

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Médico-Cirúrgica na área de intervenção
específica Pessoa Idosa**

O IDOSO COM DOR PERSISTENTE

**O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Registo da
Dor**

Ana Filipa Padeiro da Graça

Orientador: Maria Emília Campos Brito

Co-orientador: Rita Cristina Reis Carvalho

2011



RESUMO:

Envelhecer com dor persistente torna-se um verdadeiro drama para a pessoa idosa e pessoas que a rodeiam, diminuindo a sua qualidade de vida. A dor, apesar equiparada ao 5º sinal vital, continua a ser desvalorizada pela população e subavaliada e subcontrolada pelos próprios profissionais de saúde. É necessária uma mudança de atitude nos serviços de saúde que contribuam para um controlo mais adequado da dor persistente na faixa etária dos idosos, assumindo que o primeiro passo para um adequado controlo da dor é valorizá-la e avaliá-la devidamente, com base nas directrizes que as entidades reguladoras preconizam.

Neste sentido, tendo sido verificado que no serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz a ausência de uma avaliação sistematizada da dor persistente dos idosos por parte da equipa de Enfermagem, baseada na evidência científica, surge este projecto de aprendizagem que tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao idoso com dor persistente nesse serviço de Nefrologia.

O processo de implementação do projecto passou pela sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática, dinamização da equipa, sessões formativas, divulgação de directrizes nacionais e internacionais emitidas sobre a temática e na implementação de práticas uniformes e baseadas na evidência científica.

Na avaliação do projecto a curto prazo verificaram-se melhorias na prática de enfermagem no que respeita à avaliação e registo da dor não só dos idosos mas da população geral de utentes do serviço. No entanto, tal como se procurou garantir, é necessário que o projecto seja continuado no serviço, para procurar manter contínua esta melhoria.

Palavras-chave: Dor Persistente; Avaliação da dor; Pessoa idosa; Papel do Enfermeiro

ABSTRACT:

Aging with persistent pain it becomes a real drama for the elderly and people that surround them, diminishing their quality of life. The pain, though equivalent to the 5th vital sign, continues to be devalued by the population and undervalued and undertreated by health professionals. It's essential a change of attitude in health services that contribute to a more appropriate control of persistent pain in the elderly age group, assuming that the first step to an adequate control of pain is to value it and evaluate it properly, on the basis guidelines recommend by the regulatory authorities.

In this sense, it was found that at the Nephrology Service, Hospital de Santa Cruz the absence of a systematic assessment of persistent pain of the elderly from the nursing staff, based on scientific evidence, there is this learning project that aims to contribute to improving the quality of nursing care provided to elderly patients with persistent pain at that Nephrology Service.

The process of implementing the project went through the sensibility of the nursing team to the problem, boosting the team, training sessions, dissemination of national and international guidelines about the subject and implementation of uniform practices and evidence-based.

In evaluating the short-term project has seen improvements in nursing practice with regard to pain assessment and registration of not only the elderly but the general population of service users. However, as it sought to ensure, it is necessary that the project be continued in service, continuing to seek to maintain this improvement.

Keywords: Persistent pain; Pain measurement; Elderly; Nursing interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR	9
1.1. Conceito e classificação da dor	9
1.2. A dor e o envelhecimento	10
1.3. Importância e dificuldades da avaliação da dor na pessoa idosa	11
1.4. O Papel do Enfermeiro na abordagem da dor na pessoa idosa...	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM	17
2.1. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	17
2.2. Competências do Enfermeiro especialista	18
II PARTE – PROJECTO DE APRENDIZAGEM	22
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	22
2. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	24
3. IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	25
3.1. Objectivo específico 1	25
3.2. Objectivo Específico 2	32
3.3. Objectivo Específico 3	33
3.4. Objectivos específicos 4	40
3.5. Objectivo Específico 5	43
3.6. Objectivo Específico 6	46
CONCLUSÃO	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	54
APÊNDICES	79

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho enquadra-se no 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica constituindo um relatório de estágio na área de intervenção específica da pessoa idosa com dor

O Envelhecimento é um fenómeno demográfico que tem assumido um crescimento exponencial a nível mundial nos últimos anos. A aprimorização da ciência em saúde, entre outros factores, tem promovido o aumento da esperança média de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2008) que em Portugal é de 75 anos para os homens e de 81 para as mulheres, enquadrando-se na média Europeia (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2005). As pessoas idosas, definidas como indivíduos com 65 ou mais anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (WHO), 2002), constituem 17% da população portuguesa (Anexo I), estimando-se que até 2025 esse valor aumente para os 32% (INE, 2002). Promover o Envelhecimento Activo, com autonomia¹ e independência², torna-se assim premente, colocando a nível individual e colectivo a responsabilidade de valorizar o idoso e a nível das entidades especializadas a implementação de políticas de saúde promotoras da saúde dos idosos, direccionadas para uma população mundial cada vez mais envelhecida, com foco nas suas reais necessidades e que reflectam a importância do envelhecimento activo para a qualidade de vida³ (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), 2004). O Enfermeiro, pela sua evidente proximidade com os utentes, ocupa um lugar privilegiado para identificar as necessidades dos idosos e delinear estratégias promotoras desse mesmo Envelhecimento Activo.

O envelhecimento é um processo único, individual e distinto para cada indivíduo, pelo que é necessário valorizar e respeitar as diversidades individuais que se vão marcando com o envelhecimento de cada pessoa, preservando a segurança e intimidade do idoso (DGS, 2010). É por outro lado, um processo natural e dinâmico caracterizado por alterações fisiológicas, psicológicas, bioquímicas e/ou orgânicas, que determinam a progressiva perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas (FREITAS et al, 2002). A saúde do idoso pode assim ser condicionada por inúmeros factores, entre os quais a presença de doenças crónicas incapacitantes (DGS, 2004 e 2008).

As doenças crónicas são a principal causa de morbilidade e mortalidade mundial e afectam maioritariamente os idosos. Portugal é o país europeu com maior taxa de

1. Autonomia: "Autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências" (WHO, 2002, p.13).

2. Independência: "Capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária - ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem" (WHO, 2002, p.13)

3. Qualidade de Vida: "percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente" (WHO, 2002, p.13).

mortalidade nos idosos. As doenças crónicas causam frequentemente dor nos indivíduos que as desenvolvem, pelo que o visível aumento da prevalência das doenças crónicas no idoso, como as doenças osteoarticulares e músculo-esqueléticas, tem como consequência um aumento da dor nesta faixa etária (DGS, 2004 e 2008).

A dor, principal causa de procura de cuidados de saúde, traduz-se num fenómeno fisiológico essencial para a preservação da integridade física do indivíduo uma vez que actua como sinal de alerta do organismo quando neste existe uma ameaça (DGS, 2008). É uma experiência multidimensional, com componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidual (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP), 2010). Quando deixa de ser um sintoma e passa a ser permanente é considerada como persistente ou crónica, tornando-se num importante problema de saúde, para o qual se devem direccionar esforços dos profissionais de saúde (DGS, 2008).

A dor persistente é um factor gerador de incapacidade nos idosos que afecta a sua qualidade de vida. É um problema de saúde pública que necessita ser diagnosticado, avaliado e devidamente controlado por profissionais de saúde (CELICH e GALON, 2009). Tem um impacto significativo na vida das pessoas, podendo pelas suas características, sofrimento e limitações a que leva, ter repercussões na própria sociedade (MARTINS, 2009). No entanto, é muitas vezes negligenciada pela sociedade e subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde (DGS, 2010). Diante destas considerações, observa-se a necessidade de um olhar mais crítico e reflexivo em relação a essa problemática.

A dor como fenómeno fisiológico importante tem um impacto significativo na pessoa que a sente, necessitando de ser tida em conta nos cuidados de saúde prestados e na avaliação populacional (BREIVIK et al, 2006). No entanto, a sensibilização para esta problemática no país é relativamente recente. Em 1991 foi fundada a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), filiada da IASP; em 1999 demarcou-se o 14 de Junho como Dia Nacional de Luta Contra a Dor; a DGS aprovou em 2001 o Plano Nacional da Luta Contra a Dor. Actualmente encontra-se em vigor o **Plano Nacional de Controlo da Dor 2004-2010**. A DGS equiparou a **Dor como 5º Sinal Vital em 2003**. A OE salienta a importância da temática, editando em 2008 o manual “DOR – Guia Orientador de Boa Prática”. Em 2009 é publicado o plano regional de controlo da dor e apenas no final de 2010 é emitido pela DGS a norma “**Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa**” (DGS, 2010; OE, 2008).

Embora a dor crónica seja um fenómeno multidimensional de extrema importância que afecta inúmeras pessoas, a sua prevalência em Portugal ainda foi pouco estudada.

Um estudo divulgado pelo projecto europeu Pain Proposal estima que cerca **de 1 em cada 5 cidadãos europeus (19%) sofre de dor crónica** e que em Portugal este problema afecta cerca de 36% da população (PAIN PROPOSAL, 2010). Dados de um estudo recente em curso por investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, coordenado pelo Professor Castro Lopes, revelou que mais de **30% da população portuguesa sofre de dor crónica**. Do universo estudado, com cerca de 5095 indivíduos, **a dor atinge significativamente mais mulheres que homens e mais a população idosa**. Cerca de 31% dos entrevistados referiram ter dor várias vezes por mês nos últimos 6 meses, sendo que em quase metade destes, a intensidade média da dor era moderada ou forte. **As principais causas de dor eram músculo-esquelética e osteoarticular, sendo** as lombalgias e cefaleias também muito frequentes. O estudo demonstra que em cerca de metade da amostra a dor interferia de forma moderada a grave com as actividades domésticas ou laborais (TRIBUNA MÉDICA, 2008).

Transpondo a problemática da dor para a realidade do meu contexto laboral – o Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz (HSC) do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) - observo que, apesar de equiparada ao 5º sinal vital desde 2003 (DGS, 2003), a dor é mal compreendida pelos próprios profissionais de enfermagem que, aparentemente por falta de sensibilização para a temática, não a valorizam como tal e não a avaliam nem a registam devidamente. Assim, surge em mim a necessidade de trabalhar esta temática no sentido de promover e melhorar o papel do Enfermeiro na prestação de cuidados ao idoso com dor crónica, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta esta problemática o presente relatório surge da realização de um projecto de aprendizagem desenvolvido em estágio sobre a temática apresentada e tem como objectivo geral: Descrever, de forma pormenorizada, reflexiva e fundamentada, as actividades realizadas em estágio.

O relatório que se segue encontra-se dividido em 2 Partes. Na primeira será apresentado o quadro conceptual que baseou o projecto de aprendizagem, onde em primeiro terá lugar um enquadramento teórico da dor e seguidamente o enquadramento conceptual de Enfermagem onde é apresentada a teoria de Enfermagem que sustentou o projecto – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba - e descritas as competências do Enfermeiro especialista. Na segunda parte será apresentado e fundamentado o problema central do projecto, as estratégias adoptadas e os resultados obtidos em estágio. As dimensões éticas do projecto vão sendo analisadas ao longo do relatório.

I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR

1.1. Conceito e classificação da dor

A dor é uma das experiências humanas mais partilhadas e uma das principais fontes de sofrimento das pessoas, tornando-as frágeis e vulneráveis ao meio ambiente (LE BRETON, 2007). Sendo a principal causa de procura de cuidados de saúde (DGS, 2008), é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão” (IASP, 2010). É um fenómeno complexo e subjectivo pelo que pode ser qualquer experiência que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela o diz (MCCAFFERY, 1968). É uma experiência multidimensional desagradável, que não se resume a um estímulo nocivo, na sua componente sensorial, como também tem uma componente biofisiológica, bioquímica, psicossocial, comportamental e moral (DGS, 2001). O Conselho Internacional de Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, (OE), 2008, p11) define-a como:

“sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”).

Tendo em conta a sua localização pode ser classificada como **focal, radicular, referida e central**. A sua patogénese classifica-a como **neuropática e nociceptiva**. A sua duração categoriza-a como **aguda e crónica ou persistente** (DGS, 2001).

A dor aguda é um fenómeno fisiológico essencial para a preservação da integridade física, pois sendo transitória, actua como um alerta do organismo (DGS, 2008) Quando deixa de ser um sintoma, persiste após o tratamento da lesão que a originou e se prolonga no tempo, torna-se a própria doença – dor persistente (BOND e BREIVIK, 2004).

A dor persistente ou crónica é definida como uma experiência dolorosa que se prolonga por um longo período de tempo, podendo ou não estar associada a um processo de doença bem definido (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS) 2009 citando WEINER e HERR 2002). Tem uma duração superior a três, seis ou mais meses, diferindo de acordo com vários autores, e/ou quando persiste para além do processo natural de doença aguda ou da erradicação da patologia/lesão que lhe deu origem (DGS, 2010).

Apesar de habitualmente o termo dor crónica ser o mais comum e verbalizado nas últimas décadas, os termos persistente e crónico são usados como sinónimos na literatura. Infelizmente a dor crónica tornou-se num termo com inúmeras imagens e estereótipos negativos associados como problemas psiquiátricos, tratamentos inúteis e dolorosos, simulação de doença ou mau comportamento por dependência de medicamentos. Neste sentido, esta passou a ser referida como dor persistente para promover uma atitude mais positiva nos utentes e profissionais de saúde e um encarar as medidas de controlo como meios para aliviar o sofrimento. (AGS, 2002 citando WEINER e HERRR, 2002).

A dor persistente tem um impacto significativo na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas (BREIVIK et al, 2006). Se direccionarmos a problemática para grupos mais frágeis⁴ e vulneráveis como os idosos, esta assume uma dimensão ainda maior e mais potencialmente incapacitante (DGS, 2001).

1.2. A dor e o envelhecimento

Embora a prevalência da dor em Portugal e suas principais causas não estejam bem definidas, sabe-se que o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento populacional, leva ao aumento da longevidade de pessoas com patologias crónicas, incapacitantes e degenerativas, que contribuem directamente para o aparecimento do fenómeno dor no idoso, o que faz prever um aumento da prevalência da dor crónica no futuro (DGS, 2008) não como sintoma mas sim como patologia. A dor persistente é um sintoma comum nas pessoas idosas, afectando mais os idosos do que outros adultos, em qualquer contexto domiciliário, hospitalar ou institucionalização em lar. É considerado um problema de saúde pública que afecta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e cerca de 83% dos institucionalizados em lares (DGS, 2010).

O processo de envelhecimento provoca alterações orgânicas que tornam o idoso mais susceptível à ocorrência dor, diminuindo a sua qualidade de vida. No entanto, esta não é uma característica exclusiva desta faixa etária, podendo ocorrer em qualquer outra (DGS, 2001). A dor persistente nos idosos está muitas vezes associada a alterações estruturais e funcionais decorrentes do envelhecimento e/ou a patologias específicas. Com o envelhecimento, a densidade óssea diminui ocorrendo compressão da coluna vertebral e consequente danificação dos discos de cartilagem, tornando o idoso mais susceptível a fracturas ósseas. Por seu lado, a capacidade de reprodução das fibras musculares diminui com o envelhecimento, embora a prática de exercício físico regular possa minimizar esta

alteração. A dor crónica no idoso, decorrente das alterações citadas, pode estar associada a inúmeras patologias como osteoartrose, artrite, osteoporose, úlcera da perna, acidente vascular cerebral, nevralgia, amputação de um membro, herpes zóster, isquémia. As causas mais frequentes de dor são a músculo-esquelética e osteoarticular. (DGS, 2001).

