislav (2009). Assessment of quality of care in acute postoperative pain management. *Vojnosanitetski Pregled*, 66 (2), 156-162.
- Muñoz-Blanco, F.; Salmeron, J.; Santiago, J.; Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 194-211.
- Nagi, H. (2004). Acute pain services in the United Kingdom. *Acute Pain*, 5 (3-4), 89-107.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador da boa prática*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional – Sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (s.d.). *Código Deontológico do Enfermeiro*. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Paulo, José Manuel Rodrigues (2003). Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir. *Dor*, 11 (4), 7-9.

- Pimenta, Cibele; Santos, Erika; Chaves, Lucimara; Martins, Luciana, Gutierrez; Beatriz (2001). Controle da dor no pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 35 (2), 180-183.
- Pimentel, Francisco Luis. (2006). Qualidade de vida e oncologia. Lisboa: Livraria Almedina.
- Reis, Vasco Pinto dos (2004). Gestão em Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (1), 7-17.
- Rejeh, N.; Ahmadi, F.; Mohammadi, E.; Anoosheh, M.; Kazemnejad, A. (2008). Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study. *International Nursing Review*, 55 (4), 468-475.
- Rejeh, N.; Ahmadi, F.; Mohammadi, E.; Anoosheh, M.; Kazemnejad, A. (2009). Nurses`experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (2), 274-281.
- Rigotti, Marcelo A.; Ferreira, Adriano M.(2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 12 (1) 50-54.
- Saraiva, Amélia (2008). Organização da Dor Aguda do Pós-Operatório. *Dor*, 16 (1), 18-22.
- Serralheiro, Isabel (2008). Como construir protocolos para o tratamento da dor aguda do pós-operatório. *Dor*, 16 (1), 23-26.
- Silva, Yara; Pimenta, Cibele (2003). Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 37 (2), 109-118.
- Streubert, Helen J.; Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem – avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência

- Tapp, Jane; Kropp, Denise (2005). Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (2), 167-173.
- The Royal College of Anaesthetists (2010). *Guidance on the provision of anaesthesia services for acute pain management*.
- Valentim, Jorge (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *Dor*, 16 (1), 12-17.
- Werner, Mads U.; Soholm, Lykke; Rotboll-Nielse, Per; Kehlet, Henrik (2002). Does an Acute Pain Service Improve Postoperative Outcome? *Anesthesia and Analgesia*, 95 (5), 1361-1372.
- Williamson, Amelia; Hoggart, Barbara (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 798-804.
- Wilson, Linda; Kolcaba, Katharine (2004). Practical Application of Comfort Theory in the perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 3 (19), 164-173.
- Wu, Christopher L.; Raja, Srinivasa N. (2011). Treatment of acute postoperative pain. *The lancet*, 9784 (377), 2215-2224.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Indicadores relativos à dor utilizados no projeto “Padrões de Qualidade”

INDICADORES RELATIVOS À DOR UTILIZADOS NO PROJETO “PADRÕES DE QUALIDADE”

A) 1º Indicador: TRCAID

Pretende avaliar a frequência relativa de registos de enfermagem nos quais existe no mínimo um registo de avaliação da intensidade da dor em cada turno, ao longo de 24 horas consecutivas

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Número de processos clínicos com registo contínuo intensidade da dor}}{\text{Número total de processos clínicos auditados}} \times 100$$

B) 2º Indicador: TRIDFID

Pretende avaliar a frequência relativa de registos de enfermagem nos quais existe registo de intervenção de enfermagem, sempre que o registo da intensidade da dor avaliada for igual ou superior a 3 em EN ou EVA, ou sempre que a avaliação registada for de dor moderada/intensa ou dor máxima em EVD

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Número de processos clínicos com registo de intervenções em função da intensidade da dor}}{\text{Número total de processos clínicos com justificação para intervenções em função da intensidade da dor}} \times 100$$

C) 3º Indicador: TRAIIDFID

Pretende avaliar a frequência relativa de registos de enfermagem nos quais existe registo de avaliação da intensidade da dor sempre que tenha sido realizada uma intervenção de enfermagem por intensidade de dor igual ou superior a 3 em EN ou EVA, ou sempre que a avaliação registada for de dor moderada/intensa ou dor máxima em EVD

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Número de processos clínicos com registo de avaliação das intervenções em função da intensidade da dor}}{\text{Número total de processos clínicos com intervenções em função da intensidade da dor}} \times 100$$

APÊNDICE II

Check list de cuidados de enfermagem autónomos/ações confortantes que incrementam o conforto do doente oncológico com DAPO

**CHECK LIST DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AUTÓNOMOS/AÇÕES
CONFORTANTES QUE INCREMENTAM O CONFORTO DO DOENTE
ONCOLÓGICO COM DAPO**

- * Escuta ativa
- * Apoio emocional
- * Posicionamento
- * Massagem de conforto
- * Aplicação local de gelo
- * Bochechos orais com clorexidina
- * Realização de intervenções técnicas (pensos, cuidados à cânula do traqueostomia) após o início do efeito terapêutico da analgesia
- * Promoção de atividades de distração
- * Humor
- * Ensinos sobre medidas preventivas de comportamentos que podem potenciar a dor (tosse eficaz, elevação da cabeceira, cuidados à cânula de traqueostomia)

APÊNDICE III

Instrumento de auditoria dos registos de enfermagem relativos à dor aguda pós-operatória

INSTRUMENTO DE AUDITORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

Nome _____	Idade _____	Sexo _____	Data ____/____/____
Cirurgia _____		Dia pós-operatório _____	
SO _____	Enfermaria _____		

DATA / /

Turno		Manhã	Tarde	Noite
Escala de avaliação A	Sim? Qual			
	Não			
Registo quantitativo / qualitativo B	Sim? Valor			
	Não			
	A dormir			
Localização C	Sim? Onde?			
	Não			
Tipo D	Sim? Qual			
	Não			
Duração E	Sim? Qual			
	Não			
Intervenções de enfermagem F	Sim? Qual			
	Não			
Avaliação das intervenções G	Sim			
	Não			
Avaliação contínua	Sim			
	Não			

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA GRELHA:

Intervenções sem significado se:

- Doente a dormir;
- Intensidade inferior a 2 (escalas NIPS e faces), inferior a 3 (escalas FLACC, OPS, Numérica e Analógica, “parece sem dor e parece confortável com o movimento (escala do observador), qualitativamente não for referido que o doente solicitou intervenção;
- Qualitativamente é referido que o doente não tem dor;
- Não existir registo quantitativo ou qualitativo da intensidade da dor.

Avaliação das intervenções sem significado se:

- Doente a dormir;
- Ausência de registo de intervenção;
- Intervenção desenvolvida no final do turno.

A – Identifica a presença ou não de escala de avaliação; de presença obrigatória em conjunto com B para possibilitar a avaliação da TRCAID

B - Identifica a intensidade da dor e o tipo de registo; de presença obrigatória em conjunto com A para possibilitar a avaliação da TRCAID

C /D/E – Identifica a presença ou não da avaliação de características específicas da dor

F – Identifica se existiram intervenções em função da intensidade da dor; permite avaliar a TRIDFID

G - Identifica se existiram reavaliações das intervenções em função da intensidade da dor; permite avaliar a TRAIIDFID

APÊNDICE IV

Questionário sobre o registo da dor nas notas de evolução de enfermagem da sala de operados

19. Na última semana, com que frequência procedeu ao registo de avaliação das intervenções de enfermagem para controlo da dor dos doentes em pós-operatório, nas notas de evolução de enfermagem da sala de operados?

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Não tenho ideia	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. No caso de não ter respondido “sempre” a qualquer indicador da dor antes inquirido (da pergunta 11 à 19) aponte o(s) factor(es) que mais contribuem, no seu caso, para essa omissão.

21. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem que presta aos doentes oncológicos com dor aguda

Sim Não

Em caso afirmativo refira qual (ou quais) o(s) assunto(s) que gostaria de ver tratado(s) no serviço

Obrigado

APÊNDICE V

Gráfico sobre escalas de avaliação da dor utilizadas na SO pelos enfermeiros

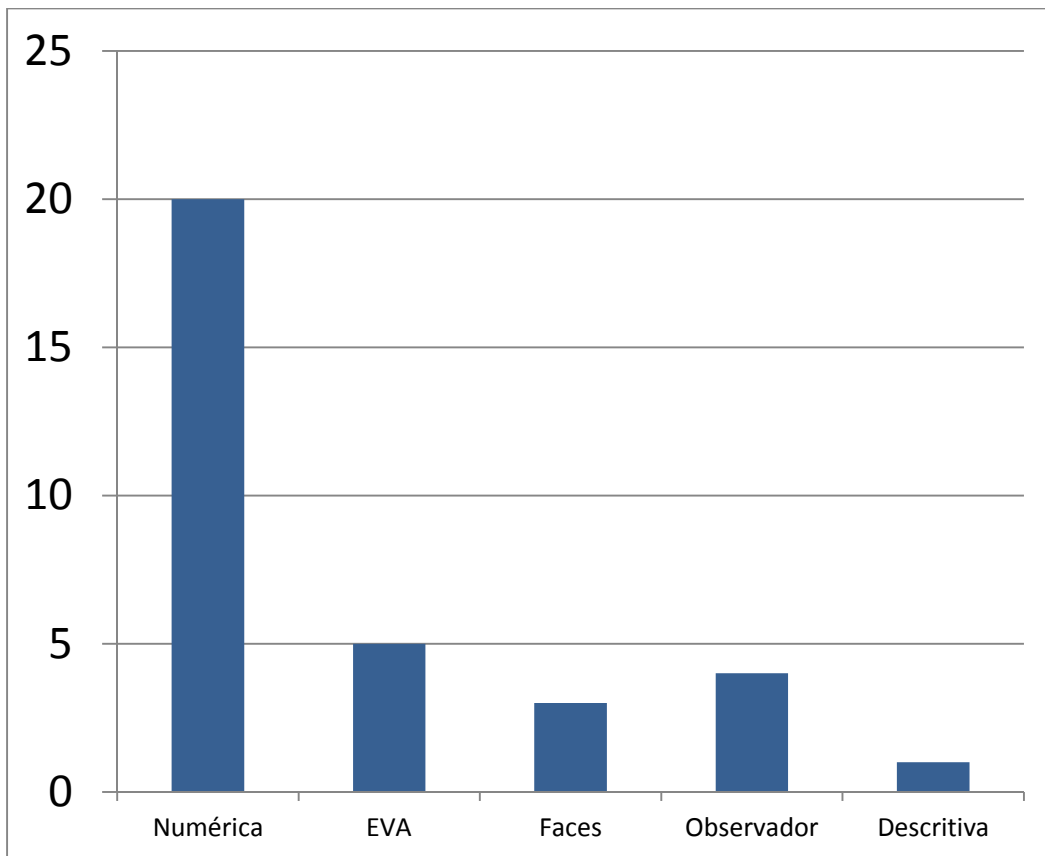


Gráfico sobre escalas de avaliação da dor utilizadas na SO pelos enfermeiros

APÊNDICE VI

Gráfico identificativo das frequências absolutas de registo das intervenções de enfermagem executadas par controlo da dor na SO reconhecida pelos enfermeiros

