

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

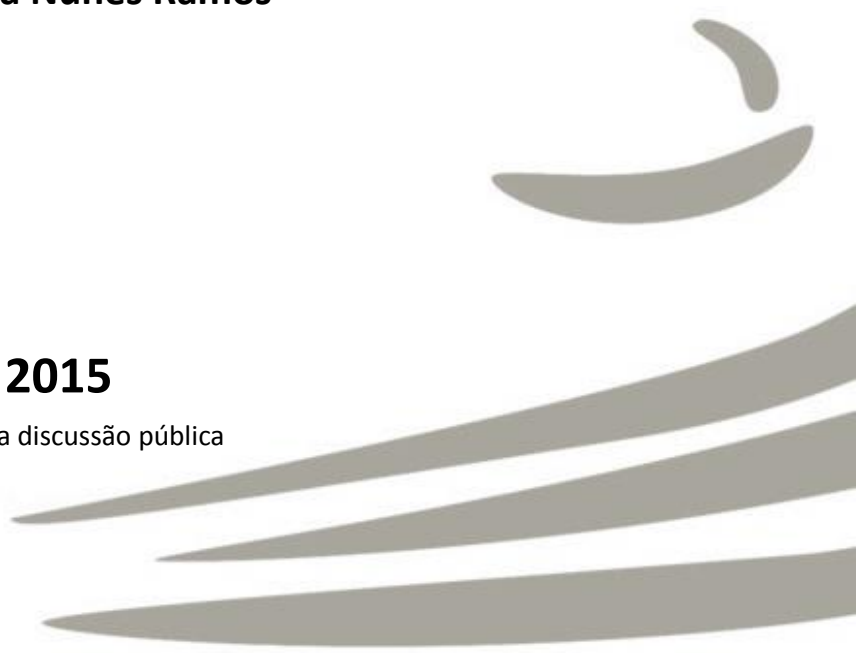
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

Ana Filipa Nunes Ramos

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

Ana Filipa Nunes Ramos

Sr.ª Professora Eunice Sá

2015



Dedicatória

A todas as pessoas com doença oncológica/ famílias/ cuidadores, que em diversas fases da sua sobrevivência, experienciam a atrocidade do descontrolo sintomático.



Agradecimentos

A realização do presente relatório de estágio não teria sido possível sem a colaboração, presença e apoio de diferentes pessoas, as quais gostaria de deixar o meu expresso reconhecimento:

As minhas orientadoras, em diferentes estadios de desenvolvimento da sua consecução, Professora Isabel Félix e Professora Eunice Sá, pela disponibilidade, incentivo e estímulo intelectual proporcionado, fundamental na concretização deste percurso. Sinto-me privilegiada em ter usufruído da sua orientação e dedicação.

A todos os enfermeiros que participaram nos diversos estágios e metodologia investigativa, pela disponibilidade e autenticidade na partilha do seu conhecimento e experiência profissional.

Aos colegas e amigos do Serviço de Urgência, pela compreensão, solidariedade e encorajamento fundamentais neste trajeto. A todos, e a cada um em particular, o meu muito obrigada.

As colegas e amigas Inês Coelho e Sofia Guia, companheiras nesta etapa, onde a sua solidariedade, amizade e estímulo foram ingredientes essenciais.

Ao amigo César Fonseca, pelo debate de ideias e olhar crítico proporcionado, que foram determinantes no planeamento dos procedimentos de investigação.

À minha família, pais, irmã e avó pelo carinho, apoio incondicional e persistência que desde de sempre me transmitiram. Obrigada pela vossa compreensão.

Ao Ricardo Jesus, pelo amor, incentivo, escuta ativa e partilha, cruciais para ultrapassar os atritos da sua elaboração.

Resumo

A pessoa com doença oncológica experiencia, nas diferentes etapas de sobrevivência, diferentes magnitudes de sintomas, com efeitos nefastos na qualidade de vida, estado funcional e auto-cuidado. A dor oncológica e a dispneia, assumem um lugar de destaque em múltiplos estudos anteriores, por representarem o *cluster symptoms* indutor de maior ansiedade e fadiga, bem como são o motivo mais frequente para a procura do serviço de urgência. Todavia, neste contexto continua a predominar uma cultura de *opioidofobia*, *oligoanalgesia* e subtratamento de sintomas, corroborado em um diagnóstico de situação, que revela práticas desviantes da *leges artis*. Deste modo, pretendeu-se desenvolver a perícia no controlo sintomático em múltiplos locais de ensino clínico, delinear linhas orientadoras de boa prática e mobilizar a equipa de enfermagem do presente serviço de urgência para a otimização do alívio da dor oncológica e dispneia. Para tal efeito, construiu-se uma bateria de recomendações, mediante revisão sistemática da literatura, submetida a Técnica de Delphi, realizada em duas rondas, com inclusão de 16 peritos em cada uma, para validação na realidade portuguesa. Consecutivamente, elaborou-se um plano de formação dirigido aos enfermeiros suportado nas fragilidades detectadas, com partilha das *guidelines* produzidas, com repercussão na melhoria dos padrões de qualidade pós-formação: avaliação das características da dor (0–49%), re-avaliação da dor (54,4%–72,7%), documentação de estratégias não farmacológicas no controlo da dispneia (0–85,7%), utilização de opióides fracos na dor moderada (14,3%–75%), utilização de opióides fortes na dor severa (25%–66,6%), redução na seleção da via endovenosa (78,9%–52,3%), intra-muscular (10,5%–4,8%), preferência pela via oral (5,3%–33,3%) e introdução de outras vias não invasivas transdérmica (4,8%). Para garantir a continuidade de cuidados foi criado um protocolo de referenciação intra-hospitalar, em parceria com a Unidade Multidisciplinar de Dor, partilhado o Guia de Boa Práticas, Tabela de Equi-analgesia de Opióides, em suporte papel e digital com os pares e identificadas novas estratégias para intervenção futura. Estes resultados confirmam os pressupostos do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem, desenvolvido por Irvine, Sidani & Hall (1998) e Doran (2011), demonstrando que o controlo sintomático é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem. Para além do imprescindível contributo no desenvolvimento de competências para o perfil de enfermeiro especialista, demonstra que, a prática baseada na evidência, os cuidados centrados na pessoa, a formação em serviço, a auditoria e devolução de *feedback*, têm tradução no *empowerment* da profissão, segurança/ gestão do risco clínico, excelência dos cuidados e controlo da dor oncológica e dispneia.