A percepção da dor, fenómeno complexo derivado quer de estímulos sensoriais quer de lesões neurológicas, pode ser modificada pela memória individual, expectativas e emoções de cada indivíduo (AGS, 2002 citando STERNBACH, 1978). Assim a forma como cada idoso sente a sua dor é única e individual, sendo que o modo como a enfrenta depende não só dos esforços dos cuidadores/ pessoas significativas, como também dos seus próprios mecanismos de coping, uma vez que os factores psicossociais afectam e são afectados pela presença de dor. Vários estudos demonstram que um idoso com fortes mecanismos de coping sente significativamente menos dor e incapacidade psicológica do que outro com mecanismos menos eficazes (AGS, 2002 citando KEEFE et al, 1987).

A dor persistente tem variadíssimas consequências na vida da pessoa idosa. Tendo um forte impacto na sua qualidade de vida, constitui uma ameaça à sua segurança (CELICH e GALON, 2009), limita as suas decisões e hábitos de vida, favorecendo a dependência, perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida. (DELLAZORA, PIMENTA e MATSUO, 2007). É geralmente causadora de incapacidade física severa, levando a isolamento social, distúrbios do sono e apetite, quedas, alterações emocionais, como estados de depressão e ansiedade. Resulta frequentemente numa maior e inadequada utilização de cuidados de saúde e dos gastos em saúde. Apesar de menos amplamente descritas, muitas outras condições são conhecidas por serem potencialmente agravadas pela presença de dor, incluindo um atraso na reabilitação de um processo patológico e os efeitos adversos de medicamentos (AGS, 2002 citando AGS, 1998).

Neste sentido, uma avaliação e diagnóstico precoce da dor crónica no idoso é extremamente importante. No entanto, devido à comorbilidade característica desta faixa etária, a avaliação e controlo da dor torna-se bastante mais difícil (DGS, 2001).

1.3. Importância e dificuldades da avaliação da dor na pessoa idosa

Uma avaliação da dor persistente fidedigna e sistematizada possibilita realizar uma caracterização da dor, classificá-la em termos fisiopatológicos, adequar o plano de controlo da dor, individualizando-o e aumentando a sua eficácia; e determinar o seu prognóstico (AGS, 2002). Desta forma, é importante realizar um avaliação inicial completa

da dor do idoso, em qualquer contexto de saúde, assim como uma reavaliação sistematizada. No processo de avaliação e controlo da dor, a abordagem interdisciplinar ajuda a identificar todos os factores contributivos de dor, possivelmente controláveis, pelo que em idosos cuja causa de dor não é potencialmente tratável é adequada uma abordagem multidisciplinar (AGS, 2002).

De uma forma geral, a avaliação da dor, dado o seu carácter subjectivo pode tornar-se muito difícil. As manifestações de dor, por um lado, podem ser diferentes e dever-se a múltiplos factores, por outro, podem ser influenciadas por factores fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros, variando não apenas entre os indivíduos, como também ao longo do tempo num mesmo indivíduo. (AGS, 2002)

A dor persistente é constantemente subvalorizada, subavaliada e subcontrolada nas pessoas idosas, quer pela família/pessoas significativas, quer por profissionais de saúde/cuidadores. (DGS, 2010). Vários factores intrínsecos e extrínsecos ao idoso podem estar na origem do problema, como a ausência de um auto-relato de dor por parte do idoso e uma desvalorização da sua dor por parte da família/pessoas significativas e cuidadores/profissionais de saúde (AGS, 2002). Por um lado, as crenças e cultura dos idosos, levam-no muitas vezes a encarar a dor como um factor natural do envelhecimento ou como uma punição de acontecimentos da vida anteriores, pelo que não a relatam com base na convicção de que esta é natural e não pode ser evitada ou aliviada. O medo dos tratamentos, do internamento hospitalar, do efeitos secundários e dependência de analgésicos, do acréscimo de gastos monetários, de preocupar os familiares/pessoas significativas e/ou de serem “rotulados” pelos profissionais de saúde como “mau doente”, levam-no também a esconder a sua dor. A prevalência de alterações cognitivas, sensoriais e motoras nos idosos, como as decorrentes de demências ou sequelas de acidentes vasculares cerebrais, podem afectar a sua capacidade de comunicação e expressão da dor, dificultando uma avaliação e controlo adequado. Por outro lado, os próprios profissionais de saúde e pessoas que rodeiam o idoso, têm mitos e preconceitos associados à dor nesta faixa etária. Por vezes consideram-na também com um factor natural do envelhecimento, acreditam que o envelhecer leva a uma sensibilidade diminuída para a dor e/ou julgam que o idoso exacerba as queixas álgicas como chamada e atenção, acabando por não ter em conta a quantidade ou qualidade de dor referida pelo idoso e subvalorizar a sua dor (AGS, 2002, citando FERREFF, FERRELL e OSTERWEIL, 1990; GROSSBERG, SHERMAN e FINE, 2000; PARMELEE, 1994; MILLER et al, 1996).

Neste sentido, torna-se primordial valorizar todas as queixas de dor do idoso, tendo

em conta que este pode não verbalizá-la. Para contornar e minimizar o problema é fundamental sensibilizar profissionais de saúde, idosos e população em geral, que a dor não deve ser encarada como um factor normal e esperado do envelhecimento, devendo apostar-se na sua avaliação e controlo (DGS, 2001).

1.4. O Papel do Enfermeiro na abordagem da dor na pessoa idosa

Os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, têm um papel fulcral na valorização, avaliação e controlo da dor dos utentes. A existência de directrizes nacionais e internacionais na área da dor procuram uniformizar a prestação de cuidados e guiam a prestação de cuidados de enfermagem. Sustentando-se na premissa que o Enfermeiro tem o dever de prevenir, avaliar e diminuir a angústia e sofrimento dos utentes (DECRETO-LEI nº. 93-345) e que a prestação de cuidados de enfermagem tem como finalidade a promoção do bem-estar, o Enfermeiro tem o dever de avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para minimizar a dor, avaliando os seus resultados. Pela sua proximidade e tempo de contacto com o utente, assume uma posição privilegiada para intervir e promover a avaliação e controlo da dor, tomando-a como foco de actuação e contribuindo para a satisfação, bem-estar e auto-cuidado do utente. Tem também o dever de envolver no processo de cuidar a pessoa com dor e respectivo cuidador familiar, criando com estes uma relação de parceria (OE, 2008).

A prestação de cuidados de enfermagem engloba intervenções interdependentes e independentes. As primeiras dependem da prescrição de outro profissional de saúde, como a administração de analgésicos. As segundas, dependem apenas do Enfermeiro que assume a sua prescrição, execução e avaliação. Na área da dor estas dizem respeito a: avaliação da dor; controlo da dor não farmacológico; educação para a saúde, formação de pares; e documentação das intervenções de enfermagem realizadas (OE, 2008).

Apesar de não existirem marcadores biológicos objectivos de dor, existem várias formas de avaliar a dor dos idosos que são consideradas válidas e fidedignas, pelo que o Enfermeiro tem o dever de proceder a uma **avaliação** da dor na pessoa idosa. Existem várias directrizes nacionais e internacionais, que orientam os profissionais de saúde nessa avaliação (Anexo II), apontando para a obrigatoriedade de, em todos os idosos, despistar a presença de dor, independentemente de estes não verbalizarem ou sugerirem a presença de dor, monitorizar, reavaliar e registar a dor de forma sistematizada, em qualquer contexto de prestação de cuidados, à semelhança dos restantes sinais vitais,

registando os métodos de avaliação e os indicadores de dor, com o intuito de promover e uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde e promover um plano de controlo de dor adequado (AGS, 2002 e DGS, 2010). Tendo em conta a subjectividade da dor, a fonte mais fidedigna na sua avaliação é sempre o indivíduo que a sente, sendo que a sua descrição/auto-relato fornece evidências precisas, confiáveis e suficientes quanto à presença e intensidade da dor. (AGS, 2002 citando TURK, MELZACK, 1992). É necessário em primeiro lugar, tentar obter a auto-avaliação do idoso, mesmo que seja uma resposta sim ou não à pergunta “sente dor?”. A impressão dos profissionais de saúde não deve ser utilizada a não ser que o idoso não consiga realizar um auto-relato (DGS, 2010).

Para realizar uma completa avaliação da dor é necessário avaliá-la tendo em conta: intensidade, localização, qualidade, características temporais e factores exacerbantes e atenuantes (AGS, 2002; DGS 2001). No que respeita à intensidade da dor existem vários instrumentos de avaliação direccionados para o idoso que podem ser utilizados, tendo em conta para a escolha do instrumento as características individuais de cada idoso. Quanto à localização preconiza-se que sempre que o idoso seja capaz, seja o próprio a indicar a localização da sua dor, apontando para o seu corpo ou marcando a localização com um marcador em diagramas corporais (DGS, 2010). A qualidade da dor, prende-se com a descrição que o idoso faz da sua dor. É necessário que o profissional de saúde esteja familiarizado com os termos sinónimos de dor muitas vezes utilizados pelos idosos, como ardor, queimadura, guinada, pontada, peso, aperto, mordida, entre outros (AGS, 2002). As características temporais remetem ao modo de começo e evolução da dor ao longo do tempo. Os factores exacerbantes correspondem aos factores que potenciam e/ou agravam a dor e os factores atenuantes aos acontecimentos que a aliviam. A avaliação pode ser feita em várias etapas e pode ser necessária a assistência da família ou dos cuidadores para a complementar. Aos idosos com défice de concentração ou cognição devem ser dadas instruções repetidas e tempo suficiente para responder. (AGS, 2002).

Para complementar a avaliação da dor como fenómeno multidimensional, o Enfermeiro deve colher dados sobre a história de dor do idoso (Anexo III) (OE, 2008), interpretando-os de acordo com as especificidades de cada grupo etário (DGS, 2001).

A utilização de um instrumento de avaliação da dor é recomendada, estando a sua escolha condicionada a instrumentos validados e recomendados e às características individuais de cada idoso. Deve privilegiar-se se possível a utilização de instrumentos de auto-avaliação (Anexo IV). Escolhido um instrumento, este deve acompanhar todas as avaliações subsequentes, facilitando uma avaliação da evolução da dor (OE, 2008).

A reavaliação sistematizada da dor deve ocorrer regularmente com vista a avaliar a melhoria, deterioração ou complicações no processo de dor e qualidade de vida da pessoa idosa. Uma das formas eficazes de reavaliar a dor e monitorizar a sua evolução na pessoa idosa é a utilização de um diário de dor onde o próprio, no dia-a-dia, regista os momentos em que teve dor descrevendo as características da dor, terapêutica administrada, implicação nas actividades diárias, capacidade funcional e humor (AGS, 2002).

Uma correcta avaliação da dor contribui para um **controlo** mais eficaz da mesma. As intervenções de enfermagem que permitem o controlo da dor englobam a prevenção e o tratamento (OE, 2008). Para contribuir para um controlo da dor o Enfermeiro deve capacitar o utente e família/cuidador e/ou pessoa significativa para: minimizar a dor através de técnicas de auto-controlo da dor comportamentais e cognitivas; localizar a dor; identificar as limitações funcionais e/ou necessidades afectadas pela dor; classificar a dor através de escalas de auto-avaliação; usufruir de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas (DGS, 2001). Sempre que o Enfermeiro preveja dor ou a denote pela evidência de instrumentos de avaliação, deve adoptar estratégias que a eliminem ou minimizem para níveis aceitáveis pelo utente. Deve colaborar com a equipa multidisciplinar na realização de um plano de controlo da dor, contribuindo com dados relevantes sobre o utente e garantindo a participação do utente e família/cuidador ou pessoa significativa, no processo. Deve reavaliar a dor, contribuindo para o reajuste do plano terapêutico se necessário. Tem a obrigação de conhecer todas as características dos fármacos utilizados no controlo da dor, prevenindo e controlando possíveis complicações e efeitos colaterais. Em complementaridade do plano farmacológico, pode utilizar terapias não farmacológicas, desde que detentor de conhecimentos sobre indicações, contra-indicações e efeitos colaterais, prevenindo eventuais complicações. A escolha da sua utilização deve ser feita com o utente, tendo por base o objectivo do tratamento e a evidência científica (OE, 2008).

A **educação** é uma intervenção de enfermagem fulcral na abordagem da pessoa com dor. Envolver o utente e cuidador familiar nas estratégias de educação e formação é essencial para o desenvolvimento de boas práticas profissionais. Com o intuito de envolver a pessoa na avaliação e controlo da dor, respeitando o princípio da autonomia, o Enfermeiro deve: proceder ao aconselhamento do utente e cuidador familiar sobre a avaliação e controlo da dor; educar sobre as estratégias de avaliação e formas de controlo dos estímulos desencadeadores da dor e sintomas que podem diminuir a sua tolerância; instruir e treinar a utilização de terapias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor; informar sobre os efeitos colaterais da terapêutica e instruir sobre medidas de

controlo dos efeitos colaterais dos opióides; alertar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor; informar sobre a importância de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento ou alterações das características da dor e efeitos colaterais da terapêutica. No sentido de tornar toda a informação sempre disponível, o Enfermeiro deve fornecer informação escrita que reforce a educação para a saúde realizada (OE, 2008).

O Enfermeiro deve investir na sua própria **formação e dos pares**, para basear a prática na evidência científica, garantindo a actualização dos conhecimentos sobre dor e a incorporação de novas práticas. Deve planear formação contínua, favorecer a reflexão sobre a prática de cuidados e incluir as políticas e directrizes mais actuais sobre avaliação e controlo da dor na integração de Enfermeiros nas instituições (OE, 2008).

O **registo** fiel das intervenções de Enfermagem é de extrema importância, tendo o intuito de garantir a continuidade dos cuidados (OE, 2003). Os registos devem incluir todos os dados sobre a história de dor, as características da dor, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas e respectivos efeitos e as mudanças do plano terapêutico. Devem contemplar a necessidade de cuidados, as intervenções de Enfermagem e respectiva avaliação. Os registos de enfermagem, desde que fidedignos e completos, possibilitam a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação quando necessário. Os registos efectuados pelo cliente são também de extrema importância, pelo que o Enfermeiro deve promover a utilização de um diário de dor que facilite ao utente, o registo e auto-controlo da dor, promovendo a continuidade de cuidados. (OE, 2008).