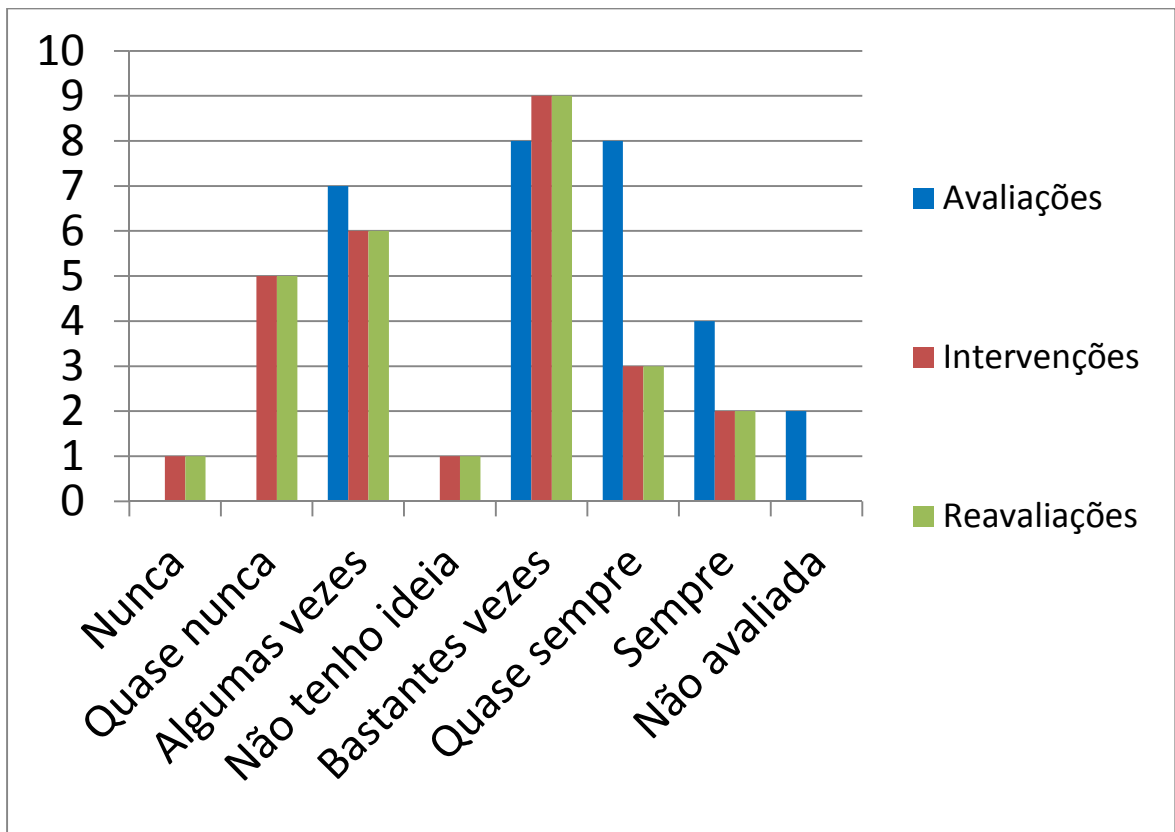


Gráfico identificativo das frequências absolutas de registo das intervenções de enfermagem executadas por controlo da dor na SO reconhecida pelos enfermeiros

APÊNDICE VII

Gráfico da frequência do registo da qualidade e da quantidade da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros

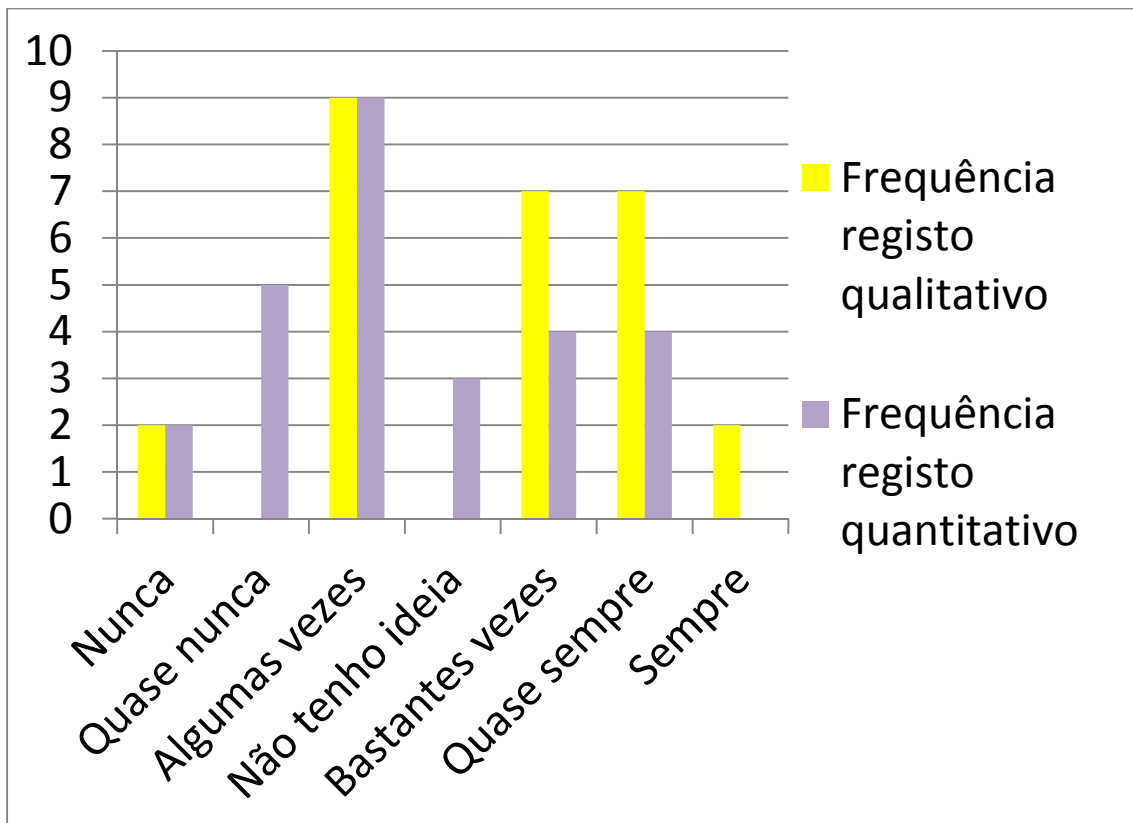


Gráfico da frequência do registo da qualidade e da quantidade da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros

APÊNDICE VIII

Gráfico da frequência dos registos da localização, tipo e duração da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros

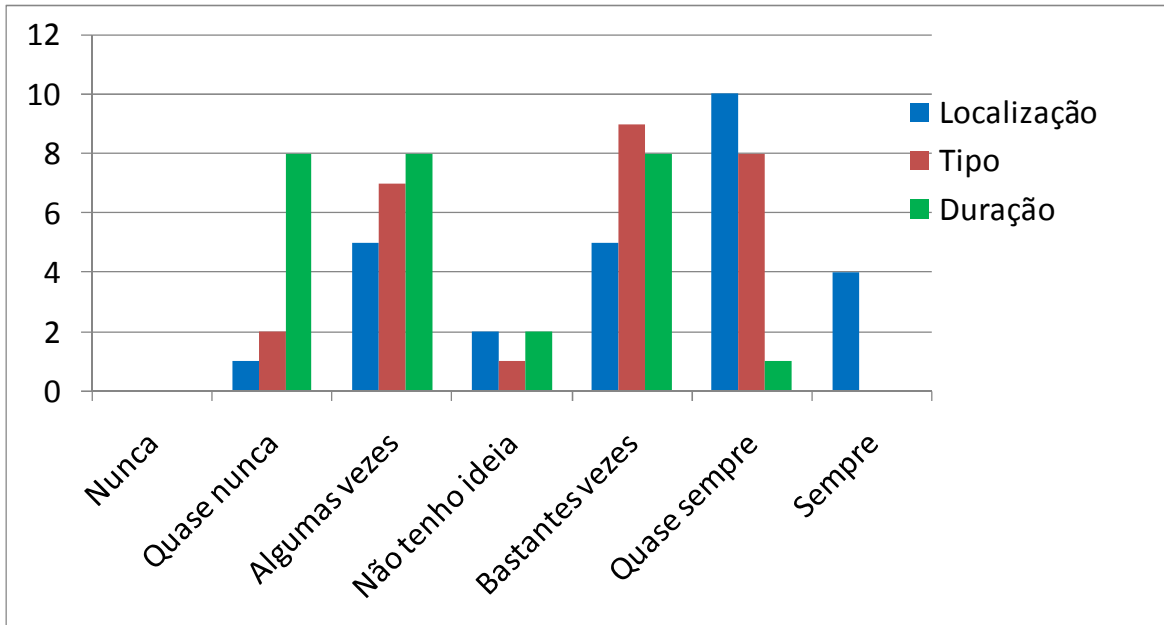


Gráfico da frequência dos registos da localização, tipo e duração da dor nas notas de evolução da SO reconhecido pelos enfermeiros

APÊNDICE IX

Gráfico dos factores que os enfermeiros referem contribuir para a inadequação de registos na SO

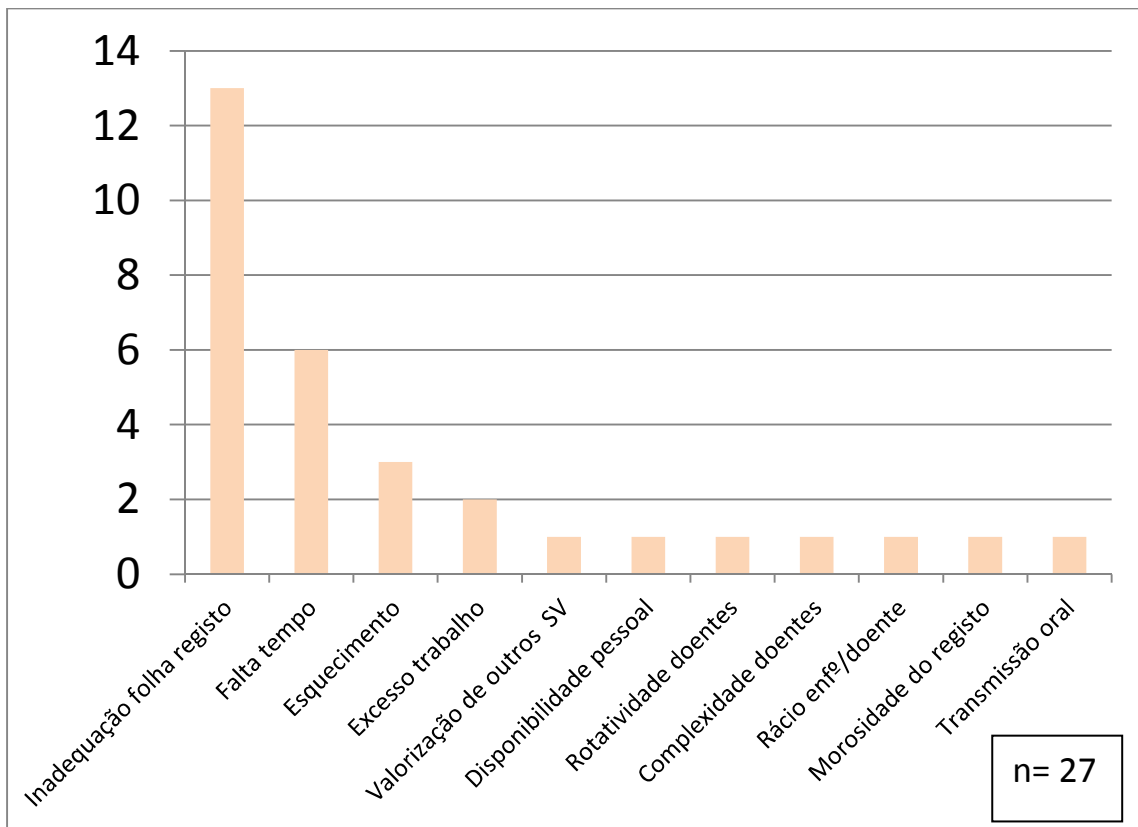


Gráfico dos factores que os enfermeiros referem contribuir para a inadequação de registos na SO

APÊNDICE X

Gráfico identificativo das necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros do serviço de CG