Palavras-Chave: Pessoa com doença oncológica, controlo da dor e dispneia, resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, serviço de urgência.

ABSTRACT

The person with cancer experienced in the different stages of survival, different magnitudes of symptoms, with adverse effects on quality of life, functional status and self-care. Cancer pain and dyspnea, take a prominent place in multiple previous studies, represent the cluster symptoms inducing greater anxiety and fatigue, and are the most frequent reason for seeking emergency department. However, in this context continues to dominate an opioidophobia culture, oligoanalgesia and undertreatment of symptoms, corroborated in a diagnostic situation that shows deviant practices of the *leges artis*. Thus, the aim was to develop expertise in the symptomatic control in multiple locations of clinical training, outlining guidelines for good practice and mobilize the nursing team of this emergency service for the optimization of cancer pain relief and dyspnea. To this end, has built a battery of recommendations by systematic literature review, submitted the Delphi Technique, conducted in two rounds, with the inclusion of 16 experts each, for validation in the portuguese reality. It was prepared a training plan addressed to the nurses supported on detected weaknesses, with sharing of guidelines produced, with a consequent improvement in quality standards, after training: evaluation of the characteristics pain (0-49%), re-assessment of pain (54.4%-72.7%), documentation of non-pharmacological strategies in the management of dyspnea (0 to 85.7%), use of weak opioids in moderate pain (14.3%-75%), use of strong opioids in severe pain (25%-66.6%), reduction in selecting the intravenous route (78.9%-52.3%), intramuscular (10.5%-4.8%), preference by the oral route (5.3%-33.3%) and introduction of other noninvasive routes: transdermal (4.8%). To ensure continuity of care an intra-hospital referral protocol was created in partnership with the Multidisciplinary Unit of Pain, shared the Guide to Good Practice, Table Equianalgesic opioids, in paper and digital with peers and identified new strategies for future intervention. These results confirm the assumptions of Model Role of the Effectiveness of Nursing developed by Irvine, Sidani & Hall (1998) and Doran (2011), demonstrating that the symptomatic control is a nursing sensitive outcome. Beyond the indispensable contribution in the development of competencies for nurse specialist profile, shows that evidence-based practice, person-centered care, educational, audit and feedback of practices have translation in the profession empowerment, safety/ management of clinical risk, excellence of care and control of cancer pain and dyspnea.

Keywords: Person with oncological disease, managing pain and dyspnea, nursing-sensitive outcomes, emergency room.

Índice Geral

INTRODUÇÃO	12
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	16
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
2.1. Controlo de Sintomas.....	19
2.1.1. <i>A Dor Oncológica</i>	21
2.1.2. <i>A Dispneia</i>	24
2.2. Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem no Controlo da Dor Oncológica e Dispneia	25
2.3. Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa com Doença Oncológica .	28
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	29
3.1. Prática Baseada na Evidência na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica: RSL e Técnica de Delphi	29
3.2. Planeamento e Ação.....	31
3.2.1. <i>Objetivo 1: Mobilizar conhecimentos sobre a fisiologia, etiologia e factores desencadeantes da dor oncológica e dispneia</i>	34
3.2.2. <i>Objetivo 2: Identificar estratégias utilizadas para a apreciação e controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, pela equipa multidisciplinar</i>	37
3.2.3. <i>Objetivo 3: Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento farmacológico da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica</i>	40
3.2.4. <i>Objetivo 4: Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento não farmacológico da dor e dispneia, na pessoa com doença oncológica</i>	43
3.2.5. <i>Objetivo 5: Analisar a intervenção dos enfermeiros, em contexto multidisciplinar, no cuidar da pessoa oncológica com dor e dispneia</i>	44
3.2.6. <i>Objetivo 6: Mobilizar a equipa de enfermagem para a otimização da intervenção de enfermagem no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência central</i>	46
3.3. Reflexão sobre a Ação no Desenvolvimento de Competências	51
3.3.1. <i>Competências comuns do enfermeiro especialista e 2º ciclo, conducentes ao grau de mestre</i>	52

3.3.2. Competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa	54
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	57
5. QUESTÕES ÉTICAS	60
6. LIMITAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	60
7. CONCLUSÃO	62
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice 1: Aplicação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) na análise das práticas, no serviço de urgência

Apêndice 1.1: Análise estatística do diagnóstico de situação

Apêndice 2: Revisão Sistemática da Literatura: “Linhas de orientação de boa prática no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”

Apêndice 3: Técnica de Delphi

Apêndice 3.1: Questionário da 1.^a ronda da Técnica de Delphi

Apêndice 3.2: Questionário da 2.^a ronda da Técnica de Delphi

Apêndice 4: Resultados esperados e distribuição temporal dos campos de ensino clínico

Apêndice 5: Objetivos e atividades planeadas para a UCCI Oncológica

Apêndice 6: Objetivos e atividades planeadas para a Clínica da Dor Oncológica

Apêndice 7: Objetivos e atividades planeadas para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica

Apêndice 8: Estudo de Caso de uma situação de descontrolo sintomático: dor oncológica e dispneia

Apêndice 9: Guia orientador de boas práticas no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência

Apêndice 10: Fluxograma de referenciação da dor crónica descontrolada no Serviço de Urgência para a Unidade Multidisciplinar da Dor

Apêndice 11: Sessão de Formação: “Controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência: linhas orientadoras de boa prática”

Apêndice 11.1: Plano de Sessão de Formação

Apêndice 11.2: PowerPoint da Apresentação da Sessão de Formação

Apêndice 11.3: Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Apêndice 11.4: Análise estatística da avaliação da Sessão de Formação

Apêndice 12: Aplicação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) na análise das práticas pós-sessão de formação, no serviço de urgência

Apêndice 12.1: Análise Estatística das Práticas Pós-Sessão de Formação

Apêndice 13: Tabela de equi-analgésia disponibilizada no Serviço de Urgência

ANEXOS

Anexo 1: Pedido de autorização para utilização dos dados do programa ALERT®

Anexo 2: Registos da Avaliação do Estágio com Relatório

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela III. 1 - Distribuição temporal e duração dos diversos ensinios clínicos..... 32



ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura II.2 - Adaptação do Modelo da eficácia do papel de enfermagem de Irvine, Sidani & Hall (1998) e Ramos (2011)	26
--	----



ABREVIATURAS

BiPAP – Bilevel Positive Airway Pressure

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAN – Escala de Avaliação Numérica

ECG – Electrocardiograma

ESAS – Edmonton System Assessment Scale (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

EV – Via endovenosa

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala da Ansiedade e Depressão Clínica)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONS – Oncology Nursing Society

PBE – Prática Baseada na Evidência

PO – Via oral

Recetores NMDA – Recetores N-metil-D-aspartato

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SC – Via subcutânea

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

TD – Via transdérmica

TM – Via transmucosa

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

UMD – Unidade Multidisciplinar da Dor

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O cancro é considerado a principal causa de morte antes dos 70 anos, em Portugal, ou seja, é uma causa importante de mortalidade prematura, ocupando o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2007; 2013). Globalmente, em 2012, existiam 14.1 milhões de novos casos de cancro, 8.2 milhões perdas de vida foram causadas pelo mesmo e 32.6 milhões de pessoas vivem com o cancro (Ferlay *et al.*, 2013). Paralelamente, no mundo todos os anos surgirão mais 14 milhões de novos casos, em que o número de pessoas com cancro é expectável que triplique em 2030, como resultado também da sobrevivência (DGS, 2007; WHO, 2014). Os sobreviventes continuam a experienciar significativas limitações físicas comparativamente com todos aqueles sem história de cancro, com tradução no aumento da fadiga (mais 56%), dor (mais 35%) e na insónia (mais 30%) (Zucca *et al.*, 2012). O conceito de sobrevivente de cancro, integrado neste projeto de intervenção, apreende todas as transições vivenciadas, desde o momento do diagnóstico ao fim de vida (Morgan, 2009; Richardson *et al.*, 2011). A presença de sintomas persiste permanentemente, derivado dos efeitos adversos diretos da neoplasia, do tratamento, da exacerbação e/ ou do surgimento de novos associados a recidiva ou segundo tumor (Sun *et al.*, 2008; Brant *et al.*, 2011). O sobrevivente de cancro experiencia diferentes magnitudes de sintomas, nos diversos estádios da doença, com efeitos negativos na qualidade de vida, estado funcional e auto-cuidado. O fim de vida é relatado como um período de aumento da incidência, intensidade de sintomas e *distress* emocional (Giesinger *et al.*, 2011, Dyar *et al.*, 2012). Spichiger *et al.* (2011) alertam que, pessoas admitidas em unidades de cuidados paliativos domiciliários, experienciavam entre 7 a 13 sintomas diferentes, simultaneamente as admitidas em serviço de internamento verbalizavam uma média de 13 sintomas, em que a dor, a dispneia e as alterações gastro-intestinais estavam presentes em mais de 50% das pessoas.

Neste sentido, torna-se crucial um sério investimento no controlo de sintomas na pessoa com doença oncológica, tendo como foco o contexto do serviço de urgência. A sua pertinência encontra-se referida em diversas investigações levadas a cabo na realidade portuguesa. A nível do norte do país, um estudo retrospectivo revela que entre Janeiro e Dezembro de 2008, em uma amostra de 292 pessoas em cuidados paliativos, registou-se um total de 238 idas ao Serviço de Urgência (Massa, 2010). Veiga *et al.* (2009) mediante uma análise qualitativa, das principais dificuldades que

os enfermeiros experienciam no cuidar em fim de vida, em contexto de urgência, referem o controlo sintomático, em particular a dor, como fonte de preocupação. Em uma amostra de 64 doentes, com pluri-patologia e com co-morbilidades associadas, com critérios para cuidados paliativos, internados no período de Julho de 2011 a Janeiro de 2012 no Hospital de São Francisco Xavier, verificou-se que o maior motivo de internamento, foi a dificuldade respiratória, presente em 54 pessoas (Ribeiro, 2012). Viana (2014), mediante metodologia qualitativa, acrescenta que, o enfermeiro experiencia diferentes níveis de sofrimento, ao cuidar da pessoa em fim de vida com dor não controlada, relacionado com a sua falta de preparação para esta área de intervenção. Em estudo retrospectivo no Hospital de Espírito Santo de Évora concluiu-se que, os sintomas descontrolados mais frequentes foram a sonolência, a dor, a dispneia e a astenia. O hospital continua a ser o sistema de suporte mais frequente utilizado, o fim de vida ocorreu 82,2% em serviços de internamento, 11% no serviço de urgência e 4% no domicílio. No total, foram a consultas externas 40,6% e recorreram à urgência hospitalar 60,7% sobreviventes de cancro (Feio, 2006).