O papel do Enfermeiro não se deve centrar apenas no utente, cuidador e pares, pois uma vez inserido numa instituição de saúde e equipa multidisciplinar, deve estender a sua actuação a nível **institucional**. Deve defender a mudança de políticas e distribuição de recursos que sustentem a avaliação e controlo da dor e articular-se com outros profissionais de saúde no sentido de propor mudanças organizacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor. Deve demonstrar a nível organizacional a importância da problemática dor, instituindo uma abordagem multidisciplinar ao fenómeno e alertar para a existência de unidades especializadas direccionadas para a dor. Deve adoptar guias de boas práticas e implementar normas de orientação que guiem e uniformizem a avaliação, controlo e registo da dor e promover a formação dos profissionais na temática. Tem a obrigação de definir indicadores de qualidade, implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao utente com dor e participar e promover estudos na área que promovam a melhoria e inovação dos cuidados de enfermagem (OE, 2008).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM

2.1. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A sensação de dor é frequentemente referida como sinónimo de desconforto. Por outro lado, vários são os autores que relacionam a ausência de dor ao conceito de conforto definindo-o como “sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade”; “estado relaxado” “emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento”; “estado de bem-estar (...) como alívio temporário da dor” ou “cuidado para aliviar dores e desconfortos, ou tornar alguém livre de ameaças (...) internas ou externas” (ELHART et al, 1983; LEAL, 1986; MORSE, 1992; LEININGER, 1985 citados por MUSSI, 1996, p.255). Assim o alívio da dor consiste num dos meios de garantir conforto aos doentes (DOWD 2004 citando HAMILTON 1989). Neste sentido, para sustentar este relatório optou-se pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Esta autora refere a **dor** como um desconforto multidimensional afectado por componentes sensoriais, cognitivos, afectivos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (KOLCABA, 2010 citando MELZAK e WALL, 1982). Descreve o **idoso** como “não apenas um adulto com mais anos, mas sim uma pessoa que atingiu um patamar de desenvolvimento qualitativamente diferenciado, e que por tal, pode perspectivar a vida, a saúde e o conforto de modo distinto daquele” (DOWD, 2004 citando DOWD, KOLCABA e STEINER, 2000).

Na teoria do conforto Kolcaba (2010, 1994) define vários conceitos:

- **Enfermagem:** avaliação das necessidades de conforto; prestação de medidas de conforto para essas necessidades e reavaliação dos níveis de conforto de forma intuitiva e/ou subjectiva (por exemplo: questionar o doente se está confortável) ou objectiva (por exemplo: observação física de lesões cutâneas). O Enfermeiro deve identificar as necessidades de conforto dos doentes não satisfeitas e prestar medidas de conforto que as satisfaçam, promovendo o conforto.
- **Saúde:** funcionamento óptimo do doente, família ou comunidade, conforme definido pelos próprios.
- **Doente:** refere-se a indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde.
- **Ambiente:** todo o aspecto relacionado com o doente ou meios institucionais que podem ser manipulados pelos Enfermeiros para melhorar o conforto.

Para Kolcaba (1994) o **conforto** consiste numa condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de conforto nos vários contextos, podendo ser influenciada por **variáveis intervenientes**. Estas consistem em forças de interação que influenciam o conceito de conforto total, como por exemplo as experiências passadas, a idade, o estado emocional, o sistema de suporte, entre outros. Tendo em conta estas variáveis, o conforto pode ter significados diferentes de pessoa para pessoa (DOWD 2004 citando HAMILTON, 1989).

Para Kolcaba existem 3 tipos de conforto: **alívio** – estado da pessoa quando uma necessidade específica é satisfeita; **tranquilidade** – estado de clama ou contentamento; e **transcendência** – condição em que a pessoa supera os seus problemas/sofrimento. Define que o conforto pode ser experimentado em diferentes contextos: Físico, referente às condições do corpo; Psico-espiritual, consciência interna de si próprio (auto-estima, conceito de si mesmo, sexualidade, significado da vida e relação com uma ordem ou ser mais elevado); Ambiental, referente ao meio, condições e influências externas; e Social, relações interpessoais, familiares e sociais. (KOLCABA, 2010)

A autora considera que de situações de saúde causadoras de tensão surgem **necessidades de conforto** que podem ser físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais. São identificadas pela monitorização de Enfermagem e de relatos verbais e não-verbais. Das necessidades de conforto surgem as intervenções de Enfermagem que são **medidas de conforto** concebidas para abordar as necessidades de conforto específico do utente, sejam fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais ambientais ou físicas (KOLCABA, 1994). Segundo a autora, os seres humanos tem resposta holísticas a estímulos complexos lutando por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam, pelo que considera que todo o indivíduo tem **comportamentos de procura de saúde**, internos, externos ou para uma morte pacífica, tendo em conta o conceito de saúde conforme definido por quem recebe os cuidados. É esperado que as pessoas tenham a capacidade e/ou o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os comportamentos de procura de saúde. Quando isto acontece significa que estão satisfeitas com os seus cuidados de saúde (KOLCABA, 2010).

2.2. Competências do Enfermeiro especialista

O exercício profissional do Enfermeiro exige-lhe competências científicas, técnicas e

humanas na prestação de cuidados a indivíduos, famílias, grupos e comunidades, saudáveis ou doentes, ao longo do ciclo de vida, aos três níveis de prevenção - primária, secundária e terciária, com o intuito de manter, melhorar e recuperar a saúde e potenciar a capacidade funcional o mais rapidamente possível. (OE, 1996). É também primordial a aquisição de competências que lhe permita intervir na promoção da saúde e prevenção da doença, através da identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos cuidados, valorizando a dimensão física, mental e social que afectam a saúde, doença, invalidez e morte (OMS, 2010).

Promover o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros procurando a sua especialização em determinadas áreas, permite ao cidadão ser receber cuidados de saúde mais direccionados às necessidades de cada pessoa/família. O Enfermeiro especialista possui competências específicas que lhe permite contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados prestados. É o Enfermeiro “habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem” possuidor de “um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem Gerais, cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialidade” (OE, 1996, p.3). A OE (2010, p.2) define-o como aquele:

“com um 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 especializadas relativas a um campo de intervenção.”

O Enfermeiro especialista encontra-se dotado de competências que lhe permite identificar as necessidades de um determinado indivíduo ou grupo alvo e intervir nos diferentes seus contextos da saúde - cuidados de saúde primários, secundários e terciários. É capacitado para intervir na área da educação dos seus pares e dos clientes, orientação, aconselhamento, liderança e investigação promotora da evolução e melhoria da prática de enfermagem baseada na evidência científica. Diagnostica e intervém em problemas de saúde complexos a vários níveis – a nível dos clientes e famílias; a nível intra e interprofissional e a nível organizacional e político. As competências de um Enfermeiro especialista caracterizam-se num conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que capacitam o Enfermeiro especialista a identificar todas as necessidades de um determinado indivíduo ou grupo alvo e actuar em todos os seus contextos de vida e níveis de prevenção (OE, 2010).

As competências do Enfermeiro especialista agrupam-se segundo a OE (2010) em

competências comuns e específicas.

As competências comuns consistem em competências adquiridas pelo Enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialidade, perceptíveis através do seu potencial de acção nas áreas de concepção, supervisão e gestão de cuidados de Enfermagem e sustentação do exercício profissional nas áreas de formação, investigação e assessoria. As competências específicas advêm da área específica de especialidade do Enfermeiro que permitem adequar os cuidados às necessidades específicas de cada pessoa, tendo em conta os processos de vida, problemas de saúde e área de intervenção para os quais está direccionada. Ao longo da prática especializada, o especialista vai também adquirindo competências acrescidas que derivam da complexidade das situações de cuidados e conhecimentos (OE, 2010).

As competências comuns de um Enfermeiro Especialista dividem-se em **4 domínios**: Responsabilidade profissional, ética e legal; Gestão dos cuidados; Gestão da qualidade; e Aprendizagem profissional, sendo assim descritas pela OE (2010):

- **Responsabilidade profissional, ética e legal:**

- Desenvolvimento de uma prática de Enfermagem através da demonstração, suporte, liderança e avaliação de tomadas de decisão baseadas na ética e deontologia, com autonomia sustentada na evidência científica, na avaliação das melhores práticas e na parceria com o cliente e equipa;
- Promove práticas de cuidados na equipa, respeitadoras das responsabilidades profissionais dos direitos humanos, assegurando/reconhecendo aos clientes a confidencialidade, privacidade, autodeterminação, acesso à informação, respeito pelos valores, costumes e crenças. Gere na equipa as práticas de cuidados que ameaçam esses direitos, analisando os aspectos deontológicos e éticos, assumindo uma posição preventiva ao identificar práticas de risco.

- **Melhoria da qualidade:**

- Dinamiza o desenvolvimento e sustentação de estratégias institucionais em gestão clínica, através da iniciativa ou participação em projectos institucionais promotores da qualidade, detendo, promovendo e divulgando conhecimentos e directrizes no âmbito da qualidade.
- Elabora, gere e colabora em programas institucionais promotores da melhoria contínua da qualidade através da avaliação da qualidade dos cuidados e do planeamento, execução e liderança de programas promotores de boas práticas.

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, através da sensibilização para o cuidado centrado na pessoa, valorizando e promovendo o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual do cliente, com vista à sua segurança, protecção e efectividade terapêutica. Identifica, analisa, gere e minimiza o risco a nível institucional, minimizando o erro humano. Cria e mantém um ambiente seguro.

- **Gestão dos cuidados:**

- Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional optimizando o processo de tomada de decisão na prestação de cuidados e gerindo, orientando e supervisionando as tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.
- Adapta dos recursos às situações e contextos visando a optimização da qualidade dos cuidados,
- Adequa a liderança à equipa e optimiza o trabalho de equipa.

- **Aprendizagem profissional:**

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, revelando um grande autoconhecimento de Si enquanto pessoa e Enfermeiro reconhecendo que interfere no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais. Tem a capacidade de gerir situações de conflito sabendo actuar eficazmente sobre pressão.
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, responsabilizando-se pela promoção da aprendizagem no local de trabalho identificando necessidades de formação na equipa e agindo como formador; por sustentar a prática na investigação e conhecimento intervindo e colaborando em estudos de investigação garantindo a aplicação dos novos conhecimentos na prática; e pela criação e implementação de políticas e padrões de conhecimentos para a prática especializada garantindo-os no ambiente de trabalho.

O **domínio das competências específicas** envolve a prestação de cuidados especializados numa determinada área. A OE ainda não tem publicadas as competências específicas do Enfermeiro na prestação de cuidados ao idoso, referindo apenas que a intervenção do Enfermeiro nesta etapa do ciclo de vida deve ser dirigida “aos dos projectos de saúde do Idoso a vivenciar processos de saúde/ doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.” (OE 2010)

II PARTE – PROJECTO DE APRENDIZAGEM

A II parte deste relatório consiste em apresentar o projecto de aprendizagem desenvolvido em estágio, descrevendo a identificação do problema, delimitação de objectivos e estratégias, implementação de estratégias e apresentação dos resultados.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A DGS (2010) afirma que a dor persistente dos idosos é constantemente subvalorizada, subavaliada e subcontrolada, quer pela família/pessoas significativas, quer por profissionais de saúde/cuidadores. A dor persistente quando não controlada, é uma fonte de desconforto para o idoso, pelo que o Enfermeiro deve direccionar a sua acção desenvolvendo estratégias que aumentem o conforto do idoso com dor. O primeiro passo para contribuir para um adequado controlo da dor consiste em reconhecê-la como um sinal vital, procedendo à sua avaliação e registo de forma sistematizada e baseada na evidência científica (DGS, 2001).

Da minha prática de cuidados de Enfermagem no serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, emergiu a percepção que de uma forma geral a equipa de enfermagem não encara a dor como sinal vital apesar de preconizado pela DGS. Na prática de cuidados diária observa-se que não se procede à sua avaliação e registo de forma sistematizada e baseada na evidência científica, contribuindo para o desconforto do utente. Desta percepção surge a realização do projecto que originou este relatório de estágio. No sentido de adoptar medidas de conforto, intervindo numa das variáveis que poderá aumentar o desconforto dos idosos com dor – a desvalorização da dor pelos Enfermeiros - foi realizada uma reunião formal com a Enfermeira Chefe e 2º elemento do serviço, onde foi apresentado o problema e debatida a temática, com o intuito de discutir sobre a importância que a avaliação e registo da dor têm na qualidade dos cuidados de conforto prestados ao idoso. Foi consensual a percepção que a dor não era tratada como 5º sinal vital no serviço, problema para o qual era necessário delinear estratégias de intervenção promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao idoso com dor. Denote-se que em 2009, segundo dados fornecidos pela Enfermeira chefe, 53% do total de utentes internados corresponderam a pessoas idosas. Não existiam estudos previamente realizados sobre a prevalência de dor no utentes do serviço.

Neste sentido, foi definido o **problema** central deste projecto de aprendizagem: **Ausência de uma avaliação sistematizada da dor persistente dos idosos do Serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, por parte da equipa de Enfermagem, baseada na evidência científica**

O levantamento deste problema é sustentado pela OE, que em 2010, determina como uma das áreas prioritárias de investigação em Enfermagem em Portugal a “qualidade dos cuidados de enfermagem” e o “viver com doença crónica” (OE, 2010, p.23).

2. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Para dar resposta ao problema anteriormente identificado, que baseou este projecto de aprendizagem, foram definidos a finalidade e os objectivos que nortearam a intervenção de Enfermagem neste projecto.

- **Finalidade:**

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao idoso com dor persistente no serviço de Nefrologia do HSC do CHLO.

- **Objectivo Geral:**

Capacitar a equipa de Enfermagem do serviço de Nefrologia do HSC do CHLO para a realização de uma avaliação e registo sistematizado da dor persistente do idoso, baseada na evidência científica.

- **Objectivos Específicos**

Objectivo específico 1: Adquirir competências de perito na avaliação e registo sistematizados da dor persistente nos idosos.

Objectivo específico 2: Descrever os recursos existentes no CHLO direccionados à prestação de cuidados a utentes com dor persistente, nomeadamente idosos.

Objectivo específico 3: Descrever as práticas de Enfermagem de avaliação da dor persistente do idoso, existentes no serviço de Nefrologia do HSC.

Objectivo específico 4: Realçar junto da equipa de Enfermagem, do serviço de Nefrologia do HSC, a necessidade de uma avaliação sistematizada da dor persistente da pessoa idosa.

Objectivo específico 5: Instituir, na prestação de cuidados de Enfermagem no serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, a avaliação da dor persistente do idoso de forma sistematizada e baseada na evidência científica.

Objectivo específico 6: Justificar à direcção de Enfermagem do HSC, a necessidade de uma avaliação sistematizada da dor persistente no idoso, baseada na evidência científica, e com base na divulgação dos resultados obtidos no projecto de aprendizagem.

3. IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De forma a atingir os objectivos acima propostos foram previamente delineadas as estratégias de intervenção descritas de seguida, divulgando-se também os resultados obtidos com cada uma e as competências de Enfermeiro especialista desenvolvidas.

De toda as estratégias implementadas, uma foi transversal à maioria dos objectivos – a realização de um portfólio. Este teve o intuito de reunir e organizar toda a informação adquirida e aprendizagens efectuadas, seja pela fundamentação teórica seja pela prestação de cuidados ao idoso. Foi uma estratégia eficaz que acompanhou todo o projecto de aprendizagem, sendo complementado ao longo do mesmo, que serviu de ponto de consulta e permitiu a reflexão sobre a prática de cuidados, a aquisição, aprofundamento e consolidação de conhecimentos (MELO e FREITAS, 2006).