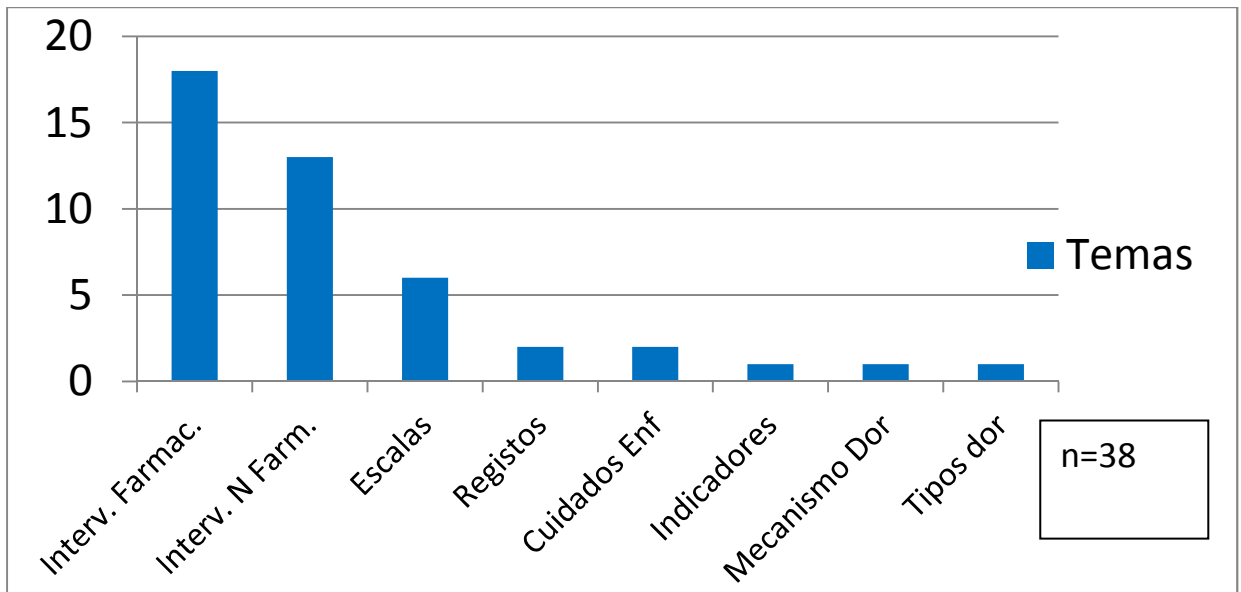


Gráfico identificativo das necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros do serviço de CG

APÊNDICE XI

Primeira sessão de formação

PLANO DE SESSÃO

Data : 11 de Janeiro de 2012 **Local:** Sala de reuniões do serviço de CG **A quem se destina:** enfermeiros do serviço CG

Tema: O controlo da dor aguda pós-operatória do doente oncológico: qual a intervenção do enfermeiro

Objectivo geral:

- Apresentar aos enfermeiros do serviço projecto de intervenção

Objectivos específicos

- Transmitir conhecimentos sobre dor tendo por base a prática baseada na evidência
- Expôr os resultados das auditorias e questionários realizados no serviço
- Apresentar aos enfermeiros do serviço o IRSADAPO
- Solicitar aos enfermeiros do serviço colaboração na implementação do projecto

Etapas	Conteúdo	Metodologia Recursos	Tempo	Observações
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do projeto e dos objectivos da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo• Diapositivos	5´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Definição de dor, dor aguda e dor peri-operatória• A boa prática no controlo da dor• UDA: qual o lugar do enfermeiro• Apresentação dos resultados da auditoria e do questionário• Apresentação do IRSADAPO	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo e Interactivo• Diapositivos	35´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Revisão dos conteúdos	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo e Interactivo• Diapositivos	5´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Discussão	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de questões relacionadas com o preenchimento do IRSADAPO	<ul style="list-style-type: none">• Método Interativo	10´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Reflexão da equipa sobre o projeto apresentado	<ul style="list-style-type: none">• Método Interativo	5´	Enfermeiro Pedro Queiroz

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
2º CURSO DE Mestrado em Enfermagem – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
UNIDADE CURRICULAR DE PROJECTO

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Discente: Pedro Queiroz
Docente Orientadora: En^{fa} Alexandra Pinto Santos

LISBOA 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

OBJECTIVOS

GERAL

ESPECÍFICOS

- 1 Apresentar aos enfermeiros do serviço projecto de intervenção
- 2 Transmitir conhecimentos sobre dor tendo por base a prática baseada na evidência
- 3 Expôr os resultados das auditorias e questionários realizados no serviço
- 4 Apresentar aos enfermeiros do serviço o instrumento de registo da dor
- 5 Solicitar aos enfermeiros do serviço colaboração na implementação do projecto

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

DOR **DOR AGUDA** **DOR PERI-OPERATÓRIA**

Uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a um actual ou potencial dano tecidual

"relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; há expectativa de desaparecimento após a cura da lesão, a delimitação temporo-espacial é precisa"

Dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatorio, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

"Este facto é difícil de compreender e aceitar, pois trata-se de um tipo de dor provocada pelo próprio médico no decurso da sua intervenção terapêutica, pelo que tem causas bem conhecidas. O seu controlo depende, fundamentalmente, da existência e adequada aplicação de protocolos de actuação no período peri-operatório."

IASP
Rigotti, Ferreira 2005:51
Plano Nacional Luta Contra a Dor 2001:27

Programa Nacional de Controlo da Dor 2008:7

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada

Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica

Programa Nacional de Controlo da Dor 2008:8

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

BOA PRÁTICA

Registo sistemático Escalas validadas Inclusão folha registos

Direcção Geral da Saúde 2003

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

PRINCÍPIOS

- "A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua
- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação
- O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada
- Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor
- Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efectivo da dor"

Ordem dos Enfermeiros 2008:13

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

QUESTÕES ÉTICAS

períodos internamento vs. emoção insuficiência recursos vs. racionalidade hierarquia médica vs. dificuldade em acreditar queixas

LIMITAÇÕES INSTITUCIONAIS ENVOLVIMENTO FALIBILIDADE

consequências de más decisões

Rejeh et al 2009

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

QUESTÕES JURÍDICAS

o que não está registado não foi realizado

cada palavra conta

avaliações, intervenções, reavaliações

identificar factores de risco

implementar práticas reduzam os riscos

Frank-Stromborg; Christensen; Elmurst Do 2001, 841

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

QUESTÕES JURÍDICAS

NEGLIGÊNCIA

Incompletos

Divergências

Desadequação normas

Impreciso

Frank-Stromborg; Christensen; Elmurst Do 2001, 841

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

ENFERMEIRO NAS UDA

UDA

A M E R I C A N A

Centrado anestesista

Enfermeiros e farmacêuticos exclusivos

Seleção doentes

Elevados custos económicos

E U R O P E I A

Supervisão do anestesista, o enfermeiro é o pivot da organização

Dirigido a todos os doentes

Menos dispendioso

Caseiro 2004:25

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

ENFERMEIRO NAS UDA

“tornar a dor visível

interpretar os sinais óbvios de efeito analgésico

actuar em conformidade com os protocolos

garantir a continuidade das terapêuticas

fazer registos de vigilância e de todas as ocorrências

informar e pedir a comparência do médico de escala”

Caseiro 2004

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

AVALIAÇÃO DA DOR

AVALIAÇÃO DA DOR

Tipo

Localização

Factores exacerbação

Factores alívio

Duração

Procedimento de enfermagem nº60 2011.2

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

AVALIAÇÃO DA DOR

Início turno

2/2H

Analgesia NCONV segundo protocolo

Antes e após intervenção

Realização penso

Procedimento de enfermagem nº60 2011.2,3

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

AVALIAÇÃO DA DOR

Escala numérica

EVA

Observador

Fases

Procedimento de enfermagem nº60 2011.4,5

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

EDUCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

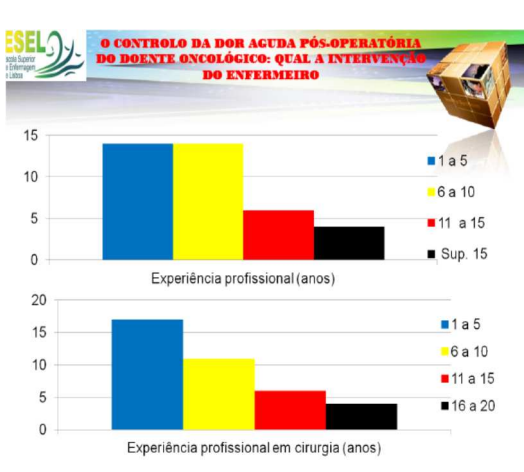
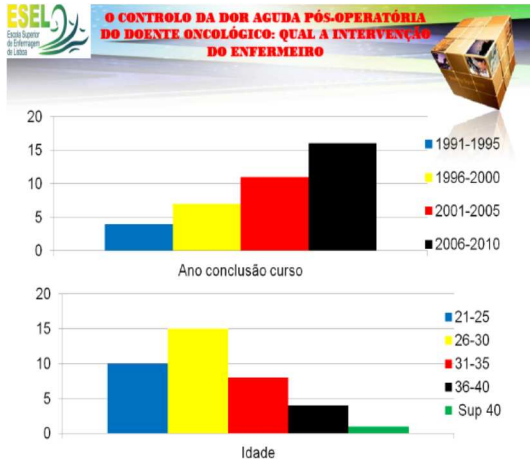
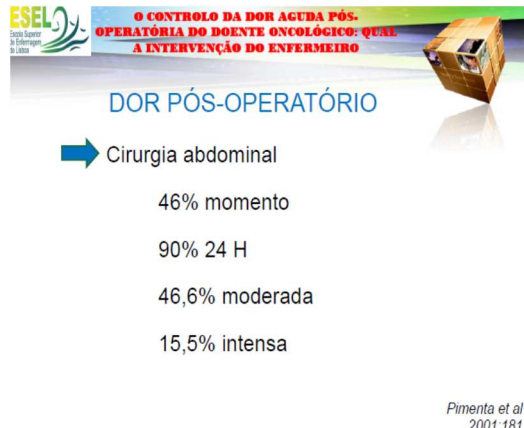
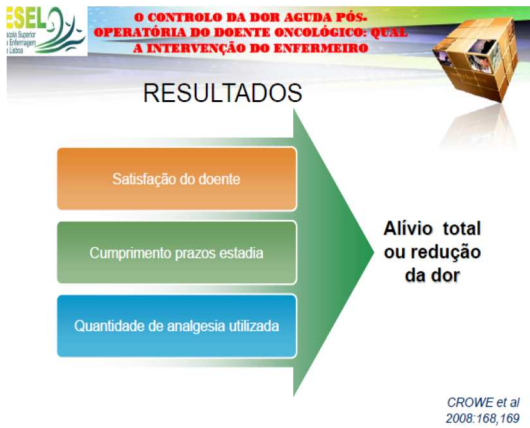
ANALGESIA

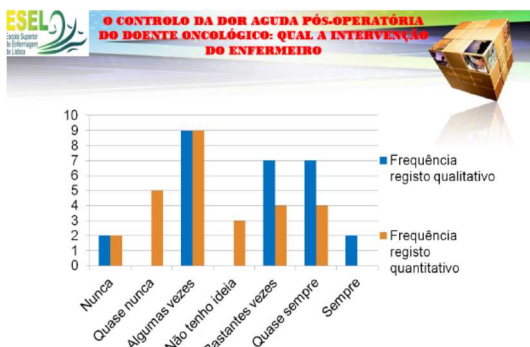
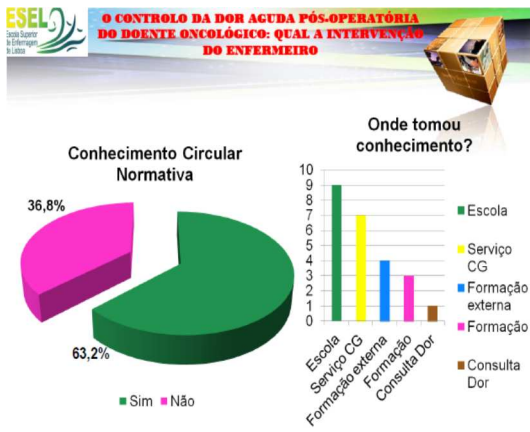
NÃO FARMACOLÓGICAS

AVALIAÇÃO DOCUMENTAÇÃO

PROTÓCOLOS LINHAS ORIENTADORAS

CROWE et al 2008:168









REGISTOS ENFERMAGEM DOR PÓS-OPERATÓRIO

Os registos de enfermagem relativos à dor pós-operatória revelam muitas deficiências de conteúdo relativamente às linhas orientadoras

Os enfermeiros não estão cientes deste facto e sobrestimam a qualidade dos registos o que revela um deficiente conhecimento sobre a qualidade do seu desempenho

Os enfermeiros que trabalham em cuidados pós-operatórios necessitam de tomar consciência que os registos sobre a dor devem ser sempre incluídos nas suas notas

Idivall, Ehrenberg
2002:741

O CONTROLO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA DO DOENTE ONCOLÓGICO: QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