Paralelamente, o descontrolo de sintomas é uma fonte de preocupação pessoal, emergente no contexto de ser enfermeira no serviço de urgência, partilhada informalmente pelos pares, pela sua severidade, sofrimento associado e pelo *deficit* de *know-how*, *know-what*, *know-why* e *know-that* da equipa de enfermagem para fornecer resposta adequada e diferenciada. Estas dimensões do conhecimento são consideradas por Chiristensen (2009) como cruciais, em situação de cuidados críticos/ urgência, para o desenvolvimento profissional.

Tendo em conta o largo espectro de sintomas que a pessoa com doença oncológica pode experienciar, opta-se por incidir somente na dor e dispneia. A dor assume particular ênfase ao ser um item presente em todas as múltiplas escalas de avaliação de sintomas (Kim *et al*, 2009), bem como é o motivo mais frequente de recurso ao serviço de urgência (Veiga *et al.*, 2009; Richard *et al.*, 2011), assim como a evidência sugere que também predomina um inadequado controlo analgésico neste contexto (Motov & Khan, 2009; Bhakta & Marco, 2014). Numa fase avançada da doença a dispneia surge frequentemente associada a dor (cerca de 45%), representado um *cluster* sintomas indutor de maior ansiedade e fadiga (Dong *et al.*, 2014), responsável pela procura de cuidados de saúde.

Para melhor compreender a pertinência da intervenção de enfermagem no presente domínio opta-se por incidir sobre referencial teórico do Modelo da Eficácia

do Papel de Enfermagem (*The Nursing Role Effectiveness Model*) desenvolvido por Irvine, Sidani & Hall (1998), onde o controlo de sintomas se inscreve nos resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem. Vários foram os estudos nacionais e internacionais realizados com o intuito de tornar mensuráveis ou visíveis os resultados em saúde sensíveis ao cuidado de enfermagem, dos quais de destaca a teórica de enfermagem Doran (2011) que, identifica como ganhos em saúde: o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a dor, segurança/ controlo de efeitos adversos, as estratégias de adaptação eficazes, a satisfação com os cuidados, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde. Paralelamente, a mesma autora considera indispensável a aliança com um segundo referencial teórico: cuidados de enfermagem centrados na pessoa (McCance, & McCormack, 2006; McCance, Slater & McCormack, 2009; Poochikian-Sarkissian *et al.*, 2010) para incrementar os resultados desejáveis em saúde, com eficácia testada nas pessoas em situação oncológica (Radwin, Cabral & Wikes, 2009). Esta é uma responsabilidade profissional que oferece a oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, frisando bem a sua relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (OE, 2007).

Tendo em linha de conta a teórica de enfermagem Benner (2001) e o modelo que propõe o desenvolvimento de competências aplicado à profissão, considera-se o posicionamento atual no terceiro dos cinco níveis sucessivos de proficiência: competente. Para atingir o nível de proficiente e desenvolver o perfil de competências de perito no contexto de trabalho, após a realização 5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, pretende-se com a consecução deste percurso expandir as competências de enfermeiro generalista, para incorporar a mestria preconizada para o enfermeiro especialista, nos seguintes regulamentos: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (ONS, 2013) e para o grau de mestre: Competências de 2.º Ciclo (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Este percurso ao possuir como finalidade otimizar o controlo da dor e dispneia, no serviço de urgência, mediante a implementação de linhas orientadoras de boa prática e referenciação de enfermagem para a Unidade Multidisciplinar da

Dor, centra-se, essencialmente, nas dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010).

Mais concretamente, os objetivos gerais traçados para este percurso são: 1) desenvolver competências no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, em múltiplas situações, em contexto similar ao serviço de urgência; 2) delinear linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor oncológica e dispneia; 3) mobilizar a equipa de enfermagem para a otimização da intervenção de enfermagem no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência.

Quanto à estrutura interna o presente relatório encontra-se organizado em sete capítulos, o primeiro dos quais recai sobre a definição da problemática. Segue-se o enquadramento teórico para uma clarificação mais aprofundada sobre os conceitos norteadoras da problemática selecionada, que contempla o controlo de sintomas, nomeadamente a dor oncológica e a dispneia. Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, de acordo com o Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (Irvine, Sidani & Hall, 1998) e Doran (2011), serão abordados com maior particularidade, no sentido de facilitar a compreensão sobre o modo como a enfermagem exerce impacto nos ganhos em saúde, na área de intervenção do controlo sintomático. O referencial teórico debruça-se de igual forma nos cuidados de enfermagem centrados na pessoa com doença oncológica.

O terceiro capítulo refere-se à implementação do projeto, que parte da prática baseada da evidência, que inclui a realização de uma revisão sistemática da literatura e Técnica de Delphi. Engloba, ainda, o planeamento e ação, dividido em seis grandes finalidades, que pretende demonstrar as atividades programadas, a sua pertinência, os moldes de implementação, as estratégias, os indicadores de resultado, os contributos das diferentes instituições hospitalares e os *outcomes* da intervenção no serviço de urgência. Por fim, contempla a reflexão sobre a ação no desenvolvimento de competências, onde se realiza uma análise à luz do perfil de competências comuns e específicas desejáveis para o enfermeiro especialista e conducentes ao grau de mestre.

O quarto capítulo abre espaço para a discussão sobre as implicações deste processo na prática de enfermagem. Nos dois capítulos seguintes expõem-se as questões éticas inerentes à consecução e limitações encontradas na implementação

deste projeto. O seu culminar recai na conclusão, onde se realiza um balanço final sobre este projeto de intervenção, formulam-se sugestões e planeiam-se novas atividades para a sua projeção e continuidade no futuro.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Raramente o sintoma ocorre de forma isolada, a combinação de dois ou mais sintomas vivenciados em simultâneo, bem como a sua frequência e severidade pode conduzir a níveis elevados de *distress*, sobretudo quando são subvalorizados ou subtratados, que predis põem ao surgimento do *burden symptoms*. Deste modo, explicitam-se os diferentes aspectos: 1) diagnóstico de situação; 2) *deficit* de controlo sintomático no serviço de urgência; 3) impacto do descontrolo sintomático no viver humano; 4) importância da prática baseada na evidência no controlo sintomático e 5) perfil de competências do enfermeiro especialista a desenvolver, que consolidam a pertinência de investir na qualidade do controlo de sintomas, no serviço de urgência.