3.1. Adquirir competências de perito na avaliação e registo sistematizados da dor persistente nos idosos.

De forma a poder capacitar os Enfermeiros do serviço de Nefrologia do HSC a efectuar uma avaliação e registo da dor sistematizados e baseados na evidência científica, contribuindo assim para o conforto dos idosos do serviço, foi proposta a realização de um estágio de 8 semanas nesse serviço de forma a implementar estratégias contributivas para atingir esse objectivo, em parceria com a equipa de Enfermagem (Apêndice I). No entanto, seria necessário adquirir previamente competências específicas na área de intervenção ao idoso com dor persistente, pelo que se optou por adquirir previamente competências por meio de duas vertentes: fundamentação teórica e prestação de cuidados em UMD.

A prestação de cuidados engloba outros dois estágios de 5 semanas cada na UMD do HSM e do HGO (Apêndice I).

3.1.1. Vertente de Fundamentação Teórica

A pesquisa de literatura pode sustentar todo o processo da resolução de um problema (BEAVEN, 2004), pelo que foi realizada uma revisão sistemática da literatura intitulada de “Intervenções promotoras da avaliação da dor persistente na pessoa idosa”

com base na pesquisa das bases de dados da CINHALL e MEDLINE (Apêndice II). Com isso pretendeu-se obter o estado actual do conhecimento sobre a temática (FORTIN, 2009 citando BURNS e GROVE, 2003), uma vez que as revisões sistemáticas da literatura constituem resumos fiáveis dos trabalhos publicados sobre uma temática e respectiva evidência científica (SIMTH, 2004), permitindo organizar a informação obtida, redigi-la e adquirir novos conhecimentos baseados na evidência (FORTIN, 2009).

Devido aos resultados obtidos serem escassos e existirem poucos artigos que indiquem essas intervenções no período seleccionado (2005 a 2011), foi realizada uma revisão da literatura das mais recentes directrizes nacionais e internacionais emitidas por entidades peritas na área, como a DGS, AGS, British Geriatric Society (BGS) e British Pain Society (BPS). O foco em directrizes deve-se a estas serem orientações baseadas na evidência científica sobre uma determinada temática e desenvolvidas de forma sistemática, que guiam o profissional de saúde para a tomada de decisões mais apropriada nas diferentes situações de prestação de cuidados de saúde e devem ser utilizadas de forma a minimizar o viés na prática de cuidados e promover a melhoria dos cuidados prestados (PEARSON e CRAIG, 2004). Da compilação destas duas estratégias emergiu a elaboração de um artigo científico intitulado de “O idoso com dor persistente – Uma avaliação sistematizada”, a ser posteriormente publicado (Apêndice III). Foi também frequentada uma acção de formação sobre dor em cuidados paliativos (Apêndice IV). Com estas estratégias desenvolveu-se **competências de Enfermeiro Especialista no domínio da aprendizagem profissional, em que se denota a procura por basear “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e se “interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”** (OE, 2010, p.4).

3.1.2. Vertente de Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados de saúde é o âmago da profissão de enfermagem, sendo que o Enfermeiro, habilitado com competências técnicas, científicas e humanas, tem como função prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias, grupos e comunidade, com o objectivo da manutenção, melhoria ou recuperação da saúde (OE, 1996). Kolcaba (1994) refere que os cuidados de enfermagem se devem centrar nas necessidades de conforto do utente. Neste sentido, considerou-se fulcral prestar cuidados de Enfermagem ao idoso com dor persistente, de forma a identificar as suas necessidades de conforto e implementar medidas de conforto, com vista a desenvolver competências na prestação de

cuidados especializados ao idoso com dor.

Nesse sentido, foram realizados dois estágios, de 5 semanas cada, nas Unidades Multidisciplinares de Dor (UMD) do Hospital de Santa Maria (HSM) e Hospital Garcia de Orta (HGO) (Apêndice I) de forma a prestar cuidados de enfermagem/conforto ao idoso com dor persistente, identificando, analisando e executando práticas de avaliação e registo da dor, com supervisão de um perito na área. A escolha dos dois primeiros locais de estágio teve por base critérios de selecção: serem UMD, por serem as unidades mais especializadas em Portugal no diagnóstico e tratamento da dor persistente (DGS, 2001); a população abrangida ser essencialmente idosa; e os cuidados serem direccionados a pessoas com dor persistente não exclusivamente oncológica. A escolha das duas UMD, deve-se o facto de terem um funcionamento diferente, uma direccionada só para a dor não oncológica e outra abrangendo também a oncológica.

- **Papel do Enfermeiro na prestação de cuidados ao idoso com dor persistente**

Integrada na equipa de enfermagem das UMD, procurando adquirir competências especializadas, foram prestados cuidados de enfermagem ao idoso com dor persistente, desenvolvendo não só competências na prestação de cuidados directos ao utente, como também à família/cuidador/pessoa significativa e inseridos na equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados nas UMD do HSM e HGO encontra-se estruturada em 5 vertentes: consultas de 1ª vez; consultas de seguimento; consulta telefónica; acompanhamento ao internamento hospitalar e aplicação de medidas de controlo da dor.

A **consulta de primeira vez**, consiste na primeira vez que o utente é observado na UMD. É sempre realizada pelo Enfermeiro que procede a uma colheita de dados baseada numa avaliação multidimensional da dor e da história de saúde-doença do utente. Foram presenciadas 32 consultas de 1ª vez, das quais 20 realizadas por mim com supervisão do orientador de estágio (15 eram de idosos). Nessas consultas, tal como instituído nas UMD, promoveu-se a inclusão do cuidador familiar ou a pessoa significativa, transmitindo o direito e benefícios desse acompanhamento para o utente. A presença das pessoas significativas nos serviços de saúde podem constituir uma sensação de conforto (KOLCABA, 1994). Pretendia-se com isso criar um ambiente terapêutico e seguro para utente e acompanhante, completar a avaliação do idoso com dor, apoiar o utente com alterações cognitivas moderadas a severas e apoiar o acompanhante que também é

afectado pela problemática da dor persistente (de acordo com as **competências de especialista na melhoria da qualidade** (OE, 2010)).

As consultas de enfermagem são momentos privilegiados para o estabelecimento de uma relação de confiança entre Enfermeiro-utente. Constituem uma fonte de suporte ao utente e acompanhante, permitindo que estes se sintam acompanhados e compreendidos no seu problema de saúde. A consulta não constitui um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal e colheita de dados importantes para o estabelecimento de um plano terapêutico (CRUZ e PIMENTA, 1999).

Dado que a maioria dos utentes na 1ª consulta não vinha devidamente informada sobre o seu objectivo, vindo muitas vezes com falsas expectativas, foi elaborado conjuntamente com outra Enfermeira em estágio um folheto de acolhimento à UMD do HSM a entregar pelo secretariado quando o utente faz a marcação da 1ª consulta (V). Tinha o intuito de esclarecer o objectivo e funcionamento da consulta, os elementos importantes a trazer para a mesma e a possibilidade de vir acompanhado. Através da identificação de necessidades dos utentes na consulta e da implementação de estratégias de melhoria da mesma, contribui-se para **a melhoria da qualidade dos cuidados** (OE, 2010) e para o conforto do idoso.

Após a consulta de enfermagem, seguia-se a consulta médica, no entanto, apesar de muitas vezes os profissionais da UMD não o fazerem, foi sempre realizada intermедиamente uma breve apresentação da situação do idoso ao Médico, apresentando os problemas prioritários detectados e as necessidades de referenciação detectadas, promovendo assim a continuidade de cuidados dentro da equipa multidisciplinar. Foi discutida em equipa de Enfermagem a importância desta articulação entre diferentes profissionais de saúde para a optimização dos cuidados prestados ao utente enquanto. **Denota-se aqui a aquisição de competências especializados no domínio da gestão de cuidados**, através da gestão dos “cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010).

As **consultas de seguimento**, correspondem a todas as consultas presenciais subsequentes à 1ª consulta, que são realizadas pelo Médico. Sempre que se considere em equipa multidisciplinar que o utente beneficia que o Enfermeiro acompanhe essas consultas, isso ocorre. Foram observadas 12 consultas de seguimento, todas de idosos, onde foi discutida a sua situação, trabalhando aqui de novo a competência acima referida.

A **consulta telefónica** é da responsabilidade do Enfermeiro em ambas as UMD. Tem como objectivo monitorizar o plano de controlo da dor de cada utente, fora das consultas,

sendo reconhecida pela OMS como estratégia de saúde para o século XXI (ORTIZ, 2003) que permite a intervenção de Enfermagem à distância, de fácil acesso para o utente, colmata barreiras geográficas e possibilita a monitorização do utente no domicílio ou na instituição (WAKEFIELD, FLANAGAN & SPECHT, 2001). Foram observadas 29 consultas telefónicas, das quais 22 foram realizadas por mim com supervisão do orientador de estágio (18 eram idosos). Nessas consultas, foi realizada a avaliação da intensidade da dor, o despiste de novas repercussões na qualidade de vida do utente e a (in)eficácia ou efeitos nocivos do plano de controlo da dor implementado. Sempre que necessário, foi agendado um novo contacto telefónico para o dia seguinte. No HSM o Enfermeiro contacta telefonicamente o utente no dia seguinte à consulta de 1ª vez, mas no HGO, devido à afluência de doentes, esse 1º contacto telefónico, é sempre realizado pelo utente quando este sentia a necessidade, apesar de em ambas as UMD, sempre que se considerava essencial monitorizar a evolução do utente após uma consulta de seguimento, o Enfermeiro procedia a novo contacto telefónico e o utente, por seu lado, tinha sempre à sua disponibilidade o contacto telefónico da UMD, para o qual poderiam em caso de necessidade, o que lhes dava maior confiança. Esta consulta permite ao Enfermeiro **promover a continuidade dos cuidados após a consulta**, através da avaliação que realiza, incentivando, dando suporte e validando as dúvidas do utente, o que resulta numa sensação de maior satisfação e auto segurança do utente (BOHNENKAMP et al, 2004). Como **contribuição para a melhoria dos cuidados prestados nestas consultas enquanto Enfermeiro especialista** (OE, 2010), foram sugeridas algumas alterações ao documento de colheita de dados, pois alguma informação perdia-se no telefonema, caso não fosse registada de imediato, (Apêndice VI).

A prestação de cuidados não se cingiu ao espaço físico das UMD, uma vez que já existia um **acompanhamento no internamento hospitalar** por parte dos profissionais das UMD, com o intuito de monitorizar evolução da dor do utente e suas repercussões ao longo do internamento. Este acompanhamento abrangia os utentes seguidos pela UMD ou cuja avaliação era requisitada pelo Médico assistente no internamento. Foram acompanhados 14 utentes no internamento (8 idosos), em que através da avaliação do utente se detectavam problemas relacionados com a dor, adequava o plano terapêutico e detectavam possíveis necessidades de referenciação. Isto permitiu o **desenvolvimento de competências na gestão de cuidados pela continuidade de cuidados, articulação entre os profissionais da UMD e os do internamento e optimização da tomada de decisão**, sendo que as estratégias de avaliação e controlo da dor são implementadas em

parceria com as duas equipas (do internamento e da UMD) e é gerado nos utentes um sentimento de segurança, ao percepcionarem que a sua dor não é descorada com o internamento e que são avaliados como um todo (OE, 2010).

Embora o projecto de aprendizagem fosse apenas na área de avaliação e registo da dor, foi realizada a **aplicação de medidas de controlo da dor** que contribuiu para a aquisição de competências para além dos objectivos de estágio e também para a prática de avaliação e registo da dor, dado ser importante sempre avaliar a dor após a aplicação destas medidas, a fim de saber a eficácia do plano terapêutico (AGS, 2009). Foram realizadas várias medidas de controlo da dor farmacológicas e não farmacológicas. No que respeita a medidas farmacológicas foram aplicadas apenas a idosos, tendo sido realizadas: 7 titulações de morfina; 12 aplicações de transdérmicos; 3 preparações e aplicações de PCA; prestado apoio a 2 técnicas de infiltração. Quanto às medidas não farmacológicas, foram aplicados 3 TENS, assistidas a 4 sessões de hipnoterapia, participadas em 2 sessões de psicodrama e musicoterapia e em 2 sessões de mesoterapia; e presenciadas 10 sessões de diatermia, das quais 2 realizadas.

Em todos os momentos referidos, foi possível proceder à avaliação da dor tendo em conta as suas características (DGS, 2001): intensidade, localização através de diagramas corporais preenchidos pelo utente sempre que possível, qualidade, características temporais, factores exacerbantes e atenuantes da dor. Foram também avaliadas as implicações da dor na capacidade funcional. Foi aplicado o índice de actividades instrumentais de vida diárias (Anexo V) a 7 idosos, colocados posteriormente no processo de cada utente, como forma de complementar a avaliação e promover a discussão em equipa de enfermagem sobre as vantagens da aplicação desta escala para complementar a avaliação da dor no idoso. Foram aplicados também diferentes instrumentos de avaliação da dor: unidimensionais utilizando as escalas de avaliação numérica universal a 31 vezes e verbal simples ou qualitativa 22 vezes, sendo sempre complementada com a história de dor do utente. Como instrumentos multidimensionais foi aplicado o Breve Inventário da Dor (BPI) a 3 idosos, com o comum acordo dos restantes Enfermeiros, tendo em conta que não é habitualmente utilizado nas UMD. Através da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação da dor, apreendidas diferentes formas de abordagem ao idoso na avaliação da dor, tendo em conta as características específicas de cada um. Foi também promovida a discussão em equipa de Enfermagem quais os instrumentos recomendados em idosos segundo as recentes directrizes, uma vez que frequentemente era utilizada uma escala não recomendada para idosos – a visual analógica, por terem o

consenso de ser uma escala adequada. Por outro lado, o facto de nunca serem utilizadas escalas multidimensionais, também foi outro ponto de reflexão promovido em equipa. Estas discussões promoveram a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, necessidades espirituais e psicológicas do indivíduo, geradores de **um ambiente terapêutico e seguro para os utentes. Desenvolveu-se assim nessa área competências de especialista na melhoria da qualidade** (OE, 2010).

No que respeita ao registo da dor, todas as avaliações, reavaliações e procedimentos acima descritos foram registados em processo clínico. Ainda neste âmbito, era notório nas consultas de seguimento que os utentes tinham alguma dificuldade a relatar fidedignamente a dor vivida no longo espaço intermédio entre as consultas, assim como as medidas farmacológicas e não farmacológicas administradas no domicílio. Nesse sentido, **desenvolvendo competências na melhoria da qualidade** (OE, 2010), foi elaborado para a UMD do HSM, um diário de dor do utente que facilitasse o processo de controlo da dor em casa (Apêndice VII). O diário de dor, é uma forma eficaz e essencial para reavaliar a dor e monitorizar a evolução da pessoa idosa fora das consultas, onde o próprio no dia-a-dia, regista os momentos em que teve dor descrevendo as características da dor, terapêutica administrada, implicação nas actividades de vida diárias e instrumentais, capacidade funcional e humor (AGS, 2002).