- ❖ Carr, Eloise (2007) Barriers to effective pain management. *Journal of Perioperative Practice*, 5 (17), 200-206
- ❖ Caseiro, J.M. (2004). *A organização da analgesia do pós-operatório*. (Biblioteca da dor). Lisboa: Permanyer Portugal.
- ❖ Caseiro, José Manuel (2004). Formação em dor aguda do pós-operatório. Para quem? *Dor*, 12, 25-26
- ❖ Crowe, L., Chang, A., Fraser, J., Gaskill, D., Nash, R., Wallace, Karen, (2008) Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. *JBI Library of Systematic Reviews*, 6, (4), 165-224
- ❖ Direcção Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. [Plano]. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ❖ Direcção Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. [Circular Normativa]. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ❖ Direcção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. [Programa]. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ❖ Direcção Geral da Saúde. (2011). Consultado em Julho 10, 2011 em: <http://www.min-saude.pt/portal/contenidos/contenidos/da-saude/cuidados-paliativos/dor.htm>
- ❖ Frank-Stromborg, Maryll; Christensen, Anjeanette, Elmhurst Do: David (2001) Nurse Documentation: Not done or worse done the wrong way – Part II. *Oncology Nursing Forum*, 5 (26), 941-946
- ❖ Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - guia orientador da boa prática*. Lisboa.
- ❖ Rejeh, Nahid et al (2009) Nurses experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 274-281
- ❖ Rejeh, Nahid et al (2009). Ethical challenges in pain management post-surgert. *Nursing Ethics*, 16 (2), 161172
- ❖ Rigotti, Marcelo; Ferreira, Adriano (2005) Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12 (1), 50-54

APÊNDICE XII

Instrumento de registo sistemático da avaliação da dor aguda pós-operatória

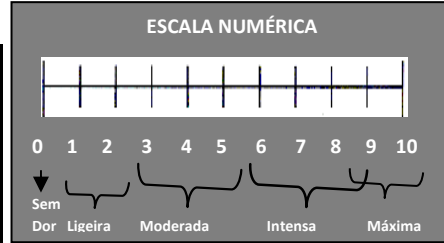
INSTRUMENTO DE REGISTO SISTEMÁTICO DA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

Nome _____	Idade _____	Sexo _____	Data ____/____/____
Cirurgia _____		Técnica anestésica _____	

DATA / /

Hora									
Protocolo analgésico									
D O R	Escala de avaliação								
	Intensidade	R							
		M							
	Localização								
	Tipo								
	Duração								
	Intervenção de Enfermagem								
	Reavaliação								
Analgesia de resgate									
Efeitos secundários									
Escala de conforto									
Enfermeiro									

Legenda: R- Em repouso ; M – À mobilização



- ESCALA DO OBSERVADOR**
- 1- Parece sem dor
 - 2- Parece confortável com o movimento
 - 3- Parece desconfortável
 - 4- Parece sofredor consolável
 - 5- Parece sofredor inconsolável

- TIPO DE DOR**
- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1- Moinha | 2- Picada | 3- Espasmo |
| 4- Guinada | 5- Latejo | 6- Outro |

- DURAÇÃO DA DOR**
- | | |
|-----------------|---------------|
| 1- Contínua | 2- Irruptiva |
| 3- Intermitente | 4- Incidental |

- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**
- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1- Farmacológicas | 2- Aplicação calor |
| 3- Aplicação frio | 4- Posicionamento |
| 5- Massagem | 6- Musicoterapia |
| 7- Ensino | 8- Distração |
| 9- Apoio emocional/Escuta activa | |
| 10- Outras | |



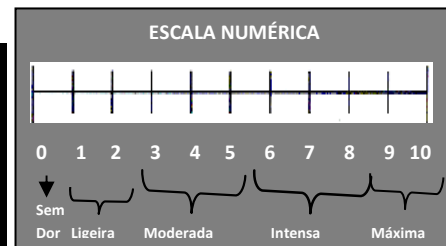
FOLHA DE CONTINUAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTO SISTEMÁTICO DA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

A colocar no turno da noite

DATA / /

Hora											
Protocolo analgésico											
D O R	Escala de avaliação										
	Intensidade	R									
		M									
	Localização										
	Tipo										
	Duração										
	Intervenção de Enfermagem										
Reavaliação											
Analgésia de resgate											
Efeitos secundários											
Escala de conforto											
Enfermeiro											

Legenda: R- Em repouso ; M – À mobilização



- ESCALA DO OBSERVADOR**
- 1- Parece sem dor
 - 2- Parece confortável com o movimento
 - 3- Parece desconfortável
 - 4- Parece sofredor consolável
 - 5- Parece sofredor inconsolável

- TIPO DE DOR**
- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1- Moinha | 2- Picada | 3- Espasmo |
| 4- Guinada | 5- Latejo | 6- Outro |

- DURAÇÃO DA DOR**
- | | |
|-----------------|---------------|
| 1- Contínua | 2- Irruptiva |
| 3- Intermitente | 4- Incidental |

- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**
- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1- Farmacológicas | 2- Aplicação calor |
| 3- Aplicação frio | 4- Posicionamento |
| 5- Massagem | 6- Musicoterapia |
| 7- Ensino | 8- Distração |
| 9 – Apoio emocional/Escuta activa | |
| 10 - Outras | |



Nas últimas 24 horas de pós-operatório a dor interferiu em que actividades		
	Sim	Não
Sono/ Repouso		
Mobilização		
Tosse/Respiração profunda		
Relacionamento		

Quadro a preencher no turno da manhã

FOLHA DE AVALIAÇÃO FINAL DO INSTRUMENTO DE REGISTO SISTEMÁTICO DA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

Em relação ao perspectivado antes da cirurgia a dor sentida foi:	
Maior	
Menor	
Igual	
Não sabe	

Em que medida as intervenções dos enfermeiros para aliviar a dor contribuíram para melhorar o conforto pós-operatório	
Nada importante	
Pouco importante	
Não tem ideia	
Muito importante	
Extremamente importante	

Quadros a preencher no turno em que o doente sai da SO, pelo enfermeiro responsável pelo doente

APÊNDICE XIII

Segunda sessão de formação

PLANO DE SESSÃO

Data : 12 de Março de 2012 **Local:** Sala de formação da instituição **A quem se destina:** enfermeiros do serviço CG

Tema: A dor em contexto oncológico

Objectivo geral:

- Desenvolver competências dos enfermeiros no cuidado ao doente oncológico com dor

Objectivos específicos

- Transmitir conhecimentos sobre dor tendo por base a prática baseada na evidência
- Promover o controlo da dor aguda pós-operatória em contexto oncológico
- Intervenções farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor
- Apresentar os resultados do projeto desenvolvido no serviço de CG

Promover a reflexão da equipa sobre a evolução na prática dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico com DAPO

Etapas	Conteúdo	Metodologia Recursos	Tempo	Observações
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos objectivos da sessão• Realização de um teste diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo e interactivo• Diapositivos	20´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Conceitos sobre dor: fisiologia, classificação e tipos de dor• Objectivos da UDA• Avaliação e registo da dorComplicações da dor aguda não tratada• Intervenções farmacológicas e não farmacológicas• Apresentação dos resultados relativos ao projeto	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo e Interactivo• Diapositivos	180´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Revisão dos conteúdos	<ul style="list-style-type: none">• Método Expositivo e Interactivo• Diapositivos	10´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Discussão	<ul style="list-style-type: none">• Reflexão da equipa de enfermagem sobre os resultados do projeto implementado	<ul style="list-style-type: none">• Método Interativo	20´	Enfermeiro Pedro Queiroz
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Opinião dos enfermeiros sobre a sessão de formação	<ul style="list-style-type: none">• Método Interativo	10´	Enfermeiro Pedro Queiroz

DOR

PEDRO QUEIROZ

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



entrada de espíritos
dos mortos no corpo



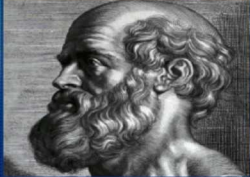
vítimas espíritos
malignos

trepanação

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



China
(2800 AC – 2600 AC)
utilização ervas
acupunctura



Grécia Clássica (400 AC)
Hipócrates
enfermidades eram desvios dos
processos naturais por alterações
humores organismo.
Introduz técnicas de aplicação de frio,
fisioterapia e o ópio

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

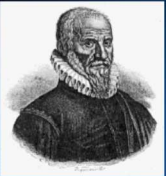


Galeno (200 DC)
aliou medicina, anatomia e
fisiologia falando dos nervos
e da sua importância na dor



Paracelso (1500)
defende o uso de agentes
químicos no controlo da dor

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Ambrose Paré (Séc. XVI)
comprime o local de
hemorragia e verificou que
dor era diminuída



Thomas Sydenham (Séc. XVII)
combinou ópio com álcool para
controlar a dor

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Descartes (1644)
traumatismo corporal
enviada uma mensagem
para o cérebro originando
uma resposta



Friedrich Sertürner (1803)
isolou a morfina
(homenagem a Morfeu
Deus Grego do sono)

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Crawford Long (1842)
primeira administração
de éter como anestésico

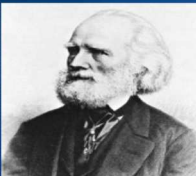


James Simpson (1874)
Clorofórmio

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Pravaz (1853)
desenvolveu a seringa
hipodérmica; a morfina é
utilizada então para
controlo da dor

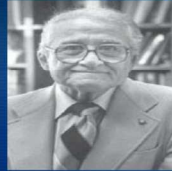


Heinrich Braun (1898)
introduz a cocaína como
anestésico abandonando
a compressão

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Séc XX
anestésistas popularizam técnicas de bloqueios



John Bonica (1950)
precursor abordagem dor
“dor é uma entidade patológica específica e não apenas um sintoma”

EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Melzack e Wall (1965)

Teoria do portão

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Medula espinhal funciona como um portão através do qual os estímulos dolorosos passam

Ao abrir aumenta o débito dos impulsos transmitidos ao SNC e o diminui ao fechar

O grau de abertura depende da actividade das fibras nervosas da nocicepção e das influências descendentes do cérebro

DEFINIÇÃO DE DOR

Uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a um actual ou potencial dano tecidual

IASP

É o que a pessoa diz que é existindo quando ela diz que existe

MacCaffery

DOR AGUDA

afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias

expectativa de desaparecimento após a cura da lesão

existe normalmente uma causa identificável

delimitação temporo-espacial é precisa e limitada

há respostas neurovegetativas associadas

DOR PERI- OPERATÓRIA

Dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas.

CIRURGIA

PELE

MÚSCULOS

OSSOS

ESTRUTURAS VISCERAIS

ESTRUTURAS NERVOSAS

SOMÁTICA
VISCERAL
NEUROPÁTICA

DOR PERI- OPERATÓRIA

CARACTERÍSTICAS

- Contínua, localizada na incisão, com exacerbações agudas
- Proporcional ao grau de destruição tecidual
- Desaparece com a resolução da lesão
- Melhoria progressiva em tempo curto
- 80% dos doentes referem dor pós-operatória
- Menos 50% doentes recebem alívio adequado dor pós-operatória

Bernardino

DOR PERI- OPERATÓRIA

- ➔ Dor crónica em 10-50% dos doentes que se submeteram a cirurgia
- ➔ Dor crónica severa 2-10% dos doente

Plasticidade do sistema nervoso

INCIDÊNCIA DE DOR CRÓNICA APÓS CIRURGIA

TIPO DE OPERAÇÃO	Incidência de dor crónica %
Amputação	30-85
Toracotomia	5-67
Mastectomia	11-57
Colecistectomia	3-56
Hemiorrafia inguinal	0-63

Garcia, Seligman

DOR PERI- OPERATÓRIA

BENEFÍCIOS CONTROLO

- ➔ Facilita a recuperação
- ➔ Alta precoce da unidade de saúde
- ➔ Diminuição das complicações
- ➔ Utilização mais eficiente dos recursos e tempo de enfermagem
- ➔ Melhora qualidade de vida e satisfação do doente com os profissionais de saúde e hospital
- ➔ Reduz de custos económicos
- ➔ Menor desenvolvimento de síndromes dolorosas crónicas

Wu; Raja

DOR PERI- OPERATÓRIA

PROBLEMAS ORGANIZAÇÃO

- ➔ Falta gestão adequada protocolos de dor
- ➔ Défice na educação dos profissionais para o controlo da dor
- ➔ Educação insuficiente ao doente sobre dor e sua prevenção
- ➔ Complexidade da dor aguda e seu alívio
- ➔ Falta de avaliação da dor e de documentação
- ➔ Falta de interdisciplinaridade sobre conceitos e responsabilidades na gestão da dor