Diagnóstico de Situação. No serviço de urgência, onde exerço funções, foram inicialmente realizadas entrevistas não estruturadas e informais aos pares, no sentido de averiguar áreas de maior inconsistência no cuidar da pessoa em situação oncológica, mediante *auscultação das necessidades de formação*. As necessidades de formação apontadas convergiram no controlo da dor em diferentes estadios e o controlo da dispneia em fase terminal, apontando a diminuta utilização de opióides orodispersíveis e do fentanil transmucoso existente disponível 24h, no *stock* de estupefacientes, na agudização ou na dor irruptiva.

Paralelamente, foi realizado um *diagnóstico de situação* que, incidiu na análise das práticas de enfermagem, no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica. Com recurso à análise estatística, foi possível inferir que, a apreciação e intervenções de enfermagem são significativamente desviantes da *leges artis*, dado que se identificam fragilidades na caracterização dos sintomas, *opioidofobia*, *oligoanalgesia*, intervenções insuficientemente compatíveis com a boa prática e desvalorização da re-avaliação, expressos mais detalhadamente em Apêndice 1 e 2, que justificam a pertinência de investimento neste âmbito (National Comprehensive Cancer Network Guidelines Palliative Care, 2011; European Palliative Care

Research Collaborative, 2012; World Health Organization, 2013; European Oncology Nursing Society, 2014).

Deficit de controlo sintomático no serviço de urgência. No serviço de urgência, a evidência aponta para que, apenas 60% das pessoas que recorrem com dor recebem analgesia e cerca de 74% têm alta, com nível de dor oscilante entre moderado a severo (Bhakta & Marco, 2014). Motov e Khan (2009) identificam uma cultura persistente no serviço de urgência para a *oligoanalgesia* e *opiódofobia*, com fragilidades acentuadas no conhecimento fisio-patológico da dor, omissão da avaliação inicial, inexistência de linhas orientadoras de boa prática, documentação da monitorização incompleta e a ausência de preocupação em conhecer quais as expectativas da pessoa/ família/ cuidador. Por outro lado, um estudo europeu, com inclusão de 11 países, revela que os profissionais de saúde subestimam os sintomas, aproximadamente 1 em 10 doentes e hipervalorizam em 1%, sendo os enfermeiros aqueles que conseguem uma avaliação mais adequada, com maior potencial para minimizar situações de fraco controlo ou de intoxicação medicamentosa (Laugsand *et al.*, 2010).

Impacto do Descontrolo Sintomático no Viver Humano. Se os sintomas não estiverem suficientemente controlados não é possível o desempenho habitual das actividades de vida diárias, dado que a satisfação das necessidades humanas fundamentais se encontra comprometida (Costa & Antunes, 2012; Boveldt *et al.*, 2014). A literatura identifica o inadequado controlo sintomático com impacto negativo nas diferentes dimensões do viver humano: 1) da qualidade de vida (Pud *et al.*, 2008; Cleeland & Sloan, 2010; Xiao, 2010; Shi *et al.*, 2011); 2) estado funcional (Pud *et al.*, 2008; Cleeland & Sloan, 2010; Xiao, 2010; Ripamonti *et al.*, 2012); 3) autocuidado (Piamjariyakul *et al.*, 2010); 4) perceção sobre o estado de saúde (Cleeland *et al.*, 2010); 5) função cognitiva (Burkett & Cleeland, 2007); 6) sexualidade (Burkett & Cleeland, 2007); 7) mecanismos de *coping* eficazes (Burkett & Cleeland, 2007; Ripamonti *et al.*, 2012); 8) conforto (Costa & Antunes, 2009; Cleeland & Sloan, 2010); 9) utilização dos serviços de saúde (Massa, 2010; Xiao, 2010). Face ao exposto torna-se imperativo que, a enfermagem providencie cuidados de excelência, capazes de facilitar a obtenção de um novo estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001).

Importância da Prática Baseada na Evidência no Controlo Sintomático. A literatura recomenda a existência de linhas orientadoras de boa prática para o

controle sintomático, desenvolvidas com base em contributos internacionais, nacionais e locais, para uma tomada de decisão mais sustentada, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014). A Ordem dos Enfermeiros (2012) reconhece a sua produção como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Não se opta pela realização de protocolos standardizados, mesmo para grupos com determinadas características, dado que não incrementam necessariamente os ganhos em saúde (Ramos, 2011). O enfermeiro ao prestar cuidados com proficiência, baseados em uma matriz teórica flexível, possui mais disponibilidade para desenvolver o seu auto-conhecimento, competências de comunicação e de relação interpessoal, com uma atitude de partilha de poder, informação e inclusão dos valores e preferências da pessoa/ família/ cuidador, criando um ambiente terapêutico de parceria fundamental para os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, que se traduz no aumento de bem-estar e satisfação com os cuidados (McCance, & McCormack, 2006; McCance, Slater & McCormack, 2009).