Ao longo do ensino clínico, procurou-se assumir e desenvolver o papel de Enfermeira enquanto inserida na equipa multidisciplinar. Procurou-se isso não só nos momentos já referidos, como também na participação das **reuniões multidisciplinares** das UMD. Foram participadas em 3 reuniões multidisciplinares, as únicas ocorridas durante o ensino clínico, em que o principal objectivo era discutir casos clínicos de utentes, optimizado o plano terapêutico. Neste sentido, procurou-se sempre defender os interesses do utente questionando o porquê de os utentes nunca participarem nas reuniões. Isto porque, muitas vezes a tomada de decisões em equipa multidisciplinar sobre o plano terapêutico era feita sem o doente e não em parceria com este. Com isto procurou-se sensibilizar a equipa para **a tomada de decisão ética e deontológica e defesa dos direitos humanos à informação e de autodeterminação, assumindo a responsabilidade profissional, ética e legal, que se espera de um Enfermeiro especialista** (OE, 2010, p.4).

A realização do estágio na UMD do HSM, surtiu repercussões fora do local de estágio, uma vez que a Enfermeira chefe de um serviço de Medicina do Hospital Pulido Valente (HPV), tendo identificado uma necessidade de formação dos Enfermeiros no seu serviço, solicitou à UMD do HSM uma formação sobre “Avaliação da dor no idoso”. Nesse

sentido, foi planeada e realizada uma acção de formação nesse serviço, por mim em conjunto com outra Enfermeira a estagiar na UMD e um Enfermeiro da UMD (Apêndice VIII). Aqui desenvolveu-se a **competência de especialista na área da responsabilidade profissional, promovendo a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, actuando como formadora** (OE, 2010).

Da prestação de cuidados, no estágio do serviço de Nefrologia do HSC, surgiu a necessidade de realizar um estudo de caso sobre um idoso com dor persistente (Apêndice IX), o que permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos, aplicá-los na prestação de cuidados e realizar novas aprendizagens para a tomada de decisão, através da análise e descrição de uma determinada situação real (NAUMES e NAUMES, 1999)

3.2. Descrever os recursos existentes no CHLO direccionados à prestação de cuidados a utentes com dor.

Com este objectivo pretendeu-se identificar os recursos peritos na dor disponíveis no CHLO, que os Enfermeiros do serviço de Nefrologia podem utilizar no apoio ao utente com dor ou para onde o podem referenciar. Os recursos identificados abrangem todas as faixas etárias, pelo que não foi identificado nenhum exclusivo para idosos. É de salientar que um **Enfermeiro especialista na sua competência de gestão de cuidados, deve utilizar e otimizar os recursos para a melhoria da qualidade dos cuidados** (OE, 2010).

No CHLO existem 3 consultas da dor diferentes cada uma a funcionar de forma independente em cada um dos hospitais que compõem o CHLO: HSC, Hospital Egas Moniz (HEM) e Hospital São Francisco Xavier (HSFX). Os utentes encontram-se distribuídos pelas consultas de acordo com a sua área geográfica de residência e pelas especialidade médica em que são seguidos em cada. As do HEM e HSFX, são compostas por Médico e Enfermeiro e a do HSC é composta apenas por uma Médica. Nesse sentido, o recurso disponível para o serviço de Nefrologia é a consulta da dor do HSC. No sentido de identificar como é feito o acompanhamento dos utentes, foi realizada uma entrevista formal à Médica da consulta da dor do HSC (Apêndice X). Essa consulta tem lugar uma vez por semana, onde se faz a avaliação de todos os aspectos relacionados com a dor e adequado o plano terapêutico. A intensidade da dor é avaliada pela escala numérica universal. O utentes ficam com um contacto telefónico disponível todos os dias, para onde

podem contactar a Médica sempre que necessitem. Para além da consulta é também realizado o acompanhamento aos utentes com dor persistente internados nos serviços, desde que solicitado pelo Médico ou Enfermeiro. Foi verbalizado pela Médica, a necessidade sentida premente de passar a existir um Enfermeiro na consulta, de forma a dar apoio à consulta e internamento e ficar responsável pela consulta telefónica, uma vez que actualmente as necessidades são maiores que os recursos humanos disponíveis. Nesse sentido, solicitou a minha colaboração, para uma vez concluído o projecto de estágio, em conjunto se redigisse um relatório à direcção de Enfermagem a sensibilizar essa importância. Actividade que será realizada após o final do Mestrado. Quando questionada sobre as necessidades sentidas na articulação com a equipa de enfermagem do serviço de Nefrologia, referiu que denota registos de dor na maioria das vezes incompletos, dificultando a continuidade dos cuidados, e que o encaminhamento dos utentes é realizado por vezes tardiamente. No sentido de contribuir para a **melhoria a qualidade dos cuidados, desenvolvendo competências de Enfermeiro especialista** (OE, 2010), foi sugerida a aplicação do diário de dor elaborado anteriormente, o que foi de agrado e aceite pela Médica (Apêndice VII).

3.3. Descrever as práticas de Enfermagem de avaliação da dor persistente do idoso, existentes no serviço de Nefrologia do HSC.

Para enquadrar as práticas de avaliação da dor do serviço de Nefrologia pretendia-se identificar os indicadores de qualidade dos cuidados direccionados para a dor definidos para o serviço/hospital, no entanto denotou-se a sua inexistência.

Com o objectivo de descrever as práticas de avaliação da dor persistente do idoso, existentes no serviço de Nefrologia, foram desenvolvidas 3 estratégias que contribuíram para realizar um diagnóstico de situação sobre o problema central deste projecto de aprendizagem: aplicação de um questionário aos Enfermeiros; análise dos registos de enfermagem; e observação das passagens de turno. Com estas estratégias foi possível identificar conhecimentos e práticas dos Enfermeiros respeitantes à avaliação e registo da dor, apesar de devido ao período de tempo analisado, os dados estatísticos não possam constituir nenhum dado para investigação. Antes de implementar estas estratégias, foi necessário discutir o problema e projecto com a equipa nas passagens de turno, de forma a solicitar a sua participação e promover a sua adesão.

3.3.1. Questionário

De forma a identificar conhecimentos, opiniões e práticas de enfermagem sobre avaliação e registo da dor, gerais e sobre a pessoa idosa, foram aplicadas aos Enfermeiros algumas questões, sustentadas nas directrizes nacionais e internacionais sobre a temática. Pretendeu-se a obtenção de respostas escritas relativas à percepção, expectativas, crenças, atitudes, sentimentos, conhecimentos e opiniões (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2008; FORTIN, 2009) sobre a temática.

- **Elaboração do Questionário**

Com o intuito de direccionar o projecto de aprendizagem para as necessidades reais da equipa de Enfermagem, identificar a forma como os Enfermeiros referem proceder à avaliação e registo da dor e identificar conhecimentos sobre avaliação e registo da dor e dor na pessoa idosa, foram elaboradas 19 questões fechadas, baseadas na revisão da literatura efectuada sobre a temática (Apêndice XI). A escolha de questões do tipo fechado baseia-se no facto de serem simples de utilizar, aumentarem a fidelidade dos dados e possibilitarem um fácil tratamento estatístico (FORTIN, 2009). Procurou-se ordenar as questões com sequência lógica e de forma a não influenciarem a resposta do inquirido.

De forma a testar o conteúdo e a forma do questionário, este foi previamente aplicado, entre 1 e 7 de Novembro, a 20 Enfermeiros que prestam cuidados a idosos em internamento hospitalar em contextos diferentes, fora do contexto laboral, não necessitando por isso de envolver as instituições. Foi explicado o intuito desta actividade, de modo a que respondessem ao questionário com sentido crítico. O tempo médio de duração de preenchimento foi de 10 minutos. Das respostas críticas emergiram algumas alterações que foram colocadas no questionário (Apêndice XI), tendo resultado um questionário de 20 questões fechadas.

- **Aplicação do questionário**

Concluído o questionário, foi proposto à Equipa de Enfermagem do serviço de Nefrologia que respondesse. Para contribuir para a adesão ao seu preenchimento e forma a não influenciar as respostas dadas às questões e contribuir para a expressão livre e descomprometida de das opiniões sobre o tema, optou-se pela entrega do documento em suporte de papel para os próprios Enfermeiros efectuarem o seu preenchimento onde e quando desejassem e foi previamente explicado o seu conteúdo e garantido a todos o anonimato do inquirido (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2008; FORTIN, 2009). Foi garantida

também a divulgação posterior dos resultados à equipa de Enfermagem. A aplicação das 20 questões fechadas decorreu de 1 a 17 de Dezembro, tendo do total de 34 Enfermeiros, um optado por não responder.

- **Resultados do questionário**

Da aplicação do questionário aos Enfermeiros do serviço de Nefrologia emergiram em primeiro lugar 2 dados que caracterizam a população alvo do questionário: género e experiência profissional. O género prevalente foi o feminino (82,1%), sendo apenas 17,9% eram do masculino (Gráfico 1 do Apêndice XII.). No que respeita à experiência profissional a maioria dos Enfermeiros indicou ter uma experiência profissional curta pois 67,9% tem menos de 5 anos de serviço, inclusive. 10, 7% tinham de 6 a 10 anos de experiência e 21,4% tinha mais de 11 anos de serviço (Gráfico 2 do Apêndice XII).

Relativamente à temática dor, todos os Enfermeiros referiram ter conhecimento que a dor é equiparada pela DGS ao 5º sinal vital. No que respeita à importância que atribuem à sua avaliação obtiveram-se respostas muito homogêneas. A maioria, tal como preconizado pela DGS (2008) indicou considerar importante avaliar a dor a todos os utentes a quem presta cuidados (96,4%) (Gráfico 3 do Apêndice XII).

No que respeita à prática profissional diária, foram colocadas algumas questões no sentido de identificar a forma como os Enfermeiros avaliam e registam a dor. A maioria dos Enfermeiros (96,7%) referiu avaliar a dor diariamente aos utentes a quem presta cuidados. Quanto à frequência mínima com que avaliam a dor, 3,6% refere avaliar a dor apenas quando o utente refere dor; 3,6 refere avaliar 1 vez por dia e 92,8% refere avaliar 1xturno (Gráfico 4 do Apêndice XII). O que vai contra as directrizes da DGS, que indicam o dever de avaliar a dor de forma sistemática a todos os utentes, pois alguns podem não querer ou não poder verbalizar a sua dor (DGS, 2003, 2010)

Quando questionados sobre em que se baseiam para fazer essa avaliação, 33,3% refere ter por base apenas a percepção que o Enfermeiro tem da dor do utente; 11,1% o auto-relato do utente; 11,1% o auto-relato do utente em primeiro lugar, mas no caso de não concordar com a avaliação realizada, têm em conta também a percepção do Enfermeiro; e 44,5% o auto-relato do utente em primeiro lugar, mas no caso de não concordar com a avaliação realizada pelo utente, consideram apenas a percepção do Enfermeiro. Uma pessoa não respondeu à questão. (Gráfico 5 do Apêndice XII). Novamente a prática de avaliação não é consistente com as directrizes da DGS, que

indicam como boa prática basear a avaliação da dor no auto-relato do utente, sempre que possível (DGS, 2003, 2010).

No que concerne a instrumentos de avaliação da dor, todos os Enfermeiros referiram conhecer um instrumento de avaliação de dor. Quando questionados sobre a existência de um instrumento de avaliação da dor implementado no serviço, 32,1% referiu reconhecer a sua existência e 67,9% referiu ter conhecimento (Gráfico 6 do Apêndice XII). No entanto, quando questionados sobre qual o instrumento existente no serviço, apesar de 68,4% referir utilizá-lo, destes 10,5% indicou ser a Escala Verbal Simples ou Qualitativa, 47,4% a escala numérica universal e 42,1% referiu não saber qual é (Gráfico 7 do Apêndice XII).

Quando questionados sobre se costumam reavaliar a intensidade da dor após administração de analgesia, a fim de saber a sua eficácia, todos respondem que sim, no entanto 78,6% refere que o faz sem utilizar um instrumento de avaliação da dor (Gráfico 9 do Apêndice XII). A DGS sublinha importância da utilização de instrumentos de avaliação da dor, para a avaliação ser fidedigna (DGS, 2003, 2010).

No que concerne ao registo da dor, todos os Enfermeiros (100%) referem ser importante efectuar um registo da dor no processo clínico dos utentes, no entanto, 17,9% refere só efectuar o registo quando os utentes referem dor. Quando questionados sobre em que se baseiam para fazer esse registo, à semelhança do que acontece com a avaliação da dor, 33,3% refere registar apenas a percepção que o Enfermeiro tem da dor do utente; 11,1% sempre o auto-relato do utente; 11,1% o auto-relato do utente em 1º lugar, mas no caso de não concordar com a avaliação realizada, registam também a percepção do Enfermeiro; 44,5% têm em conta o auto-relato do utente em primeiro lugar, mas no caso de não concordar com a avaliação realizada pelo utente, registam apenas a percepção do Enfermeiro. É de referir que uma pessoa não respondeu à questão (Gráfico 9 do Apêndice XII). Novamente a forma de registo não é coincidente com as directrizes.

No que respeita às dificuldades sobre a temática, 53,6% dos Enfermeiros indica ter dificuldade na avaliação e registo da dor e 67,9% refere ter necessidade de formação na avaliação e registo da dor na pessoa idosa.

No sentido de identificar algumas crenças e mitos sobre a temática foram colocadas alguma questões, tendo-se obtido a existência de mitos e preconceitos face à avaliação da dor e à dor no idoso (Gráficos 10 e 11 do Apêndice XII).

3.3.2. Análise dos Registos de Enfermagem

Os registos de enfermagem consistem num conjunto de informações escritas

descritivas dos cuidados de enfermagem prestados e de factos essenciais relativos a cada utente. Devem ser redigidos de forma sistemática, organizada e por ordem cronológica de forma a dar visibilidade ao estado actual e evolução do utente. Facilitam o planeamento e individualização dos cuidados prestados ao utente, assim como a comunicação e trabalho em equipa e a continuidade dos cuidados de enfermagem, por ser uma fonte de informação acessível a toda a equipa multidisciplinar (TORRES e REIS, 2002). Também permitem analisar a eficácia das intervenções/cuidados prestados (XAVIER, 1997).

Dada a subjectividade da dor de cada utente, o seu registo não deve aumentar essa subjectividade, sendo que a forma e linguagem utilizada na execução dos registos de dor por parte dos profissionais de enfermagem deve ser uniforme. Nesse sentido, procedeu-se à análise dos registos de enfermagem de forma a identificar a forma como os Enfermeiros realizam o registo da dor, analisando a presença ou ausência dos aspectos fundamentais na caracterização da dor. A análise de registos é uma forma de reunir informação de determinadas fontes sem necessitar da cooperação dos indivíduos, de forma fidedigna, válida e ética (SELLTIZ, 1987). A observação possibilita descrever fielmente e de forma sistemática acontecimentos que dizem respeito ao problema em estudo (FORTIN, 2009).

Para minimizar o carácter subjectivo da observação e o risco de enviesamentos na recolha dos dados foi elaborada uma grelha de observação dos registos de Enfermagem, definindo os factores a observar com base nos aspectos que são considerados necessários englobar num registo de dor segundo a DGS (DGS, 2001; FORTIN, 2009; QUIVY e CAMPENHOUDT, 2008). (Apêndice XIII).