DOR PERI- OPERATÓRIA

PROBLEMAS DOENTES

- ➔ Conhecimento inadequado
- ➔ Crenças (ex "bom doente")
- ➔ Contentar-se com o controlo inadequado da dor
- ➔ Relutância em tomar analgésicos em virtude dos efeitos colaterais
- ➔ Falta de consciência sobre a importância do controlo da dor a curto e longo prazo

DOR PERI- OPERATÓRIA

PROBLEMAS PROFISSIONAIS

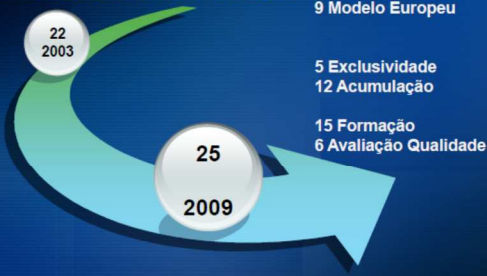
- ➔ Desatualização e conhecimento inadequado
- ➔ Avaliação da dor não sistemática
- ➔ Opiofobia
- ➔ Preocupações exageradas com os efeitos colaterais da dor

UNIDADE DOR AGUDA



UNIDADE DOR AGUDA

REALIDADE PORTUGUESA



UNIDADE DOR AGUDA

OBJECTIVOS

- ➔ Assegurar que os doentes entendam as técnicas e fármacos utilizados de modo a que tomem decisões informadas
- ➔ Realizar auditorias sobre resultados e efeitos adversos dos tratamentos
- ➔ Realizar investigação relacionada com a dor que permita aumentar a evidência científica
- ➔ Desenvolver protocolos de actuação

UNIDADE DOR AGUDA

OBJECTIVOS

- ➔ Reduzir os riscos de complicações pós-operatórias
- ➔ Possibilitar apoio clínico especializado na gestão da dor dos doentes
- ➔ Gerir doentes com dor complexa
- ➔ Organizar serviços e monitorizar a sua actuação adequada através de registos sistemáticos e específicos
- ➔ Possibilitar formação aos profissionais envolvidos no serviço

UNIDADE DOR AGUDA

OBJECTIVOS

- ➔ Assegurar que os doentes entendam as técnicas e fármacos utilizados de modo a que tomem decisões informadas
- ➔ Realizar auditorias sobre resultados e efeitos adversos dos tratamentos
- ➔ Realizar investigação relacionada com a dor que permita aumentar a evidência científica
- ➔ Desenvolver protocolos de actuação

UNIDADE DOR AGUDA

CONDIÇÕES DA UDA

- ➔ Recursos humanos próprios: anestesistas, enfermeiro especializados, farmacêutico
- ➔ Equipamentos exclusivos
- ➔ Fármacos indicados
- ➔ Departamento para a equipa
- ➔ Existência de protocolos terapêuticos

UNIDADE DOR AGUDA

VANTAGENS PROTOCOLOS

- ➔ Organização da informação
- ➔ Fármacos seleccionados tendo por base a evidência científica
- ➔ Uniformização de procedimentos com maior eficácia e segurança para o doente

UNIDADE DOR AGUDA

O ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR AGUDA

- ➔ tornar a dor visível
- ➔ interpretar os sinais óbvios de efeito analgésico
- ➔ actuar em conformidade com os protocolos
- ➔ garantir a continuidade das terapêuticas
- ➔ fazer registos de vigilância e de todas as ocorrências
- ➔ informar e pedir a comparência do médico de escala

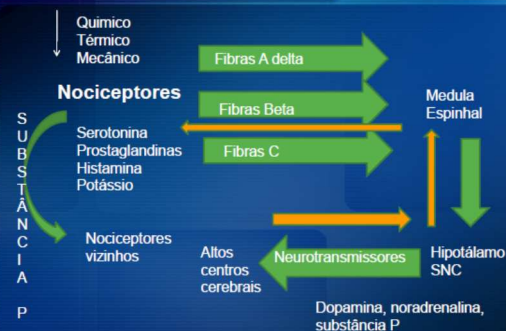
UNIDADE DOR AGUDA

Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey

746 instituições

- ➔ 34% não existe formação DAPO
- ➔ 52% doentes não são informados antes da cirurgia
- ➔ 75% não existem protocolos instituídos
- ➔ 34% não avaliam a DAPO
- ➔ 49% dor avaliada segundo protocolo (timings fixos)
- ➔ 30% avaliam dor em repouso e à mobilização

FISIOLOGIA



FISIOLOGIA

aumenta FC, e TA, vasoconstrição generalizada (palidez), redução actividade gastrointestinal (náuseas), resposta do sistema imunitário (stress)
Aumento da actividade do sistema nervoso autónomo (aumento libertação de catecolaminas e hormonas)

Estimulação
Simpática

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

Altos centros cerebrais
Hipotálamo SNC
Neurotransmissores
Dopamina, noradrenalina, substância P

FISIOLOGIA

SENSIBILIZAÇÃO PERIFÉRICA

Fenómenos inflamatórios resultantes da destruição tissular e destruição das terminações nervosas (dor inflamatória e neuropática)

AUMENTO SENSIBILIDADE DOS NOCICEPTORES PERIFÉRICOS

O que leva a estimulação duradoura dos neurónios espinhais, o que se traduz em estimulação central persistente que permanece muito para além do estímulo nódico

FISIOLOGIA

TRANSDUÇÃO

TRANSMISSÃO

MODULAÇÃO

PERCEPÇÃO

FISIOLOGIA

TRANSDUÇÃO

estímulo nódico é transformado em actividade eléctrica

periférica

FISIOLOGIA

TRANSMISSÃO

propagação de impulsos através do SNC sensorial

FISIOLOGIA

MODULAÇÃO

processo de modificação da transmissão nociceptiva por influências neuronais (via descendente) atenuando os efeitos da agressão algica. Pode reduzir ou aumentar a sensação de dor. Pode ser alterada com a distração, a ansiedade a depressão, a antecipação ou alívio da dor, experiencia anteriores expectativas

FISIOLOGIA

PERCEPÇÃO

integração dos anteriores processos com as características individuais criando a experiência emocional e subjectiva

TERMINOLOGIA

LIMIAR DE DOR

nível a partir do qual os nociceptores disparam e originam um potencial de acção; varia em cada pessoa

TOLERÂNCIA À DOR

a intensidade da dor que ocorre antes da pessoa procurar reduzi-la ou eliminá-la; varia em cada pessoa

TERMINOLOGIA

HIPERALGESIA

aumento da resposta a um estímulo que normalmente causa dor

Primária

sensibilidade é aumentada no local da lesão devido por sensibilização local

Secundária

sensibilidade é aumentada em redor da lesão devido a sensibilização central

TERMINOLOGIA

SENSIBILIZAÇÃO

aumento da intensidade da resposta do nociceptor

Primária

redução do limiar com aumento da resposta dos nociceptores em resposta à presença de inflamação ou lesão. Resposta local

Secundária

redução do limiar ou aumento de resposta dos neurónios centrais devido à perda dos controlos inibitórios dos centros cerebrais. Resposta central

TERMINOLOGIA

ALODINIA

dor decorrente de um estímulo que normalmente não causa dor

CLASSIFICAÇÃO DOR

SOMÁTICA

VISCERAL

NEUROPÁTICA

PATOGÉNESE

CLASSIFICAÇÃO DOR

SOMÁTICA

nociceptores cutâneos ou subcutâneos

melhor localizada

picada, pontada, laceração, queimadura

traumatismo, queimadura ou inflamação

boa resposta a analgésicos

afecta músculos, fáscias, tendões, ligamentos e articulações

localização imprecisa

cãibra, moinha

SUPERFICIAL

PROFUNDA

CLASSIFICAÇÃO DOR

VISCERAL

- ➔ difícil localização
- ➔ tipo moinha
- ➔ profunda, podendo irradiar e ser percebida como superficial, devido a uma dificuldade do cérebro em localizar o seu sinal
- ➔ pode originar-se com a distensão e agentes químicos característicos dos processos inflamatórios
- ➔ nociceptores viscerais não respondem a cortes ou esmagamentos

CLASSIFICAÇÃO DOR

NEUROPÁTICA

- causada por dano ou doença da mielinização das fibras do sistema nervoso
- origina um aumento anormal de potenciais de acção de impulsos dolorosos com origem nas vias nervosas e não nas terminações
- periferia, na medula espinal ou no SNC

CLASSIFICAÇÃO DOR

NEUROPÁTICA

- projectada para a área de inervação do nervo afectado
- provoca hiperalgesia e em muitos casos alodinia
- Sensação de queimadura ou picada
- tratada com opióides e fármacos adjuvantes antidepressivos, anticonvulsivantes

CLASSIFICAÇÃO DOR



DOR

PRECONCEITOS GERAIS

- A equipa de saúde é a autoridade sobre a existência e a natureza da dor do doente
- Os nossos valores pessoais e a nossa intuição acerca da credibilidade dos outros é um instrumento válido na tentativa de identificar se uma pessoa está a mentir sobre a sua dor
- A dor é sobretudo um problema emocional ou psicológico, especialmente em doentes ansiosos e deprimidos ou que não têm causa física identificável com dor

DOR

PRECONCEITOS GERAIS

- Mentir sobre a existência de dor, simular que tem dor, é uma situação muito frequente
- O doente que tem benefícios ou tratamento preferencial devido à sua dor está a procurar receber ganhos secundários e não tem dor ou exagera a dor que sente
- Toda a dor real tem uma causa física identificável
- Sinais visíveis fisiológicos ou comportamentais acompanham a dor e podem ser usados para verificar a sua existência ou gravidade

DOR

PRECONCEITOS GERAIS

- Estímulos físicos comparáveis produzem dor comparável em pessoas diferentes. A gravidade e duração da dor podem ser previstas com rigor para todos, com base no estímulo doloroso
- Pessoas com dor devem ser ensinadas a ter nível mais elevado de tolerância à dor. Quanto mais prolongada é a dor ou maior a experiência que a pessoa tem de dor, melhor é a sua tolerância à dor
- Quando um doente diz ter ficado aliviado depois de um placebo quer dizer que o doente é um simulador ou que a dor está apenas na sua cabeça

AVALIAÇÃO DOR

OBJECTIVOS

- ➔ Facilitar o diagnóstico
- ➔ Definir a extensão da lesão
- ➔ Escolher a terapêutica adequada
- ➔ Avaliar a resposta terapêutica

AVALIAÇÃO DOR

- ➔ Localização
- ➔ Intensidade
- ➔ Tipo
- ➔ Início
- ➔ Duração
- ➔ Factores de alívio/Agravamento
- ➔ Sintomatologia acompanhante
- ➔ Interferência com as AVD's
- ➔ Etiologia

OE

AVALIAÇÃO DOR

PROBLEMAS

- ➔ Subjectividade

perguntas
respostas
interpretação
- ➔ Ausência avaliação, avaliação insuficiente ou deturpada

aparência física
sexo do doente e do avaliador
idade/raça/cultura
experiência algica do avaliador
não aceitar a avaliação do doente
- ➔ Doentes com défices cognitivos
- ➔ Doentes que negam a dor ou a terapêutica analgésica

AVALIAÇÃO DOR

ESCALAS

A capacidade do paciente para entender e utilizar as escalas e a interpretação correcta dos resultados pelos profissionais são essenciais ao sucesso da gestão da dor. O registo claro e a avaliação dos resultados são vitais.