Besse *et al.* (2014) alertam para a necessidade de aumentar a consciência sobre a importância da integração de linhas de orientação de boa prática no controlo da dor oncológica, nos contextos, dada a sua reduzida valorização. Simultaneamente, Dulko *et al.* (2010) aconselham a elaboração de linhas orientadoras não somente focalizadas na dor, mas com inclusão do *cluster* sintomas associado à mesma, ao concluírem num estudo controlado aleatorizado que, as *guidelines* introduzidas para mitigar a dor foram mais eficazes no controlo da dispneia, sintoma não incluído à *priori*. A elevada prevalência da dor exige uma formação adequada, reconhecida por diversas entidades, nomeadamente a *International Association for the Study of Pain (IASP)* e a *European Federation of IASP Chapters (EFIC)*, que se deve iniciar no período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional (DGS, 2012). A necessidade de investimento na formação em contexto de trabalho e reflexão sobre as práticas é igualmente enfatizada pela Ordem dos Enfermeiros (2008).

Grudzen, Stone e Morrison (2011) reconhecem o serviço de urgência como o recurso de primeira linha na agudização de sintomas, recomendando a posterior referenciação para a consulta da dor ou de cuidados paliativos, intra ou extra hospitalar, sobretudo nos casos de metastização. São apontados vários benefícios, como a redução dos custos em saúde, pela necessidade de hospitalização e recurso

ao serviço de urgência, diminuição da sobrecarga no cuidador, fomentando a qualidade de vida, controlo de sintomas mais adequado e satisfação com os cuidados. Massa (2010) verificou uma diferença entre ter ou não acompanhamento em ambulatório, sendo a primeira ida ao serviço de urgência, após transição para a fase paliativa, mais precoce na ausência de seguimento estruturado aos 31 dias Vs 85 dias, verificados nas pessoas acompanhadas em consulta de cuidados paliativos

Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista a desenvolver. O controlo da dor e de outros sintomas associados são reconhecidos como um resultado sensível ao cuidado de enfermagem pela Oncology Nursing Society (Choi *et al.*, 2014). O core de competências preconizadas inclui de igual forma a necessidade de desenvolver e utilizar linhas de orientação para melhorar a perícia na prática, do próprio e de outros pares, sem negligenciar as necessidades específicas multidimensionais da pessoa/ família/ cuidador e a sua capacitação (ONS, 2013). Do perfil do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa é parte integrante a avaliação e identificação de sintomas descontrolados, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, com a utilização de escalas, ferramentas e conhecimento científico adequado. Baseado em uma abordagem multimodal, que analisa e valoriza o peso das variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade de sintomas e no sofrimento, identificando atempadamente situações de agudização (OE, 2011). As competências comuns do enfermeiro especialista englobam a elaboração de guias de boa prática para a melhoria contínua da qualidade, que suportam uma práxis baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010). Esta responsabilidade profissional, ética e legal é frisada, de igual modo, nos padrões de qualidade e no código deontológico da profissão (OE, 2001; OE, 2012).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Controlo de Sintomas

As doenças oncológicas, para além de constituírem a segunda principal causa de morte em Portugal, exercem um profundo impacto na pessoa, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral. Em 2011, o número de pessoas com alta hospitalar do Sistema Nacional

de Saúde devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2007 e 2,9% superior ao de 2010 (DGS, 2013). Simultaneamente, na trajetória da pessoa com doença oncológica a presença de sintomas descontrolados são a principal e frequente causa de procura dos serviços de saúde (Xiao, 2010). Shi *et al.* (2011) reportam que, 1 em 4 sobreviventes de cancro experienciam sintomas severos, um anos após o diagnóstico, mesmo quando terminados os tratamentos adjuvantes. Shoemaker *et al.* (2011) referem, o estadio avançado da doença, como aquele em que o número de sintomas aumenta drasticamente, uma vez que a taxa de incidência prevista para a dor é de 89% e para a dispneia de 50%, sendo encarada como o sintoma mais angustiante (Costa & Antunes, 2009).

O sintoma pode ser descrito como uma evidência subjectiva e multidimensional resultante da doença, tratamento ou de distúrbio físico e/ ou psicológico, percebido e reportado pela pessoa (Barbosa & Neto, 2010), sendo o discurso do próprio o *gold standard* (Spichiger *et al.*, 2011). Historicamente, os sintomas têm sido estudados separadamente, todavia investigações recentes suportam a necessidade de uma visão integrativa. Por exemplo, a dor, a fadiga, os distúrbios do padrão de sono e ansiedade ocorrem com assiduidade no mesmo perfil de sintomas, da mesma pessoa com cancro. Em outros estudos a dor, a dispneia, a fadiga, o *distress* emocional surgem em simultâneo e são interdependentes. Deste modo, advém a designação de *cluster* sintomas, quando dois ou mais sintomas apresentam uma inter-relação entre si, tendo em conta que podem partilhar a mesma etiologia e produzir efeito cumulativo no funcionamento da pessoa (Cleeland & Sloan, 2010).

Na avaliação do sintoma torna-se crucial compreender a sua frequência, duração, características, severidade, factores de alívio e/ou exacerbação, plano terapêutico anterior, a existência de mais de um sintoma e o impacto no viver humano (OE, 2008; Spichiger *et al.*, 2011). Como princípios gerais para o controlo de sintomas são considerados, a avaliação antes do tratamento; educação para a auto-gestão sobre as causas dos sintomas e das medidas terapêuticas instituídas à pessoa e outras significativas; antecipar a manifestação sintomática; adotar uma estratégia terapêutica mista: farmacológica, não farmacológica e SOS com a pessoa; e monitorizar os sintomas, mediante a utilização de instrumentos de medida standardizados (Barbosa & Neto, 2010). Existem já múltiplos instrumentos que podem ser utilizados, previamente validados na realidade portuguesa: Escala Visual Analógica, Escala das Faces da dor, Escala Numérica e Quantitativa da dor, Escala do Observador da dor, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton*

Sistem Assessment Scale), Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*), O Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory – WHY-MPI*), O Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (*Pain Disability Index – PDI*), Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (*Chronic Pain Coping Inventory*), Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (*Pain Beliefs and Perceptions Inventory*), Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale*), o Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (*Douleur Neuropathique en 4 Questions*) (Azevedo *et al.*, 2007) ou A Avaliação da Dor na Pessoa Idosa não Comunicante: Escala da Dor de Doloplus 2 (Guarda, 2012).