É de salientar que os registos de enfermagem no serviço de Nefrologia são baseados na linguagem CIPE e que se encontram maioritariamente informatizados, à excepção das 6 vagas cedidas à Arritmologia e Cirurgia Cardiorácica que são escritos em folha de papel. O registo de administração de terapêutica é também informatizado.

Foram analisados todos os registos de enfermagem, em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o registo de terapêutica administrada, correspondentes a todos os turnos da manhã, tarde e noite das duas semanas anteriores à aplicação do questionário (de 16 a 30 de Novembro), com o intuito dos resultados não serem influenciados pela aplicação do questionário. Para minimizar possíveis lacunas da grelha de observação, esta aplicada aos registos de enfermagem correspondentes aos 3 dias da semana anterior, tendo sido realizadas algumas alterações (Apêndice XIII) O facto de os registos estarem informatizados, possibilitou o recuar no tempo informaticamente e ter acesso a essa informação. Da recolha e análise dos

registos, por uma questão ética não constaram os dados de identificação do utente e Enfermeiros.

- **Resultados obtidos**

Dos 118 utentes internados no serviço nesse período, foram analisados todos os processos de enfermagem, resultando na análise de 1428 registos de enfermagem. Entenda-se por registo de enfermagem as notas de evolução do utente num turno.

Dos 1428 registos de enfermagem (dos quais 43,4% correspondentes a idosos), 18,9% indicaram a presença de dor (8,5% correspondentes a registos de idosos), 74,7% a ausência de dor (32,0% correspondentes a registos de idosos) e 6,4% não faziam qualquer referência à avaliação deste sinal vital (2,9% correspondentes a registos de idosos) (Gráficos 12 e 13 do Apêndice XII).

Para identificar que dados os Enfermeiros incluíam no registo da dor avaliada, foram analisados os 270 registos indicativos de dor (ou seja os 18,9% acima referidos). Destes, 93,4% incluíam a intensidade da dor (43,0% registos de idosos); 45,9% a localização (21,1% registos de idosos); 2,6% os descritores utilizados pelo utente (1,1% registos de idosos); 14,1% os factores de agravamento (6,7% registos de idosos) e 1,4% os factores de alívio (0,7% registos de idosos). 8,5% descreveu a dor de outra forma, como sendo músculo-esquelética, visceral, artrítica, vascular, isquémica ou por ferida (2,2% registos de idosos) (Gráficos 14 e 15 do Apêndice XII). A intensidade da dor em todos os registos foi indicada pela escala qualitativa.

Na presença de dor é essencial que o Enfermeiro direcione intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, com o objectivo de eliminar ou reduzir essa dor. Após a intervenção, é importante reavaliar a dor a fim de detectar se as medidas foram eficazes ou se é necessário voltar a intervir. Da totalidade de registos indicativos de dor, apenas 30,0% evidenciam ter sido aplicado alguma medida de controlo da dor (11,1% registos de idosos), dos quais apenas 18,5% indicam a reavaliação da dor após essa intervenção (13,6% registos de idosos) (Gráficos 16 e 17 do Apêndice XII). Desses, nenhum refere a intensidade, indicando apenas “surtiu efeito”, “surtiu algum efeito”, “com efeito”, “ficando sem queixas”, “ficando sem dor”, “não surtiu efeito” ou “surtiu pouco efeito”.

Ao contrário do preconizado pela DGS e outras entidades internacionais, é notório da análise dos registos de enfermagem que estes não são uniformes, sistematizados e baseados na evidência científica dado que grande parte não contempla toda a informação que estas entidades recomendam. Neste sentido, foi identificada mais uma área onde

seria necessário intervir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

3.3.3. Passagens de turno

A passagem de turno consiste num momento em que o Enfermeiro que termina o turno comunica ao Enfermeiro que inicia um turno o estado actual do utente e os cuidados prestados que considera pertinentes para a continuidade e planeamento dos cuidados de enfermagem. Com o objectivo de identificar os dados sobre a dor que a equipa de Enfermagem transmite nas passagens de turno, garantindo a continuidade de cuidados, recorreu-se à observação, uma vez que possibilita descrever, fielmente e de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos (FORTIN, 2009) no momento em que se desenrolam e sem serem suscitados pelo observador (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2008). Foram observadas 12 passagens de turno (envolvendo turnos da manhã, tarde, noite escolhidos aleatoriamente) durante a última semana de Novembro - de 22 a 28 de Novembro, para as quais foi utilizada uma grelha de observação cada (Apêndice XIV).

Da observação foram descritas pelos Enfermeiros 66 ocorrências de dor, dos quais 33 eram relativas a idosos emergindo os seguintes dados (Figura 18 e 19): 100% indicou a localização da dor; - 12,1% referiu a intensidade, embora sem recurso a escala de avaliação utilizando as analogias, “dor forte”, “muitas queixas” (9,1% referentes a idosos); e 6,1% referiu os factores de agravamento (todos referentes a idosos); 72,7% referiu a aplicação de medidas de controlo da dor (30,3% situações de idosos), tendo desses apenas 58,4% referido a reavaliação da dor após a aplicação dessas medidas, no entanto sem recorrer a escala de avaliação (20,8% referentes a idosos); Ninguém referiu factores de alívio e qualidade da dor.

Tal como se notou nos registos de enfermagem, na análise das passagens de turno de enfermagem, apesar de a amostra se pouco significativa, denota-se a ausência ou escassez de informação sobre dor, ao contrário do preconizado pela DGS (2003), identificando-se mais uma área com necessidade de melhoria dos cuidados.

- **Repercursões institucionais**

Da análise dos dados, foi detectado que o sistema informático permite e sugere o uso de duas escalas de avaliação da dor em simultâneo para o um mesmo doente – escala numérica universal com numeração de 0 a 15 e escala qualitativa. Todas as directrizes encontradas sobre avaliação de dor remetem para a importância de adequar a

escolha da escala a utilizar de acordo com as características de cada idoso, no entanto, é necessário que uma vez escolhida a escala, esta seja utilizada nas avaliações subsequentes, salvo se ocorrem alterações importantes no idoso, possibilitando efectuar uma avaliação da evolução da situação do utente (AGS, 2002; DGS, 2010). Esta lacuna não era exclusiva do serviço de Nefrologia, uma vez que analisado o sistema dos outros serviços isso era também visível. Neste sentido, estando a Enfermeira Chefe e 2º elemento alertados para o problema, ocorreu uma reunião formal com a Enfermeira supervisora para discutir e entender a situação. Dado a Enfermeira supervisora não saber explicar o sucedido, comprometeu-se a esclarecer dentro do CHLO de onde surgiu a lacuna a fim de a colmatar. Por ser um processo moroso, improvável de ser resolvido em pouco tempo, ficou decidido que a escala a utilizar seria a qualitativa, uma vez que a numérica de com classificação de 0 a 15 não era a recomendada pela DGS. A escala qualitativa é recomendada para adultos e idosos, adequando-se ao alvo de cuidados, pelo que foi aceite pelo serviço de Nefrologia.

Esta situação permitiu sensibilizar superiores hierárquicos para a temática. Também com esse objectivo, foi redigida uma carta formal à direcção de enfermagem a comunicar a realização do projecto explicando os seus objectivos, com o intuito de pedir autorização para aplicar o questionário supracitado a todos os serviço do hospital, de forma a fazer um diagnóstico da situação e poder sensibilizar a direcção com dados concretos a importância de implementar medidas. O pedido ainda se encontra de momento em discussão., sendo um projecto a continuar após o estágio, caso a autorização seja concedida.

3.4. Realçar junto da equipa de Enfermagem, do serviço de Nefrologia do HSC, a necessidade de uma avaliação sistematizada da dor persistente da pessoa idosa

Através dos dados colhidos no serviço de Nefrologia, é notório que os Enfermeiros não baseiam a sua prática de avaliação e registo da dor nas directrizes emitidas pela DGS e OE. Nesse sentido, seria necessário promover uma mudança de comportamento de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem. No entanto, para se dar lugar à mudança de comportamento, em primeiro lugar é necessário que o indivíduo tome consciência do problema e sinta a necessidade intrínseca de mudar o seu comportamento (RUSSEL, 1996) Para sensibilizar a equipa de enfermagem para o problema e promover a necessidade de mudança, promoveu-se a discussão e formação entre pares.

Em primeiro lugar, a aplicação das questões aos Enfermeiros, para além de permitir realizar um diagnóstico das práticas de avaliação e registo da dor, promoveu a discussão/reflexão entre os Enfermeiros sobre a forma como realizavam a avaliação e registo da dor, o que levou à reflexão informal em grupo e individualmente.

Em segundo lugar, nas passagens de turno foram estimulados breves momentos de discussão sobre alguns utentes com dor persistente, constituindo num momento de formação entre pares, alertando-se para a importância da avaliação e registo da dor para adequar o plano terapêutico ao utente e para a continuidade de cuidados na equipa multidisciplinar. Esta discussão permitiu também alertar para alguns cuidados de conforto a prestar aos utentes com dor tendo em conta as características da patologia.

Em terceiro lugar foi planeada uma sessão de formação em serviço de “Avaliação e registo da dor na pessoa idosa” (Apêndice V), uma vez que a formação em contexto de trabalho é uma forma consistente e eficaz de implementar a mudança na prática de enfermagem (THOMPSON ELEARMONTH, 2004), sendo uma competência esperada num Enfermeiro especialista (OE, 2010). Utilizou-se as passagens de turno para divulgação da formação, informando das datas de realização e temáticas a abordar, assim como foi sensibilizada para a importância da formação para a implementação de práticas adequadas. Foi também afixado no serviço o plano da formação, com espaço para os Enfermeiros se inscreverem. A sessão de formação foi repetida em dois momentos diferentes de forma a toda a Equipa ter a possibilidade de a frequentar. Na sessão de formação, onde compareceram 25 Enfermeiros (de um total de 35 Enfermeiros), procurou-se sensibilizar para a importância da avaliação e registo da dor para todos os utentes; explicar as particularidades da pessoa idosa e dificuldades de avaliação da sua dor; explicar as práticas recomendadas pelas directrizes internacionais direccionadas ao idoso; esclarecer a forma correcta de utilização dos diferentes instrumentos de avaliação da dor recomendados pela DGS, nomeadamente a escala qualitativa; explicar as práticas de registo da dor recomendadas; e apresentar os dados obtidos com o questionário e análise dos registos de enfermagem e passagens de turno. A sessão de formação foi produtiva em termos de discussão, uma vez que foram discutidos em equipa algumas questões colocadas e diferentes pontos de vista. A estratégia de divulgação dos resultados à equipa, promotora da mudança de comportamentos segundo Pearson e Craig (2004), foi importante para a equipa, pois referiram ficar surpreendidos com a fraca qualidade da sua avaliação da dor e dos registos efectuados, assim com da abordagem ao idoso com dor adoptada até ao momento, o que favoreceu a reflexão e ponto de partida para a alteração

de comportamentos. Com o objectivo de dinamizar a formação, foi previamente executada uma reunião formal com uma delegada de propaganda médica, que estando ligada à fundação Grunenthal que tem em curso o programa Chainge Pain, forneceu canetas e kits de avaliação e registo da dor compostos por instrumentos de avaliação da dor; diagramas corporais para o registo da dor, directrizes da DGS sobre dor, que foram distribuídos a todos os Enfermeiros na formação.

No final da formação foi apresentado um poster informativo sobre dor na pessoa idosa (Apêndice XX), que foi mais tarde, com autorização da Enfermeira Chefe, afixado no hall do serviço, local com visibilidade, com o intuito de sensibilizar não só a equipa de Enfermagem para a importância da temática como também toda a equipa multidisciplinar.

Com as estratégias implementadas é notória procurou-se em implementar práticas de enfermagem sustentadas na evidência científica, envolvendo a equipa na mudança, desenvolvendo-se competências de especialista na área de melhoria da qualidade e gestão de cuidados, tal como se espera de um Enfermeiro especialista uma vez que este é aquele que: “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”; “Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”; “Planeia programas de melhoria contínua; “identifica oportunidades de melhoria, estabelece prioridades, selecciona estratégias” “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (OE, 2010, p.6)

Foi proposta à Enfermeira chefe a formação de um grupo de trabalho da dor interno do serviço, que não só auxiliasse a monitorização de todo este processo, como também desse continuidade ao projecto no serviço após o *términos* do estágio, trabalhando a problemática dor em serviço nas diferentes vertentes – avaliação e controlo - e faixas etárias. Neste sentido, foi formado o grupo de trabalho, composto por mim, por uma Enfermeira chefe de equipa a frequentar a especialidade Médico Cirúrgica e por uma Enfermeira a frequentar o mestrado em ciências da dor, numa reunião formal com a responsável do serviço e todos os intervenientes do grupo, onde foram acordados os objectivos e estratégias para 2011 (Apêndice XVI). Desta forma foi possível dinamizar a equipa de Enfermagem, envolvendo pares na temática. Este grupo foi apresentado à equipa de enfermagem pela Enfermeira Chefe na reunião anual de serviço, realizada antes da formação em serviço, servindo de forma de sensibilização da equipa para a temática e de envolver a equipa no processo de **melhoria da qualidade**.

3.5. Instituir na prestação de cuidados de Enfermagem no serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, a avaliação da dor persistente do idoso de forma sistematizada e baseada na evidência científica,

- **Implementação de práticas de avaliação e registo da dor sistematizadas e baseadas na evidência científica**

Uma vez realizada a sensibilização da equipa de Enfermagem, no final da sessão de formação acima referida foram apresentadas as medidas a implementar no serviço para promover uma avaliação e registo da dor sistematizada e baseadas na evidência científica. As estratégias implementadas, tal como a informação transmitida à equipa na sessão, foi baseada em directrizes nacionais e internacionais já que estas garantem uma prática segura; melhoram a consistência dos cuidados; aumentam a probabilidade de os utentes receberem o tratamento adequado; produzem paridade de conhecimento entre os profissionais; trazem a opinião de um perito à prática clínica, salvaguardando sempre no entanto a individualização dos cuidados (PEARSON e CRAIG, 2004).

Preconizou-se então com a equipa avaliar as características da dor sugeridas pelas DGS (2001) não só aos utentes idosos, como a todos os utentes, já que não se pretende que o projecto de aprendizagem fosse meramente académico e se procurou tirar o melhor partido para todos os utentes no serviço. Ficou preconizado avaliar a dor no mínimo uma vez por turno, independentemente de o utente não sugerir dor; registar essas características da dor a horas fixas à semelhança dos restantes sinais vitais e não sem horário como até então; reavaliar e registar a intensidade da dor a todos os utentes após a aplicação de medidas de controlo da dor; utilização apenas da escala qualitativa, caso adequada ao utentes, seleccionando em registos a atitude terapêutica da CIPE *vigiar a dor* e não o foco de dor da CIPE onde se encontra ainda disponível a escala numérica até a Enfermeira supervisora resolver o problema. Foram esclarecidas as dúvidas colocadas.