O uso de escalas não é uma garantia de uma gestão adequada da dor

AVALIAÇÃO DOR

ESCALAS

- ➔ Apropriadas
- ➔ Válidas
- ➔ Precisas
- ➔ Interpretáveis
- ➔ Aceitáveis
- ➔ Confiável
- ➔ Possíveis

AVALIAÇÃO DOR

ESCALAS

UNIDIMENSIONAIS

utilizadas para quantificar apenas uma variável da dor: a intensidade

podem ser redutoras

ideais para dor aguda

Escala Visual Analógica
 Escala Numérica
 Escala Verbal Descritiva
 Escala de Faces

difíceis de aplicar devido à sua complexidade

tempo necessário, implicam boa capacidade de doente para entender e comunicar

Brief Pain Inventory
 McGill Pain Questionnaire

MULTIDIMENSIONAIS

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

ESCALA NUMÉRICA

ESCALA VERBAL OU QUALITATIVA

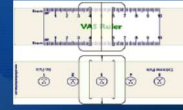
ESCALA DE FACES

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Vantagens

- ➔ Mais sensível
- ➔ Rápida e fácil de utilizar
- ➔ Evita termos descritivos imprecisos
- ➔ Estatisticamente mais completa



AVALIAÇÃO DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Desvantagens

- ➔ 20% doentes consideram-na confusa de utilizar
- ➔ mais exigente e mais falível
- ➔ requer capacidades cognitivas mais desenvolvidas (capacidade visual e motora)
- ➔ quando repetida a períodos curtos 90 % das respostas são aproximadas
- ➔ dificuldades em utilizar no pós-operatório imediato

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA NUMÉRICA

Vantagens

- ➔ fácil de entender, utilizar, registar e ensinar
- ➔ utilizada verbalmente por quem tem limitações visuais ou físicas
- ➔ consistente, reproduzível
- ➔ correlaciona-se bem com a EVA, não sendo equivalente e com a Escala de faces
- ➔ permite recordar a avaliação prévia e calcular a percentagem de alívio da dor, algo que não é possível na escala verbal
- ➔ menor falibilidade que a EVA

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA NUMÉRICA

Desvantagem

- ➔ a conceptualização da dor em número em alguns doentes é difícil

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA VERBAL OU QUALITATIVA

Vantagens

- ➔ utiliza adjectivos para categorizar
- ➔ fácil de compreender e utilizar
- ➔ correlação com a EVA mas com baixa sensibilidade
- ➔ tempo de ensino menor
- ➔ mais fácil utilização

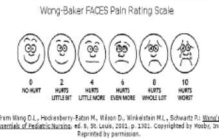
AVALIAÇÃO DOR

ESCALA VERBAL OU QUALITATIVA Desvantagens

- depende da interpretação pessoal e do entendimento dos termos
- dependente da experiência pessoal anterior
- necessita de grandes alterações no quadro algíco para existirem alterações na escala
- menos sensível das três

AVALIAÇÃO DOR

ESCALA DE FACES



- crianças, idosos e doentes com dificuldade de entendimento e linguagem pobre
- pode ser convertida em números
- unidimensional pode avaliar a componente emocional

AVALIAÇÃO DOR

ESCALAS COMPORTAMENTAIS

Idosos e crianças

Expressões verbais	• choro, gemido, suspiros, gritos
Expressões faciais	• testa franzida, esgares de dor, contração muscular periorbitária ou peri bucal
Postura corporal	• imobilidade, posições de defesa, mancar, rigidez, movimentos lentos, apoiar
Alterações humor	• ansiedade, irritabilidade, conflitualidade, redução actividade cognitiva, confusão

AVALIAÇÃO DOR

- Na admissão
- Início turno
- 2/2H
- Analgesia NCONV segundo protocolo
- Antes e após intervenção
- Antes da realização de procedimentos dolorosos
- Sempre que o doente refira

AVALIAÇÃO DOR

TEMPO ATÉ REAVALIAÇÃO

- Analgesia não opióide
oral – 30/60 min
EV – 10/15 min
- Analgesia opióide
EV/Epidural - 10/15 min

AVALIAÇÃO DOR

REGISTOS

- aplicados em instrumentos apropriados
- linguagem clara, concisa sem ambiguidades,
- fáceis de ler, interpretar e acessíveis
- permitam informatização e comparação objectiva
- controlo de qualidade/ monitorização

COMPLICAÇÕES

Fisiológicas

Psicológicas

COMPLICAÇÕES

FISIOLÓGICAS

- resultam da activação do SNC e SNP
- Resposta metabólica em virtude da libertação sistémica de hormonas neuroendócrinas e libertação local de citocinas
- Cérebro
 - hiperventilação
 - aumento da actividade simpática
 - hiperactividade endócrina e metabólica com secreção hormonal e de catabolitos orgânicos

COMPLICAÇÕES

FISIOLÓGICAS

Hiperactividade motora e simpática espinal
↓
espasmos musculares e vasculares
↓
broncoconstrição, diminuição da motilidade intestinal, distensão vesical, contraturas musculares, vasospasmos arteriolares
↓
isquémia e novas descargas nociceptivas

COMPLICAÇÕES

Cardiovascular

aumento da FC, TA, resistências periféricas, débito cardíaco

aumento consumo oxigénio pelo miocárdio e diminuição do oxigénio fornecido ao miocárdio, risco de isquémia do miocárdio,

redução débito de sangue a nível visceral com atraso cicatrização

risco de taquicardia e disritmia

Diminuição do fluxo sanguíneo nas extremidades inferiores com aumento risco trombose
23% das morte pós-operatórias

COMPLICAÇÕES

Endócrino

Estimulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal

Aumento adrenalina e noradrenalina

Aumento ACTH, Cortisol, renina, angiotensina, aldosterona, glucagon

Diminuição insulina e testosterona

COMPLICAÇÕES

Metabólico

Hidratos carbono – hiperglicémia, intolerância à glucose, resistência à insulina

Proteínas: catabolismo proteico muscular

Gorduras: lipólise do tecido adiposo

Retensão hidrosalina,
Aumento excreção potássio,
Acumulação de líquido no espaço extracelular,
Diminuição da capacidade venosa, Oligúria (retenção urinária)

Maior consumo energético e proteico

COMPLICAÇÕES

Gastrointestinal

atraso no esvaziamento gástrico
náuseas, vômitos (25-30% dts operados)

redução da motilidade gastrointestinal
íleo

aumento do tónus dos esfíncteres
distensão abdominal

COMPLICAÇÕES

Respiratórias

Inicial estimulação da respiração (hipocápnia e alcalose respiratória)

Redução da CRF, incapacidade de contração do diafragma, hipoventilação, contracturas reflexas dos músculos toraco-abdominais

Diminuição dos volumes pulmonares, alterações ventilação/perfusão, hipóxia, hipercapnia, derrames

COMPLICAÇÕES



Respiratórias

Atelectasias, infecções respiratórias
25% da mortalidade pos-operatória

Incisões torácicas subcostais podem levar a diminuição 40-50% CRF

Baixa actividade mucociliar dos brônquios

COMPLICAÇÕES

PSICOLÓGICAS

- ➔ Dependentes género, idade, cultura, religião, sentimentos, doença em si
- ➔ Insidiosas no início

COMPLICAÇÕES

PSICOLÓGICAS

- ➔ Medo,
- ➔ Alterações na percepção da dor
- ➔ Alterações atenção
- ➔ Preocupação
- ➔ Ansiedade
- ➔ Irritabilidade
- ➔ Privação sono

COMPLICAÇÕES

PSICOLÓGICAS

- ➔ Alterações humor
- ➔ Depressão
- ➔ Incapacidade de raciocínios básicos e interacção com os outros

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Deve ser utilizado em conjunto com terapias medicamentosas pois sozinho é incapaz de aliviar a dor

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

<p>TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Relaxamento Distracção Educação / Informação Músicoterapia Imagem Guiada 	<p>AGENTES FÍSICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia Frio/calor Acupunctura Massagem TENS Imobilização
---	---

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

- objectivo ajudar o doente a entender e lidar com a dor e o seu controlo
- requerem tempo para serem explicadas e demonstradas
- devem ser aceites pelos doentes

AGENTES FÍSICOS

- objectivo proporcionar conforto, alterar a resposta fisiológica e reduzir o medo associado à imobilidade
- Tem como vantagem serem facilmente disponíveis, terem baixos custos, e baixa necessidade de instrução ou preparação

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

RELAXAMENTO

- através de exercícios isoladamente ou associado
- diminui a tensão muscular e a ansiedade

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

DISTRACÇÃO

- tem por objectivo levar o doente a descentrar o seu pensamento da dor

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

EDUCAÇÃO/ INFORMAÇÃO

- Sobre o que se perspectiva
- Incentivar os doentes a participar nos cuidados
- Diminui a dor pós-operatória e a utilização de analgésicos

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

MUSICOTERAPIA

- terapia de distracção da mente

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

TENS

(transcutaneous electrical nerve stimulation)

- Consiste na colocação de dois eléctrodos de carga contrária próximos do local da dor e na formação de corrente eléctrica de baixa intensidade mas alta frequência
- Fácil realização, inócua, baixo custo
- Utilizado na dor aguda ou crónica
- Utilizado para reduzir o consumo de opióides e a incidência dos seus efeitos secundários
- Mecanismo de actuação: via descendente

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

APLICAÇÃO CALOR

- Estimula a circulação
- Induz o relaxamento muscular
- Diminui a inflamação
- Aplicado de forma seca ou húmida
- Vasodilatação pode ser contraindicada em situações de traumatismo
- Não deve ser aplicado em zonas de diminuição de sensibilidade

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

APLICAÇÃO FRIO

- Pode diminuir o edema e a hemorragia
- Fácil aplicação
- Melhor tolerado em áreas reduzidas
- Produz melhores resultados que calor diminuindo os espasmos musculares
- Alternar frio e calor tem maior eficácia

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

MASSAGEM

- objectivo relaxar a musculatura, diminuindo a tensão corporal
- superficial ou profunda

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

IMOBILIZAÇÃO

- Utilizada em procedimentos ortopédicos
- ajusta o corpo a assumir posições que reduzam a pressão e a dor

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

ACUNPUNCTURA

- Maior utilização na dor crónica
- Pode reduzir as necessidades de consumo de opióides no pós-operatório
- Actuação na via descendente

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

PRESSÃO NA SUTURA

- suporte da incisão com uma toalha ou almofada aquando da tosse ou respirações profundas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICOS

VIA	VANTAGENS	DESvantagens
Oral	Conveniente; baixo custo	Mais lenta EV
Rectal	Utilizada quando via oral não está disponível	Dificuldade para o doente ou família auto-administrar
Transdérmico	Fácil aplicação; Durabilidade do efeito	12h para atingir corredor terapêutico; demora excreção, necessita de alternativas no início e final; menos efectivo nos fumadores
Intramuscular	Rápido alívio da dor	Dolorosa
Endovenoso	Rápido alívio da dor; possibilita estabilização corredor terapêutico	Difícil de utilizar fora contexto hospitalar; requer treino
PCA	Controlo pelo paciente	Requer treino e meios materiais; necessita programação correcta
Subcutânea	Permite alívio efectivo da dor; efectiva na dor crónica	Pode causar dor
Intraespinal (epidural ou subaracnóide)	Bom controlo da dor com baixa dose; menos efeitos secundários	Requer bólus ou perfusão contínua; pode causar prurido

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

RECOMENDAÇÕES OMS

- ➔ Privilegiar via oral
- ➔ Analgesia a intervalos fixos (mantém níveis plasmáticos de analgesia evitando picos de dor)
- ➔ Após cirurgia a analgesia deve ter intervalos regulares e cumpridos até a dor diminuir e a analgesia poder ser dada quando requerida
- ➔ Respeitar a escada da dor
- ➔ Adequar a analgesia ao doente: corredor terapêutico

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGESIA MULTIMODAL OU BALACEADA

- Utiliza fármacos e técnicas diversificadas
- Diferentes momentos peri-operatórios (pré, intra, pós)
- Actua componentes da dor (somática, visceral e neuropática)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGESIA MULTIMODAL OU BALACEADA

- Interfere processos de nocicepção
 - AINE – transdução
 - Anestésicos locais – bloqueiam transmissão
 - Paracetamol – modulação central e descendente
 - Opióides - modulação central e percepção

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES

ANALGÉSICOS OPIÓIDES

CO-ANALGÉSICOS

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES

- Primeira linha actuação
- Dor aguda e crónica
- Possuem efeito de tecto
- Não produzem tolerância ou dependência física
- Acção periférica bloqueando a síntese da prostaglandinas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PARACETAMOL

- Acção analgésica e antipirética
- Pouca acção anti-inflamatória
- Mecanismo de acção pouco conhecido, pensa-se que tem acção central, envolvendo uma inibição central das COX, reforçando uma inibição descendente e uma activação dos receptores canabinóides. Inibição na produção de prostaglandinas
- Risco hepatotoxicidade

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PARACETAMOL

- Dose de pico 25 min IV; 45 oral; 3,5-4,5 H rectal
- Máximo de analgesia 1-2H após o pico
- Dose máxima 4 gr/dia Crónico ou 6gr/dia aguda

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES

- Inibem a enzima da ciclooxigenase (COX), inibindo o síntese das prostaglandinas envolvidas no processo inflamatório e dor e transmissão ao SNC. Inibição apenas temporária enquanto se mantêm os níveis plasmáticos dos AINE, exceptuando a aspirina que provoca inibição irreversível do COX
- Têm uma acção na medula espinhal para diminuir a hiperalgesia ou aumentando o limiar de sensibilidade á dor