Como factores precipitantes de maior descontrolo sintomático, a literatura aponta a idade jovem adulto, em fase ativa de tratamento, quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia, o pós-cirurgia, a existência de metastização, o número de outras co-morbilidades, o diagnóstico de depressão associado, as redes de suporte social frágil e o desemprego (Brant *et al.*, 2011; Shi *et al.*, 2011).

2.1.1. A Dor Oncológica

A incidência da dor no início do trajeto da doença está estimada em 50% e que é incrementada para aproximadamente 75% em estádios avançados, o que significa que o sobrevivente não a experiencia apenas como resultado imediato do tratamento (Sun *et al.*, 2008). Existem também os efeitos tardios descritos, entre 6 meses e 20 anos após terapia, que se encontram associados à: 1) dor neuropática crónica por afecção das fibras nervosas A e C, decorrente na neurotoxicidade induzida pela quimioterapia; 2) plexopatia braquial, toracalgia, dor pélvica e osteoporose, decorrente da radioterapia; 3) esteonecrose ou herpes-zoster, derivados da imunossupressão prolongada, nos transplantes alogénicos; 4) fenómenos trombóticos e artralgia, secundária ao tratamento hormonal (Sun *et al.*, 2008; Paice, 2011). A dor é mais prevalente nas neoplasias pancreáticas, de cabeça e pescoço e metastização óssea. A nível global a incidência da dor oncológica correspondeu a 12.667.470 de novos casos em 2008, com projeção superior a 15 milhões para 2020 (Ripamonti *et al.*, 2012; Pena, 2013).

A dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado, consensualmente inferior a 3 ou 6 meses. A dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão,

deve ser encarada não como um sintoma, mas antes como uma doença por si só, conforme reconhecido pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC) em 2001 (DGS, 2012, p.1). A dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 1994). A dor crónica não controlada, transcende o sofrimento físico, causa sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida, tem repercussões socioeconómicas, com tradução nos gastos em saúde e perda de produtividade (DGS, 2012).

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012) é imprescindível uma prática norteada pelos seguintes princípios: 1) a subjetividade da dor, a dor é necessariamente aquela que a pessoa refere; 2) dor como 5º sinal vital, não deve ser causa de sofrimento desnecessário, deve ser avaliada e registada de acordo com a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003; 3) direito ao controlo da dor; 4) dever do controlo da dor; 5) tratamento diferenciado da dor. Estes princípios inserem-se no âmbito dos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento da profissão, onde o enfermeiro deve tomar por foco de atenção a dor, de forma a contribuir para a satisfação do cliente, bem-estar e auto-cuidado (OE, 2008).

A dor crónica maligna, também designada de dor crónica oncológica, é a dor associada ao cancro. Encontra-se presente em sensivelmente metade das pessoas com doença oncológica ao longo das várias fases da doença e em situação avançada pode chegar a afetar 70 a 90% dos mesmo (Ritto *et al.*, 2012). A dor oncológica pode ser classificada quanto à etiologia (doença neoplásica 60%-80%, terapia 25%-20% e mista 10%-5%) e mecanismos fisiopatológicos (dor nociceptiva 50%-70%, dor neuropática 10%-30%, dor mista 20%-40%). A *dor nociceptiva somática* resulta de um dano tecidual com ativação de nociceptores que inervam a pele, mucosas, ligamentos, articulações, músculos e tendões, geralmente caracterizada como bem localizada. Os nociceptores respondem a estímulos térmicos, vibração, estiramentos e estímulos químicos libertados pelos tecidos em resposta à privação de oxigénio, destruição ou inflamação. A *dor nociceptiva visceral* geralmente manifesta-se sob a forma de espasmo, ocorre nos órgãos ocos, mesentério, cápsulas e alguns órgãos parenquimatosos (Ripamonti *et al.*, 2012; Pena, 2013). A *dor neuropática* pode surgir devido a dano do nervo, por infiltração tumoral, toxinas associadas aos tumores, ao tratamento ou dano cirúrgico. Qualquer processo metabólico, traumático, infeccioso, isquémico, tóxico ou mediado pelo

sistema imunitário, que cause dano ao sistema nervoso, pode resultar em dor neuropática. A compressão nervosa ou transmissão anormal de estímulos dolorosos pela medula-espinhal e pelo cérebro podem ser outras causas. A dor neuropática pode ser periférica (lesão direta do nervo periférico, raiz do gânglio dorsal) ou central (lesão direta do sistema nervoso central), mas nem sempre a etiologia é de fácil identificação. Outros síndromas de dor neuropática ligada ao cancro resultam da infiltração direta do tumor ou de metástases dos nervos, plexos ou sistema nervoso central. Um exemplo é a compressão medular que ocorre em aproximadamente 5-10% dos doentes oncológicos (Paice, 2011; Pena, 2013). A *dor irruptiva ou episódica* caracteriza-se por um aumento temporário da intensidade da dor pré-existente, vulgarmente tem início súbito, lancinante e de curta duração, podem ocorrer vários episódios no mesmo dia e é mais comum em condições malignas (Pena, 2013).