Após a formação, de forma a facilitar o processo de mudança, foi informada a equipa da colocação na sala de Enfermagem de um dossier intitulado de “manual da dor” que constituiu uma fonte de acesso rápido a informação pertinente sobre a temática. Este era constituído por um exemplar da escala qualitativa e descrição da utilização (Apêndice XVII), um diagrama com as características necessárias de avaliar na dor e seu léxico (Apêndice XVIII), as normas da DGS sobre avaliação e registo da dor no idoso, alguns artigos sobre a temática e um espaço reservado para a escrita de dúvidas e sugestões da equipa sobre o projecto. Foi também colocado uma escala qualitativa em tamanho A5, a

preto e branco como recomendado para idosos pela AGS (2002), em cada cardex de terapêutica, de forma a poderem utilizá-la em idosos com défices visuais e estarem sempre visíveis para os Enfermeiros lembrando-os de avaliar a dor. Foi também afixado na sala de Enfermagem o já referido diagrama com as características a avaliar na dor e seu léxico, junto aos computadores, de forma a servir de auxiliar de memória aos Enfermeiros, sobre os aspectos essenciais a registar sobre a dor. Todos esses elementos tinham como objectivo constituírem auxiliares de memória para a equipa, uma vez que os auxiliares de memória manuais ou electrónicos são considerados estratégias eficazes para a implementação de prática baseada na evidência (THOMPSON e LEARMONTH, 2004).

De forma a contribuir para a uniformização dos registos de enfermagem, foi reunido com o responsável da CIPE no serviço para solicitar que essas características se encontrassem como itens sugeridos (auxiliares de memória) pelo computador na intervenção *vigiar a dor*, de forma a facilitar o registo dos Enfermeiros e uniformizar a linguagem. Foi alterado o horário das intervenções relacionadas com dor no registo CIPE, passando o *vigiar a dor* como sinal vital a ser calendarizado a horas fixas como os restantes sinais vitais e não em horário livre como até então.

A criação do grupo de trabalho da dor consistiu uma mais valia no processo de monitorização após a formação, pois serviu de ponto de suporte da equipa uma vez que passou a ter 3 Enfermeiras de referência para esclarecimento de dúvidas sobre a temática, que foram esclarecendo as dúvidas colocadas

• **Resultados das medidas implementadas**

Para identificar o impacto a curto prazo das medidas implementadas para a melhoria da qualidade dos cuidados e registos de enfermagem, foi novamente realizada uma análise dos registos de enfermagem e passagens de turno através das grelhas de observação anteriormente utilizadas. Os resultados obtidos foram afixados em sala de enfermagem de forma a equipa ter a percepção dos mesmos, das mudanças ocorridas na sua prática profissional e do que seria ainda importante melhorar.

Com a nova análise dos registos de enfermagem, pretendia-se indentificar que dados sobre a dor a equipa de Enfermagem incluía quando procedia ao registo da dor, após realizada a intervenção deste projecto no serviço. Assim, foram analisados os registos correspondentes a duas semanas após o final do estágio (de 19 de Fevereiro a 4 de Março), utilizando a mesma grelha de avaliação utilizada anteriormente na fase de

diagnóstico de situação. Dos 92 utentes internados no serviço nesse período (dos quais 41 idosos), foram analisados todos os processos de enfermagem, resultando na análise de 1137 registos de enfermagem (dos quais 338 registos relativos a idosos).

Dos 1137 registos de enfermagem, 11,6% indicaram a presença de dor (8,3% relativos a registos de idosos), 88,4% a ausência de dor (21,5% relativos a registos de idosos). Em nenhum processo de enfermagem foi observada a ausência de avaliação da dor em nenhum registo o que pode indicar uma melhoria na qualidade dos registos de dor efectuados (Figuras 20 e 21 do Apêndice XII).

Para identificar que dados os Enfermeiros utilizavam para registar a dor avaliada, foram analisados os 132 registos indicativos de dor. Destes, 100,0% referiam a intensidade da dor; 72,0% a localização (59,8% registos relativos a idosos); 32,6% os descritores utilizados pelo utente (18,9% registos relativos a idosos); 50,8% os factores de agravamento (34,1% registos relativos a idosos) e 30,3% os factores de alívio (16,7% registos relativos a idosos). 10,6% descreveu a dor de outra forma, como sendo músculo-esquelética, visceral, artrítica, vascular, isquémica ou por ferida (7,6% registos relativos a idosos) (Figuras 22 e 23 do Apêndice XII). A intensidade da dor em todos os 132 registos (de todos os doentes internados), foi sempre indicada pela escala qualitativa.

Na presença de dor é essencial que o Enfermeiro direcione intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, com o objectivo de eliminar ou reduzir essa dor para níveis aceitáveis para o utente (DGS, 2003). Após a intervenção, é importante reavaliar a dor a fim de detectar se as medidas foram eficazes ou se é necessário voltar a intervir (DGS, 2003). Nos 132 registos indicativos de dor, 69,7% evidenciam ter sido aplicado alguma medida de controlo da dor (43,2% registos relativos a idosos), dos quais 63,0% indicam a reavaliação da dor após essa intervenção (50% registos relativos a idosos) (Figuras 24 e 25 do Apêndice XII). Desses, 32,8% reavalia a dor com base numa escala de avaliação - a escala qualitativa (27,6% registos relativos a idosos), sendo que 67,2% (51,7% registos relativos a idosos) indica apenas “surtiu efeito”, “surtiu algum efeito”, “com efeito”, “ficando sem queixas”, “ficando sem dor”, “não surtiu efeito” ou “surtiu pouco efeito”, sem utilizar a escala preconizada.

Com a nova análise das passagens de turno de enfermagem, pretendia-se identificar também que conteúdo relativo à dor dos utentes os enfermeiros transmitiam nesse momento, após a intervenção realizada em estágio. Foram observadas 12 passagens de turno (envolvendo turnos da manhã, tarde, noite escolhidos aleatoriamente) durante a

última semana de Novembro - de 19 a 25 de Fevereiro, a mesma grelha de observação da fase de diagnóstico da situação.

Da observação foram descritas pelos Enfermeiros 29 situações de dor, dos quais 20 eram relativas a idosos emergindo os seguintes dados (Figuras 26 e 27 do Apêndice XII): 100% indicou a localização da dor; 41,4% referiu a intensidade, embora sem recurso a escala de avaliação utilizando as analogias, “dor forte”, “muitas queixas” (32,3% registos relativos a idosos); 21,8% referiu os factores de alívio (16,6% registos relativos a idosos); 40,8% referiu os factores de agravamento (35,4% registos relativos a idosos); 83,0 referiu a aplicação de medidas de controlo da dor (79,0% registos relativos a idosos), tendo desses apenas 69,6% referiram reavaliação da dor as aplicação dessas medidas, no entanto sem recorrer a escala de avaliação (40,3% registos relativos a idosos); ninguém referiu a qualidade da dor.

Dado os resultados apresentados acima é possível verificar a ocorrência de uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem no que respeita à avaliação e registo da dor persistente. No entanto, dado o processo de melhoria não ser estanque e sim sem um processo contínuo, ficou acordado com o grupo da dor, fazendo parte dos seu objectivos, avaliar o impacto do projecto a médio e longo prazo, através da realização de auditorias mensais internas aos registos de enfermagem, com o intuito de divulgar à equipa e melhorar a qualidade dos registos e avaliação da dor, identificando onde ainda é necessário intervir. As auditorias e retorno de informação são consideradas estratégias eficazes na implementação da mudança baseada na evidência (THOMPSON e LEARMONTH, 2004) e são esperadas de um **Enfermeiro especialista para a avaliar e promover a melhoria da qualidade dos cuidados** (OE, 2010). Desta forma, procura-se garantir a continuidade do projecto no serviço após o fim do estágio.

Em reunião do grupo da dor foram definidos objectivos do grupo e actividades na área da dor para o serviço de Nefrologia para 2011, de modo a continuar a intervir na temática e a contribuir continuamente para a melhoria dos cuidados prestados.

3.6. Justificar à direcção de Enfermagem do HSC, a necessidade de uma avaliação sistematizada da dor persistente no idoso, baseada na evidência científica, com base na divulgação dos resultados obtidos no projecto de aprendizagem

A aplicação deste projecto de aprendizagem no serviço de Nefrologia do HSC, devido à política institucional, não requereu a autorização formal da Enfermeira directora, apesar de ter tido conhecimento informalmente, mas sim apenas da Enfermeira chefe do serviço, visto ser apenas um projecto interno do serviço. No entanto, espera-se não só que o **Enfermeiro especialista inicie e participe “em projectos institucionais na área da qualidade”, como também comunique os “resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos Enfermeiros e gestores” (OE; 2010, p.6).**

Nesse sentido, numa estratégia acordada com a Enfermeira chefe, será redigido um relatório, aprovado e enviado pela mesma, no sentido de dar a conhecer o problema, as medidas efectuadas para minimização do mesmo e os resultados obtidos a curto prazo, anexando alguns artigos que remontam para a importância do Enfermeiro na avaliação e registo da dor, procurando também com isso sensibilizar superiores hierárquicos para a importância e dimensão do problema diagnosticado. Ficou acordado com a Médica da consulta da dor, anexar a esse relatório uma sensibilização escrita por si sobre a importância do Enfermeiro na área a sua inexistência na consulta, contrariamente ao que ocorre nos outros hospitais do CHLO. Aqui salienta-se a importância do Enfermeiro deve defender a mudança de políticas e distribuição de recursos que sustentem a avaliação e controlo da dor e articular-se com outros profissionais de saúde no sentido de propor mudanças organizacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor (OE, 2008).

Do discurso informal com alguns Enfermeiros dos vários serviços do hospital, emergiu a convicção que as práticas de avaliação e registo da dor também não são sistematizadas e baseadas na evidência científica, pelo que foi emitida uma carta formal à Enfermeira directora a solicitar a aplicação do questionário a todos os serviços, explicando o problema (Apêndice XIX). Foi pedida também autorização para afixar o poster sobre avaliação e registo da dor no idoso em todos os serviços, como meio de sensibilização. No entanto, ambos os pedidos se encontram ainda em discussão, não se tendo obtido resposta até ao final do estágio.

Neste sentido, encontra-se proposta pelo grupo de trabalho da dor do serviço, a realização de uma “manhã de dor” onde será abordada a temática da dor nas várias vertentes, aberta a todos os profissionais, contando já com o apoio da delegada de propaganda médica referida no trabalho e da Médica da consulta da dor. No entanto esta será uma proposta a ser ainda aprovada após o estágio.

CONCLUSÃO

Este relatório de estágio teve por base um projecto de aprendizagem que surgiu de um problema identificado no serviço de Nefrologia do HSC do CHLO: Ausência de uma avaliação sistematizada da dor persistente dos idosos do Serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, por parte da equipa de Enfermagem, baseada na evidência científica.

Ao longo do relatório procurou-se realizar uma fundamentação teórica que sustentasse o problema, descrever o problema identificado apresentando os objectivos da intervenção, as estratégias adoptadas e os resultados obtidos.

As estratégias utilizadas permitiram para o atingir dos objectivos propostos.

Em primeiro lugar, a vertente fundamentação teórica possibilitou o aumentar de conhecimentos baseados da evidência científica mais recente, sustentando o saber. Em segundo lugar, a prestação de cuidados a idosos em unidades especializadas em dor possibilitou o desenvolver competência práticas na avaliação e registo da dor, apoiando idosos e família/pessoas significativas, no entanto possibilitou alargar os horizontes e adquirir saber em outras áreas como o controlo farmacológico e não farmacológico da dor.

Estes dois pilares iniciais, facilitaram a intervenção junto da equipa de enfermagem do serviço de Nefrologia do HSC do CHLO, uma vez que possibilitou o transportar desses conhecimentos e competências adquiridas previamente e adaptá-los à realidade do serviço. Neste local, o motivar e envolver a equipa de Enfermagem em todo o projecto foi o ponto de partida para a eficácia do mesmo. A criação de um grupo de trabalho da dor também favoreceu o processo.

Comparando os valores apresentados no diagnóstico inicial efectuado com os resultados obtidos após a intervenção no problema, é possível verificar que ocorreu uma melhoria na qualidade da avaliação e registo da dor dos idosos do serviço, efectuada pelos Enfermeiros. No entanto, é necessário continuar a intervir para que não haja retrocessos no processo e de forma a continuar a progressão na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, papel onde o grupo da dor prever assumir fulcral importância.

A realização deste projecto de aprendizagem permitiu o adquirir de competências especializadas não só na área da avaliação e registo da dor como também na prestação de cuidados à pessoa idosa.

Favoreceu também a reflexão sobre o actual estado dos serviços de saúde, pois apesar de ser notório e relatado o crescente envelhecimento populacional, nem todos se

encontram preparados para prestar cuidados especializados e individualizados à população idosa.

É necessária uma mudança de comportamento e mentalidade, assim como a formação de profissionais de enfermagem em cuidados especializados para esta etapa do ciclo vital, capazes de elaborar respostas adaptadas a situações complexas garantindo a prestação de cuidados de qualidade com base na evidência científica, ética e deontologia profissional (OE, 2009).

É de extrema importância que se promova a reflexão em equipa, dentro dos serviços de saúde, sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, de forma a não assumir como correctas e eficazes as políticas que nos são transmitidas. Isto porque tendo em conta a rápida evolução da ciência e o constante actualizar da evidência científica, é necessário analisar se as práticas adoptadas são baseadas nas mais recentes directrizes baseadas na evidência científica ou se pela rotina do dia-a-dia vão ficando desactualizadas.

Em suma, a realização deste projecto de aprendizagem constitui uma mais-valia para o meu trajecto individual e profissional, traduzindo-se numa fonte motivacional e num crescente adquirir de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa idosa.