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES

- COX 1 - activa constantemente na maioria dos tecidos ajuda no controlo da pressão sanguínea renal, função hemostática e protecção da mucosa gástrica
- COX 2 - produzida por resposta a um dano tecidual. A sua inibição provoca analgesia, antipirexia e reacção anti-inflamatória

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES

- Melhoram o efeito da morfina, podendo poupar 30-50%
- Não causam depressão respiratória
- Diminuem 30% sedação e os vómitos se utilizados com a PCA
- Efeito analgésico superior se tomado com paracetamol

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES (efeitos secundários)

- gastrointestinais (náuseas, epigastralgia, ulceração, hemorragia)
- hematológicos (antiagregação plaquetária, hemorragia)
- broncospasmo (não administrar a asmáticos)
- não aconselhável em insuficientes renais

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES (efeitos secundários)

- COX2
- aumento do risco cardiovascular
- formação de trombos
- vasoconstrição
- enfarte agudo miocárdio
- hipertensão

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AINES

- clássicos, inibem COX 1 e COX 2 (AAS, ibuprofeno, diclofenac, ceterolac)
- selectivos, inibem a COX 2 (parecoxib, etecoxib)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

NOLOTIL

- Banido dos EUA, Austrália e muitos países europeus
- Risco agranulocitose
- Inibidor selectivo da prostaglandina
- Semivida 4-11 horas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

DICLOFENAC

- Início acção 60-120 min
- Duração 6-12 h
- Dose 50-100 mg a cada 8/12h máx 200mg/dia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

IBUPROFENO

- Início 30 min
- Duração 4-6 h
- Dose 400-600mg a cada 6 h máx 3200mg

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

NAPROXENO

- Início 30-60 min
- Duração até 7 h
- 250-500mg a cada 6/8 h até máx 1500 mg/dia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

KETOROLAC

- Pico 2-3 horas
- Metabolização hepática
- Semi-vida 5-6 horas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PARECOXIBE

- Início analgesia 7-13 minutos
- Pico máximo 2H
- Duração 6-12 H
- Pougador de opióides
- Semi-vida 22 min
- Eliminação hepática

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES

- Opióides ligam-se e activam receptores com diferentes graus de actuação o efeito terapêutico e os efeitos secundários dependem da activação desses receptores
- Inibem a percepção de dor
- Receptores cerebrais, espinhais e periféricos

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES

- Actuam nos mecanismos da via descendente, tendo no entanto alguns efeitos periféricos
- Actuação cerebral para reduzir as alterações de humor

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FRACOS

- Têm posologia máxima devido aos efeitos secundários
- Não devem ser substituídos em caso de dor não controlada mas passar a opióides fortes
- EX: tramadol, codeína, diidrocodeína

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FORTES

- Não tem efeito de tecto, sendo a dose ideal a que oferece a máxima analgesia com o mínimo de efeitos secundários
- Efeitos Mu: analgesia, depressão respiratória, euforia, obstipação
- Efeito K: Analgesia, disforia, sedação
- Efeitos ómega: Analgesia, depressão respiratória

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FORTES

- Classificados consoante a actividade intrínseca em agonistas, agonista parcial/antagonista, antagonista

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FORTES
(efeitos secundários)

- Obstipação: redução peristaltismo gastrointestinal, aumento permanência fezes, aumento reabsorção água
- Náuseas/ Vômitos: estimulação trigger zone (dopamina) e atraso esvaziamento gástrico
- Sedação

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FORTES
(efeitos secundários)

- Tolerância: necessidade aumentar a dose para manter o efeito, característico da progressão da doença
- Dependência física: abstinência por suspensão brusca redução gradual dose
- Dependência psíquica: utilização compulsiva e continuada do fármaco com presença comportamentos inadequados para a sua obtenção

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

OPIÓIDES FORTES
(efeitos secundários)

- Depressão respiratória: não se desenvolve se o aumento da dose for gradual, precedida de sonolência
- Alterações cognitivas (alucinações, delírios), hiperalgesia, mioclonias, dispepsia, prurido

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AGONISTA

- Agonista exerce efeito em todos os receptores (morfina, fentanil, metadona, petidina, hidromorfona)
- Comportamento farmacocinético semelhante
- Picos: 6 min EV; 30 min IM/SC, 60/90min Oral/rectal
- Metabolização hepática, eliminação renal
- Semi-vida 3-4 horas
- Concentrações estáveis até 1ª 24H

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AGONISTA/ANTAGONISTA

- Agonista parcial/antagonista exerce um efeito agonista parcial num receptor e bloqueia pelo menos um receptor (buprenorfina)
- Dados em simultâneo com agonistas totais podem bloquear o seu efeito
- Podem ser utilizados para tratar efeitos secundários (ex: náuseas)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTAGONISTA

- Antagonista exerce um efeito antagonista
- Dado em simultâneo com agonistas totais pode bloquear o seu efeito

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

TRAMADOL

- Derivado sintético da codeína
- Agonista fraco (5 a 10 x inf à morfina)
- Liga-se aos opióides mu inibindo a recaptção neuronal de serotonina e noradrenalina o que aumenta a inibição descendente
- Metabolização hepática e eliminação renal

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

TRAMADOL

- 30% da sua acção analgésica é revertida pela naloxona
- Duração máxima 4-8 horas
- Semi vida 6 h
- Pico 45 min

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

TRAMADOL

- Efeito antitússico
- Dose máxima 400 mg /dia para reduzir limiar convulsivo
- Ef. Secundários: risco de convulsão que aumenta antidepressivos tricíclicos

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

MORFINA

- Efeito IV 1 min, IM 15/30 min, Epidural 5 min
- Pico efeito EV 20 min, IM 30/60 min, Epidural 60/ 90 min
- Actuação durante 4 a 5 horas
- Semi-vida 102 min
- Metabolizada no fígado e rins

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

MORFINA

- P-OS
- libertação rápida: pico 30 min e duração 4 H
- libertação lenta: pico 1h e duração de 12 H

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

MORFINA (efeitos secundários)

- Centrais: analgesia, depressão respiratória, náuseas e vômitos, euforia, sedação, miose, antitússico, hipotensão, bradicardia
- Periféricos: obstipação, contracção esfíncter oddi, contracção esfíncter vesical, analgesia em tecidos inflamados

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PETIDINA

- Agonista opióide
- Indicado curtos períodos ou reacções alérgicas a outros opióides
- Entra facilmente no SNC
- Produz um metabolito tóxico (que tem uma semi-vida longa) que causa irritação cerebral levando a disforia, irritação e convulsões

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PETIDINA

- Menores efeitos secundários que morfina, tendo início de acção mais rápido e duração semelhante
- Início: EV menos 1 min; IM 5 min, Epidural 12 min Pico EV até 20 min, até 50min. SC ou IM
- Duração IV/IM 3-6 horas Espinhal 1-8 horas
- Semi vida 3-4 horas (maior nos Insuf renais)
- Utilizada com cuidado em idosos, alt. Renais, antidepressivos

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

METADONA

- Maior tempo de actuação que a morfina
- Semi-vidas superiores a 24 H
- Intervalos de administração longos
- Bastante boa absorção gastrointestinal
- Dose Pos similar a IV
- Desintoxicação – manter a dosagem mesmo que faça outros fármacos

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

BUPRENORFINA

- Mais potente que a morfina, início rápido e duração longa
- Pode ser resistente à naloxona
- Início - EV menos 1 min, IM 15 min
- Pico IV 5 a 20 min, IM 1 h
- Duração 6 horas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

FENTANIL

- Opióide sintético 80 vezes mais potente que morfina, actua nos receptores mu
- Maior distribuição que a morfina, efeito menor
- Início IV menos 1 min epidural 4-10 min
- Duração 30- 60 min EV; Epidural 1 a 2 horas
- Semi vida prolongada maior que morfina eliminação hepática

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

FENTANIL

- Administração IV, TD ou intraespinal
- Utilização comum durante a cirurgia
- PCA ou epidural – tem um efeito analgésico mais curto, implica maior frequência
- TD Início 12h após aplicação, pico 24/48h e duração 72H
- Efeitos: depressão respiratória, rigidez muscular

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ALFENTANIL

- Início mais rápido e duração mais curta que o fentanil
- Permite rápida reversão do efeito
- Tem 25% da potência do fentanil e 33% de duração de acção
- Início menos 1 min
- Duração 5 a 20 min

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

SUFENTANIL

- Opióide sintético com grande potencial hipnótico
- Início mais rápido e duração mais curta que o fentanil, permite rápida reversão
- 625 vezes mais poderoso que morfina
- Semi – vida sete vezes mais baixa que o fentanil, menores riscos de acumulação a longo prazo
- Metabolização hepática

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

REMIFENTANIL

- Início mais rápido e duração mais curta que o fentanil, permite rápida reversão do efeito
- Opióide de nova geração
- Não necessita de metabolização hepática ou renal
- Duração acção 3 a 10 min
- Semi-vida 10 min
- Não tem efeitos de acumulação

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

NALOXONA

- Antagonista opióide
- Utilizado em situações de emergência por sobredosagem de opióides
- Se administrado muito rapidamente ou em dose excessiva pode reverter não só a sedação e a depressão respiratória mas também a analgesia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

TABELA DE CONVERSÃO DE OPIÓIDES, POSOLOGIA EM MG

TRAMADOL (o/r)	150	300	450	600				
TRAMADOL (SC/IV/IM)	100	200	300	400	500			
MORFINA (o)	30	60	90	120	150	180	210	240
MORFINA (SC/IV/IM)	10	20	30	40	50	60	70	80
FENTANIL TD		25ug/h		50ug/h		75 ug/h		100 ug/h
BUPRENOR FINA (sl)	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	2,8	3,2
BUPRENOR FINA (TD)		35ug/h	52,5 ug/h	70 ug/h	87,5 ug/h	105 ug/h	122,5 ug/h	140 ug/h

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

CO-ANALGÉSICOS

- Podem ou não ter efeito analgésico se isolados, devendo ser administrados combinados com analgésicos pois potenciam a sua acção
- A sua indicação primária não é aquela pela qual são utilizados
- Permitem redução das doses opióides
- Fundamentais na dor neuropática

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

- Amitriptilina, nortriptilina, paroxetina
- Utilizados na dor neuropática
- Inibem a recaptção da noradrenalina possibilitando melhorar a inibição da via descendente

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

- Elevação do humor, melhoram a capacidade de dormir
- Ef. Secundários: obstipação, secura boca, retenção urinária, taquicardia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTICONVULSIVANTES

- carbamazepina, fenitoina, gabapentina, valproato sódio, clonazepam
- Gabapentina bloqueia os canais de cálcio nas membranas neuronais reduzindo o seu potencial de acção. Inibe a formação de novas sinapses.
- Actuação na via descendente no pós-operatório

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTICONVULSIVANTES

- Eficaz na dor neuropática, na dor aguda utilizado como adjuvante
- Pregabalina semelhante à gabapentina, tem início de acção mais rápido
- Necessita de tomas regulares antes do benefício total
- Ef. Secundários: toxicidade hepática, leucopénia, trombocitopénia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

CORTICOSTERÓIDES

- Utilizados em situações de compressão/infiltração nervosa aguda (medula espinhal), aumento PIC, dor óssea, dor visceral
- Melhoram náuseas, apetite e humor
- Ef. Secundários: alt gastrointestinais, miopatia proximal, hiperglicemia
- Ex. dexametasona semivida 36 horas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

BENZODIAZEPINAS

- Midazolam e diazepam
- Tratamento da ansiedade e espasmos musculares
- Ef. Secundários: sedação

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTI-HIPERTENSORES

- Clonidina
- Adjuvante dos opióides
- Efeitos espinhais e centrais, prolonga a acção dos bloqueios epidural e perineural
- Parece reduzir a hiperalgesia
- Administrada via IV ou epidural (mais eficaz)
- Isolada não produz analgesia, mas sedação e hipotensão

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

BIFOSFONATOS

- Pamidronato
- Tratamento dor óssea por metastização
- Reverte hipercalcémia e previne fracturas patológicas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