BIBLIOGRAFIA

- **AGS - Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons.** In: **Journal of the American Geriatrics Society.** [em linha]. Vol.57 nº8 (Agosto 2009), p.1331-1346. Acedido a: 2011.01.03. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf;
- **AGS - The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons.** [em linha] In: **Journal of the American Geriatrics Society.** Vol. 50 nº6. (Julho 2002). P.205-224. Acedido a 20/01/2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>;
- **BEAVEN, O. – Pesquisa de literatura.** In: **CRAIG, J.; SMYTH, R. – Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros.** Loures: Lusociência, 2004. p.47-85. ISBN 972-8383-61-4
- **BOND, M. & BREIVIK, H. (2004). Why pain control matters in a world full of killer diseases.** [em linha]. In: **Pain.** Seattle. ISSN 0304-3959.Vol. 12, nº 4 (2004). p. 1-4; Acedido em: 24.05.2010. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>;
- **BONHENKAMP, S. [ET AL] - A. Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies.** In: **Oncology Nursing Forum.** ISSN 0190-535X. Vol. 31, nº5 (Setembro, 2004). P. 1005-1010;
- **BREIVIK, H. et al -Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily live, and treatment.** [em linha]. In: **European Journal of Pain.** ISSN 1090-3081. Vol.10 nº 4 (Maio, 2006) Acedido em: 2010.05.26. Disponível em: <http://www.cnbc.pt/jpmatmos/13.%20Breivik.pdf>;
- **CELICH, K.; GALON, C - Dor crónica em idosos e sua influência nas actividades da vida diária e convivência social.** In: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** ISSN 1809-9823. Vol. 12, nº3 (Setembro-Dezembro, 2009). p.245-359;
- **CRUZ, D.; PIMENTA, C. – Avaliação do doente com dor crónica em consulta de enfermagem: proposta do instrumento segundo diagnósticos de enfermagem.** In: **Revista latino-americana de enfermagem.** ISSN 0104-1169. Vol.7 nº 3 (Julho, 1999). p.49-62;
- **DECRETO-LEI nº. 93-345, art. 1, 15 Março, 1993;**
- **DELLAZORA, M.; PIMENTA, C.; MATSUO, T. - Prevalência e caracterização da dor crónica em idosos não institucionalizados.** [em linha]. In: **Cadernos de Saúde Pública.** Vol 23, nº 5 (Maio, 2007). p. 1151-1160. ISSN 0102-311X. Acedido em:

2010.05.25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>;

- DGS - [em linha]. 2010. Acedido a 2010/01/16. Disponível em: www.dgs.pt;
- DGS – Circular informativa e orientação nº 015/2010. **Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.** [em linha]. (2010.12.14). Acedido a 20/01/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
- DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas.** [em linha]. Lisboa, DGS, 2004. Acedido em 2010.05.06. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
- DGS - Divisão de Prevenção e Controlo da Doença - **Programa nacional de controlo da dor.** [em linha]. Lisboa, DGS, 2008. Acedido em: 2010.05.03. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
- DGS. Divisão das Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas – **A Dor Crónica de Origem Não Maligna.** [em linha]. Lisboa, DGS, 2001. Acedido em: 2010.05.06. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
- DGS. Divisão das Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas – **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.** [em linha]. (2003.06.14). Acedido em: 2011.01.20. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
- DOWD, T – Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In: TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. - **Teorias de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p 481-496. ISBN 972-8383-74-6;
- FORTIN, M. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-089-8075-18-5;
- FREITAS, E. [et al] – **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global.** In: FREITAS, E. [et al] – **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanamara Koogan, 2002. p. 609-617. ISBN 85-277-0749-7;
- IASP - [em linha]. 2010. Acedido em: 2010.06.10. Disponível em: www.iasp-pain.org;
- INE (2002) – **O envelhecimento em Portugal.** [em linha]. Acedido em: 2011.01.05. Disponível em: <http://www.ine.pt>;
- INE(2005) – **Dia Internacional do idoso.** [em linha]. Acedido em: 2011.01.05. Disponível em: <http://www.ine.pt>;
- KOLCABA, K. – **A Theory of Holistic comfort for nursing.** In: **Journal of Advanced Nursing.** ISSN 0309-2402. Vol. 19, nº 6 (Junho, 1994). p. 1178 – 1184;
- KOLCABA, K. – **The Comfort Line.** [em linha]. 2010. Acedido em: 2010.07.03. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com>;

- LE BRETON, D. **Compreender a dor**. Cruz Quebrada: Estrela Polar, 2007. ISBN 97-897-2892-9602;
- MARTINS, M. - **A Consulta Telefónica Como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família Com Dor Crónica**. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde Universidade Aberta, Setembro, 2009;
- MCCAFFERY, M. – **Nursing practice theories related to cognitive, bodily pain and man-environmental interactions**. [em linha]. Los Angeles, 1968. UCLA Students Store. Acedido em: 2010.11.22. Disponível em: <http://www.painmanagementnursing.org>;
- MELO, R.; FREITAS, H. - **Portfólio : uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens : perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão de Enfermagem**. In: **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, nº 2 (Junho, 2206). P. 63-73;
- MUSSI, S. – **Conforto: Revisão da literatura**. [em linha]. In: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. ISSN 0080-6234. Vol. 30, n.2 (Agosto, 1996). p.254-66. Acedido em 2010.05.25 Disponível em: <http://www.ee.usp.br>;
- NAUMES, W.; NAUNES, M.; - **The art and craft of case writing**. Philadelphia: Sage; 1999. ISBN 0765616815;
- OE - **Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bial**. [em linha]. (2010). Acedido em:26.02.2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros>;
- OE – **Código Deontológico do Enfermeiro. Anotações e Comentários**. Lisboa: OE, 2003;
- OE - **DOR – Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: OE, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5;
- OE - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em linha]. Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Acedido em: 2010.06.03. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>;
- OE - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. [em linha]. 1996. Acedido em: 2010-06.03. Disponível em :www.ordemenfermeiros.pt;
- OMS, 2008. [em linha]. Acedido em: 2009/11/17. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ageing/en>;
- OMS, 2010. [em linha]. Acedido a 2010-06.03. Disponível em: <http://www.who.int>;
- Ortiz, J. L. V. (2003). **Telemedicina**. In Montes, J. L. T. *Gestión hospitalaria* (p. 461-468). Madrid: Mcgraw-Hill-Interamericana de Españã.

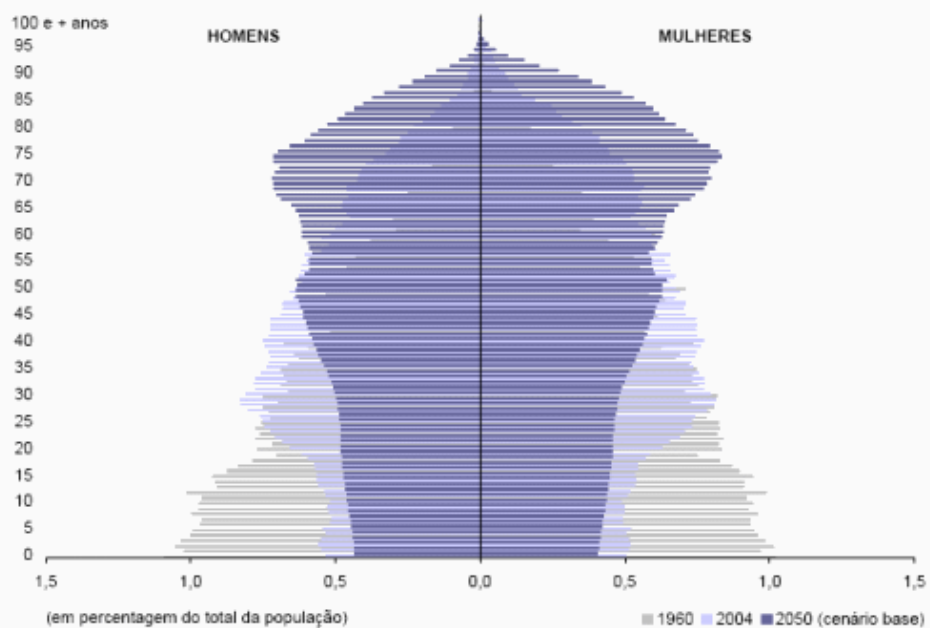
- PAIN PROPOSAL – **A Dor Crónica em Portugal**. [em linha]. 2010. Acedido em: 2010.12.14. Disponível em: www.pfizer.pt/content/imprensa/Portugal_Country%20Snapshot.pdf;
- PEARSON, P.; CRAIG, J. – **Directrizes baseadas na evidência**. In CRAIG, J.; SMYTH, R. – **Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. p.187-210. ISBN 972-8383-61-4
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de investigação em ciências sociais**. 5ª edição. Lisboa: Grádiva, 2008. ISBN 972-662-275-1;
- RUSSELL, N. - **Manual de educação para a saúde**. Lisboa: DGS, 1996. ISBN 972-9425-51-5;
- SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1987.
- SMYTH, R. – **Revisões sistemáticas: o que são e como podem ser utilizadas?** In CRAIG, J.; SMYTH, R. – **Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. p.164-184. ISBN 972-8383-61-4
- THOMPSON, C.; LEARMONTH, M. – **Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência?** In: CRAIG, J.; SMYTH, R. - **Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros**. Camarate:Lusociência,2004. p.211-239. ISBN:972-8383-61-4;
- TORRES, M.; REIS, M. – **Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem**. In: **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN0872-8844 (Março, 2002). P. 57-59;
- TRIBUNA MÉDICA - **Quase um terço da população queixa-se de dor crónica**. [em linha]. Tribuna Médica Press, Junho, 2008. Acedido em: 2010.07.01. Disponível em: <http://www.tribunamedicapress.pt>;
- WAKEFIELD, B., FLANAGAN, J., SPECHT, J. - **Telehealth: an opportunity for gerontological nursing practice**. In: **Journal of Gerontological Nursing**. ISSN 0098-9134. Vol. 27, nº1 (Janeiro, 2001). P.10-14;
- WHO (2002) –**Active ageing: a policy framework**. [em linha]. Geneva, 2002. Acedido a: 2010.07.22. Disponível em : <http://whqlibdoc.who.int>;
- XAVIER, S. – **É urgente aprender a registar**. In: **Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN . Ano VII, N.º 27 (Maio -Julho 1997). P. 28-30.

ANEXOS

ANEXO I – PIRÂMIDES ETÁRIAS, PORTUGAL 1960, 2004 E 2050

Fonte: INE, 2005

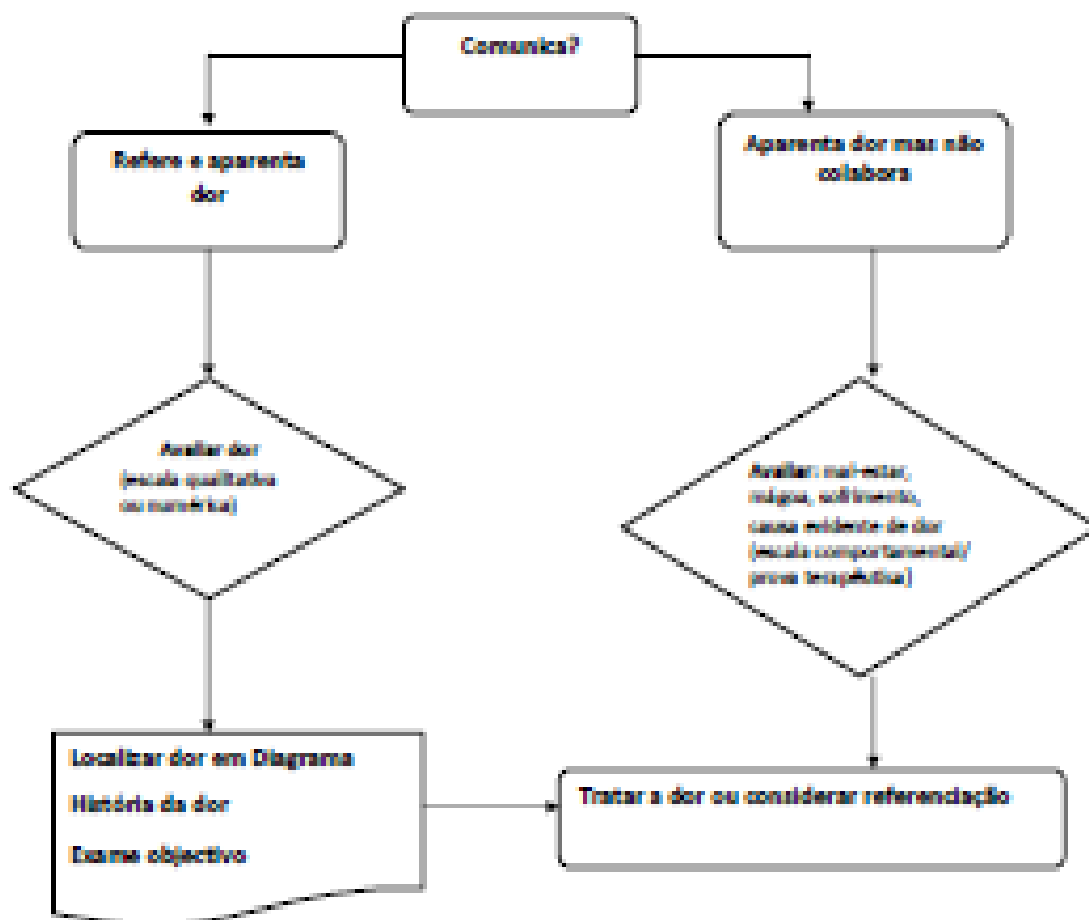
Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050



Fonte: INE

Anexo II – Algoritmo de avaliação da dor no idoso

Fonte: DGS, 2010



Anexo III – História de dor

Fonte: OE, 2008

Informação a obter		Exemplos
Características da dor	Evolução: duração e padrão	Há quanto tempo tem dor? É uma dor contínua, intermitente, episódica?
	Localização	Onde é que dói? Descreva o local da dor. Irradia? (Pode ser útil o uso de um diagrama corporal).
	Qualidade	Como descreve a sua dor? (Ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor. O cliente deve ser estimulado a utilizar palavras que melhor descrevem a sua dor como moedela, tipo queimadura, facada, formigueiro, etc.)
	Intensidade	Qual a intensidade da dor? (Utilize instrumentos de avaliação da intensidade da dor)
Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor		De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem? Ex: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.
Factores de alívio e agravamento		O que é que alivia e / ou agrava a sua dor? Ex: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.
Estratégias de Coping		O que faz quando tem dor?
Impacto nas actividades de vida		De que forma a presença de dor afecta a sua vida? Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.
Conhecimento / Percepção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento		A que atribui esta dor? O que espera do tratamento? (Explorar a percepção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).
Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: • Trabalho • Actividades de lazer • Relações pessoais • Estado emocional		Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros? A presença da dor afecta-o psicologicamente? A presença da dor afecta-o espiritualmente? Ex: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros. Identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.
Sintomas associados		Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade? Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como: obstipação, fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.
Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas		Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve efeitos secundários à terapêutica? História detalhada da medicação. Registar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos.

Anexo IV – Circular normativa da DGS Nº 09/DGCG

Fonte: DGS, 2003

Anexo V – Escala de actividades instrumentais de vida diária

*Fonte: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência -
Escala e Testes de na Demência. 2ª ed. [s.l.] 2008*

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Revisão sistemática da literatura

Apêndice III – Artigo científico

Apêndice IV – Certificado da formação de cuidados paliativos

Apêndice V – Folheto de acolhimento do utente à UMD do HSM

**Apêndice VI – Instrumento de colheita de dados da consulta
telefónica - UMD do HSM**

**Apêndice VII – Diário de dor do utente – UMD do HSM e
consulta da dor do HSC**

Apêndice VIII – Formação realizada no HPV

Apêndice IX – Estudo de caso

**Apêndice X – Entrevista com Médica da consulta da dor do
HSC**

**Apêndice XI – Questionário aplicado aos Enfermeiros do
serviço de nefrologia do HSC**

**Apêndice XII – Resultados da análise do questionário, análise
de registos de enfermagem e passagens de turno,
apresentados em gráficos**

**Apêndice XIII – Grelha de análise dos registos de enfermagem
do serviço de nefrologia do HSC**

**Apêndice XIV – Grelha de observação das passagens de turno
dos Enfermeiros do serviço de nefrologia do HSC**

**Apêndice XV – Formação realizada no serviço de nefrologia do
HSC**

**Apêndice XVI – Grupo de trabalho da dor do serviço de
nefrologia do HSC**

**Apêndice XVII – Escala qualitativa colocada no manual de dor
no serviço de nefrologia do HSC**

Apêndice XVIII – Diagrama com características da dor e respectivo léxico colocado no serviço de nefrologia do HSC

Apêndice XIX – Carta dirigida à Enfermeira directora do HSC

Apêndice XX – Poster informativo