HIPNÓTICOS

- Ketamina
- Actua na medula espinal, antagonizando os receptores Nmetil D Asparto reduzindo ou bloqueando os canais abertos (doses altas com efeito anestésico)e ligando-se ao receptor fechado diminuindo a abertura de canais (baixas doses com efeito analgésico) que permitam as sinapses

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

HIPNÓTICOS

- Inibe a sensibilização central, hiperalgesia, alodinia e a dor neuropática
- Adjuvante da dor aguda severa e neuropática, não sendo um analgésico efectivo por si só
- Diminui a utilização de remifentanil intraoperatório e morfina pós-operatória
- Administração IV ou IM, oral e rectal

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

HIPNÓTICOS

- Concentração plasmática 1 min após a administração IV. 5 a 15 min IM e 30 min oral
- Cérebro, fígado e rins tem concentrações 4/5 vezes superiores à plasmática
- Metabolização hepática
- Efeito dose 30 a 45 min Semi-vida 2 a 3 horas
- Pode ter efeitos anestésicos de longa duração

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

HIPNÓTICOS (efeitos secundários)

- boca seca, náuseas, vómitos
- aumento FC, consumo O2 e TA
- aumento a resistência vascular pulmonar
- alterações estado mental, alterações percepção do corpo, tempo, ambiente circundante e realidade, agitação, perturbações visuais

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS LOCAIS

- Ligam-se aos canais de sódio e bloqueiam a acção potencial de condução nervosa em todos os tipos de fibras nervosas
- Produzem ausência de sensação corporal onde actuam, sem comprometerem o controlo central das funções vitais ou perda de consciência

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS LOCAIS

- Na ferida operatória reduzem a libertação de mediadores inflamatórios, redução na formação de edema
- Tópicos, infiltração ferida, intra articular, epidural, interpleural, intercostal

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS LOCAIS
(reacções adversas)

- Disritmias
- Hipertensão
- Toxicidade tecidular
- Toxicidade do SNC
- Reacções alérgicas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS LOCAIS
(injecção intravenosa)

- Palpitações
- Vertigens
- Convulsões
- Hipotensão
- Bradicardia
- Depressão respiratória

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ROPIVACAÍNA

- Epidural 6-14 ml /h 0,2%
- Epidural torácica 4-8 ml/ 0,2%
- Mais recente
- Menor acção sobre as fibras motoras
- Menor sensibilidade cardiocirculatória em relação à bupivacaína
- Menor semi-vida e menor potencial de acumulação

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

BUPIVACAÍNA

- Epidural 3 – 10 ml /h 0,25%
- Associada a disritmias cardíacas
- Mais comum

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

LEVOBUPIVACAÍNA

- Epidural 6 ml/h 0,25%
- Menor cardiotoxicidade em relação à bupivacaína

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS LOCAIS

- EMLA
- Lidocaína /Prilocaina
- Aplicar uma hora antes do procedimento
- Cobrir com penso semi-permeável
- Opsite ou tegaderm

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL

- Forma de analgesia regional
- Localizada no espaço epidural ou intraespinal entre a duramáter e as vértebras
- Provoca anestesia e analgesia bloqueando a transmissão nervosa da medula espinal ao cérebro
- Efeito sinérgico anestésico local /opioide
- Anestésicos locais: bupivacaína ropivacaína
- Opióides: morfina, fentanil, sufentanil, petidina

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL

- Opióides ligam-se aos seus receptores produzindo analgesia sem bloqueio motor. Doses baixas grande efeito analgésico, menores efeitos secundários
- Quando utilizada no intra-operatório reduz a sensibilização central nas cirurgias major, mais acentuado se associada à ketamina
- Utilizada PCEA, infusão contínua ou combinação
- PCEA superior alívio da dor nas primeiras 72H e na redução da EOT comparativamente com PCA

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL (efeitos secundários)

- depressão respiratória
- náuseas
- vômitos
- prurido
- hipotensão ortostática
- tontura
- infecção
- sedação

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL (efeitos secundários)

- falha no bloqueio/analgesia 15% doentes
- cefaleias por perfuração da dura (86% dor na porção posterior da cabeça e nariz)
- migração do catéter (bloqueio motor unilateral)
- migração do catéter para o espaço com injeção intratecal ou intravascular (cardiotoxicidade)
- exteriorização catéter
- quebra no catéter

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL (contraindicações)

- Hipovolemia
- Anticoagulantoterapia
- Cardiomiopatia ou estenose da aorta
- Espinha bífida
- Doenças neurológicas
- Esclerose múltipla

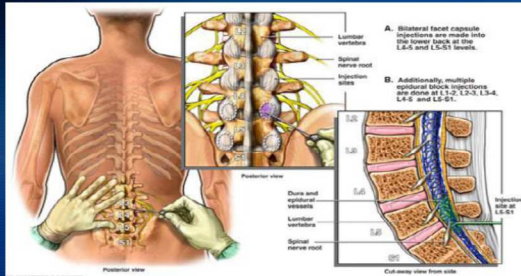
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL

	Dose	Início (min)	Pico (min)	Duração (horas)
Morfina	2-5 mg	15-30	60-90	4-24
Petidina	25-75 mg	5-10	15-30	4-6
Metadona	1-5 mg	10-15	15-20	6-10
Fentanil	50-100 ug	5-10	10-20	1-3
Sufentanil	20 – 50 ug	5-15	20-30	2-6

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EPIDURAL



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA

- Independência no controlo da analgesia, permite uma dose específica de medicação num período temporal
- Efectiva na diminuição da ansiedade do doente
- Doses devem ser reduzidas :doentes com mais de 70 anos, insuficientes renais ou com apneia sono

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA (condições)

- Educação do pessoal
- Selecção apropriada dos doentes
- Educação dos doentes
- Prescrição apropriada
- Monitorização dos doentes
- Tratamento rápido dos efeitos secundários
- Monitorização do método

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA (vantagens)

- Reduz períodos de tempo sem analgesia
- Grau satisfação dos doentes
- Utilização pelos doentes usam 33% mais opióides
- Mais eficaz que IV

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA (desvantagens)

- Depressão respiratória (risco aumenta com bólus e perfusão)
- Maior risco de erro

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA (programação)

- Concentração
- Bólus (1mg adulto, idade, peso, reduzida maiores 70 anos)
- Perfusão Contínua
- Lock-out (5-8 min) longos o suficiente para doente perceber o bólus 2mg morfina alívio dor 3 min com pico aos 15
- Dose máxima 24 h

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PCA (problemas)

- Parâmetros incorrectos
- Fim da bateria
- Falta de familiaridade com o dispositivo
- Confusão com a utilização do botão
- Falta de compreensão funcionamento
- Hipovolemia
- Dependência psicológica
- Falha mecânica/software
- Manipulação pelas visitas

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PLACEBOS

Por questões éticas não devem ser dados sem o consentimento do doente

Não acreditar na dor do doente

Estudos clínicos para comparação

REALIDADE SCG



REALIDADE SCG



REALIDADE SCG

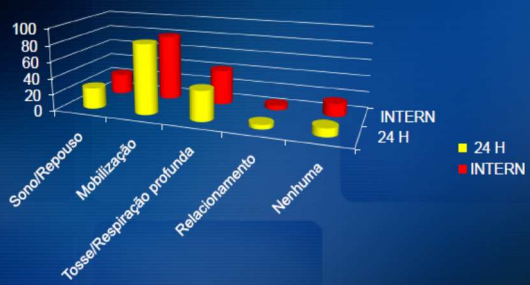


REALIDADE SCG



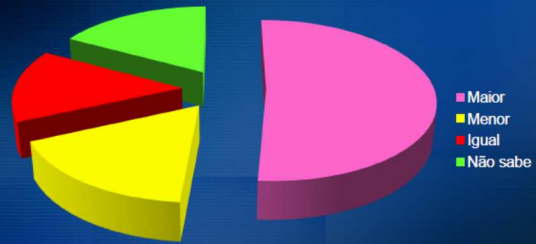


REALIDADE SCG



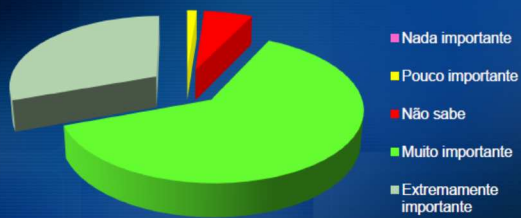
REALIDADE SCG

PERSPECTIVAS



REALIDADE SCG

IMPORTÂNCIA INTERVENÇÕES ENFERMAGEM



APÊNDICE XIV

Gráfico identificativo das frequências relativas da intensidade do conforto pós-operatório
na SO

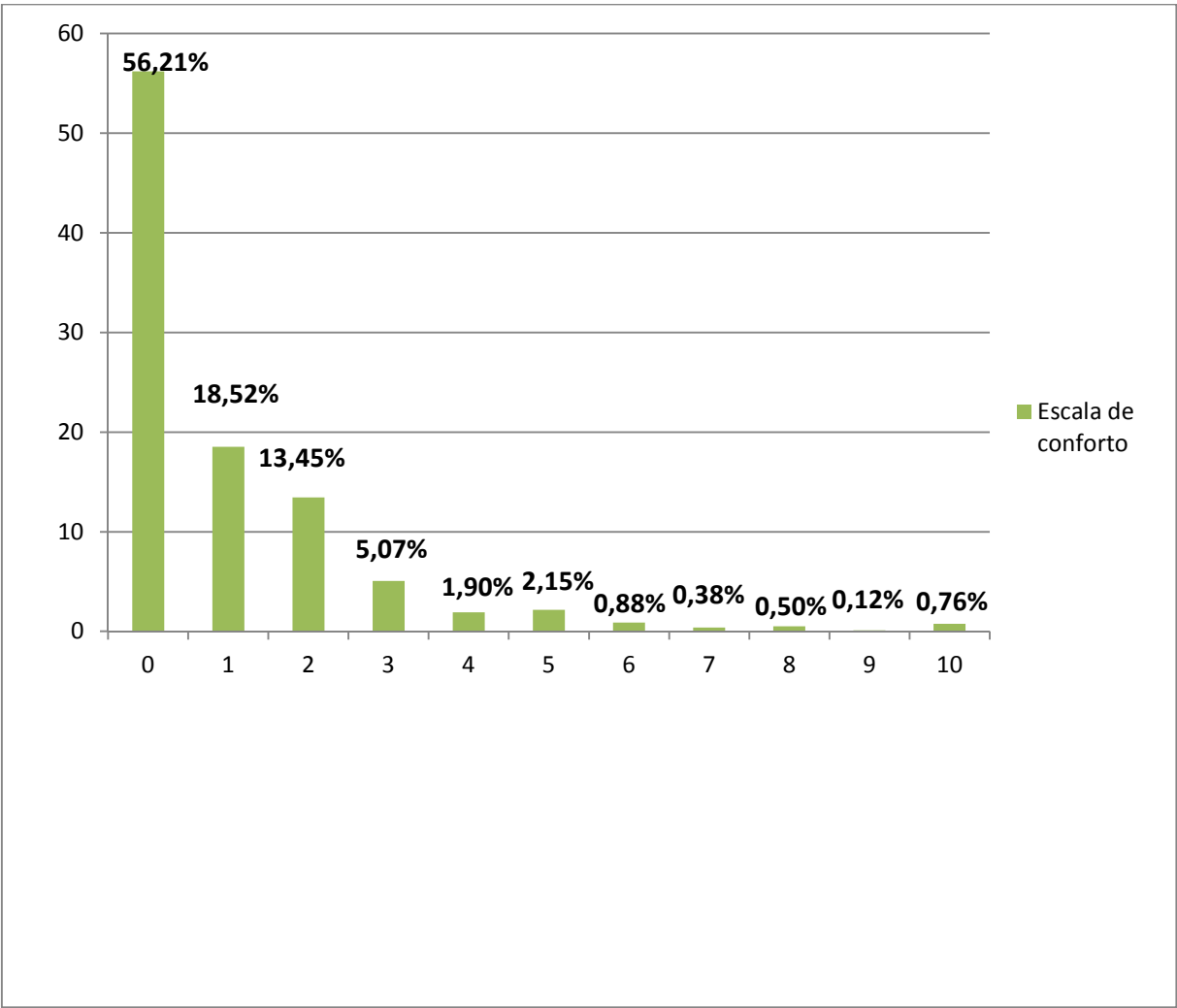


Gráfico identificativo das frequências relativas da intensidade do conforto pós-operatório na SO