No entanto, a etiologia da dor não se esgota na dimensão somática, dado que é afetada de igual forma por questões psico-emocionais, sociais e culturais, pelo que se no decurso deste projeto também foi importante estar alerta para a especificidade da configuração da dor total. A dor total resulta, portanto de uma complexa e dinâmica interação entre sensações, cognições, condutas e emoções, sendo vários os factores que modulam a intensidade da percepção dolorosa (Twycross, 2003). Capelas (2008) ao analisar a dor total na pessoa com metastização óssea, em um estudo descritivo transversal em 53 doentes acompanhados pela oncologia, infere que, relativamente à dor psicológica 92% dos sujeitos empíricos apresentavam dificuldades de memória, 64,2% maior irritabilidade, 50,9% revelavam preocupação ou medo com a morte, assim como a mesma percentagem se sentia deprimida. Ao nível da dimensão social, 96,2% referem realizar menos tarefas que o desejado, 37,7% dos doentes sentia-se como um fardo para a sua família, 30,2% sentiam que a família não conseguiu aceitar a sua doença, 43,9% sentia falta de ajuda dos amigos, 69,8% não estavam satisfeitos com o seu corpo e 58,5% com a sua vida sexual. Na dimensão espiritual da dor, constatou-se que, 60,4% tinham dificuldades em aceitar a evolução da sua doença, 54,7% não se sentiam serenos, nem com paz de espírito e 49% sentiam-se incapazes de alcançar um autoconforto.

A mitigação da dor oncológica é um imperativo moral da enfermagem, porém são várias barreiras identificadas referentes à pessoa/ cuidador, como o receio de efeitos adversos e o mito, que o aumento da intensidade da dor represente rápida progressão da doença. Relativamente aos profissionais de saúde, o precário conhecimento sobre princípios de boa prática e prevenção de efeitos colaterais, o

receio da indução de dependência de opióides, sub-valorização da multidimensionalidade da dor e do tipo neuropática. No que concerne ao sistema de saúde, identifica-se os cuidados de suporte primários, sem a desejável capacidade de resposta e *deficit* de investimento na formação especializada avançada dos profissionais (Kathleen *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2008; Barbosa & Leal, 2010).

2.1.2. A Dispneia

A dispneia é um dos sintomas mais prevalente com a progressão da doença oncológica, sobretudo em estadios neoplásicos avançados, com uma incidência oscilante entre os 48 e 70%, podendo alcançar os 90% em situações terminais. O conceito de dispneia pode ser interpretado como uma sensação subjectiva de falta de ar, dificuldade respiratória ou de obstrução da via aérea, referida como uma sensação perturbadora, resultante do aumento do trabalho respiratório e utilização dos músculos acessórios, fonte de grande sofrimento para a pessoa e familiares/cuidadores (Barbosa & Neto, 2010; Harding & Simmons, 2012).

A diminuição da tolerância ao esforço físico resulta em um sentimento de perda de autonomia e limitação, por outro lado, pode confluir da ansiedade, angústia e *distress* emocional, relacionado com a sensação da proximidade com o fim de vida. Shoemaker *et al.* (2011) referem que, em mais de 25% das pessoas que experienciam dispneia não existe associação com neoplasia do pulmão, nem envolvimento pulmonar. A etiologia da dispneia no fim de vida é multifactorial, dado que deriva de factores de natureza física, psíquica, social e espiritual (Hench, Bergman & Danielson, 2008; Bronk, 2012).

A identificação da dispneia tem por base a valorização do discurso do próprio e dos seus familiares/ cuidadores, bem como deve ser suportada no exame objetivo do enfermeiro. As diferentes causas de dispneia podem, genericamente, ser agrupadas em três grupos: consequência direta ou indireta da invasão local ou disseminação metastática da neoplasia; consequência de terapêutica neoplásica; ou outras causas fisiológicas. No que concerne à primeira etiologia, pode ser resultante de obstrução das vias aéreas, invasão do parênquima pulmonar, linfagite carcinomatosa, derrame pleural, síndrome da veia cava superior, derrame pericárdico, ascite com distensão abdominal e elevação do diafragma. No que se refere à causa iatrogénica, destaca-se a cirurgia com amputação do parênquima pulmonar, radioterapia, com lesões fibrosantes pulmonares secundárias,

quimioterapia com citostáticos potenciadores de fibrose pulmonar ou lesão miocárdica (bleomicina e adriamicina). No que refere a outras causas, encontra-se a caquexia com fraqueza dos músculos respiratórios, anemia, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, tromboembolismo pulmonar, acidose metabólica, edema agudo do pulmão, broncoespasmo, pneumotórax, toracalgia e ansiedade (Bronk, 2012; Cairns, 2012; Harding & Simmons, 2012). O estertor, ou seja, a taquipneia ruidosa que resulta da oscilação das secreções na hipofaringe ocorre em 30-50% das pessoas em fase terminal, sendo atroz para as pessoas significativas e para os profissionais de saúde (Twycross, 2003).

Para além da realização de eventuais exames complementares de diagnóstico e a monitorização de sinais vitais, incluído a saturação periférica de oxigénio para descortinar a sua etiologia, é possível avaliar o impacto na dispneia na qualidade de vida da pessoa, mediante duas escalas validadas na população portuguesa: *St George Respiratory Questionnaire* e *Chronic Respiratory Questionnaire*. Existem outros instrumentos mais dirigidos para a pessoa com doença oncológica, porém ainda carecem de validação (Barbosa & Neto, 2010). Contudo, uma pessoa em situação oncológica pode possuir saturações periféricas de oxigénio superiores a 90% e continuar a experienciar dispneia severa, o que ilustra que a dispneia é mais que hipoxemia, o que torna o seu tratamento e controlo de difícil gestão (Bonk, 2012).

As opções terapêuticas para além dos fatores etiológicos, devem incorporar a gravidade do sintoma, o seu impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida, bem como a expectativa de tempo de vida (Barbosa & Neto, 2010; Cairns, 2012). O apoio psico-emocional à pessoa/ familiares/ cuidadores é considerado uma intervenção transversal nas diferentes fases do sobrevivente de cancro, que incrementa o controlo da dispneia (Hench, Bergman & Danielson, 2008; Cairns, 2012).

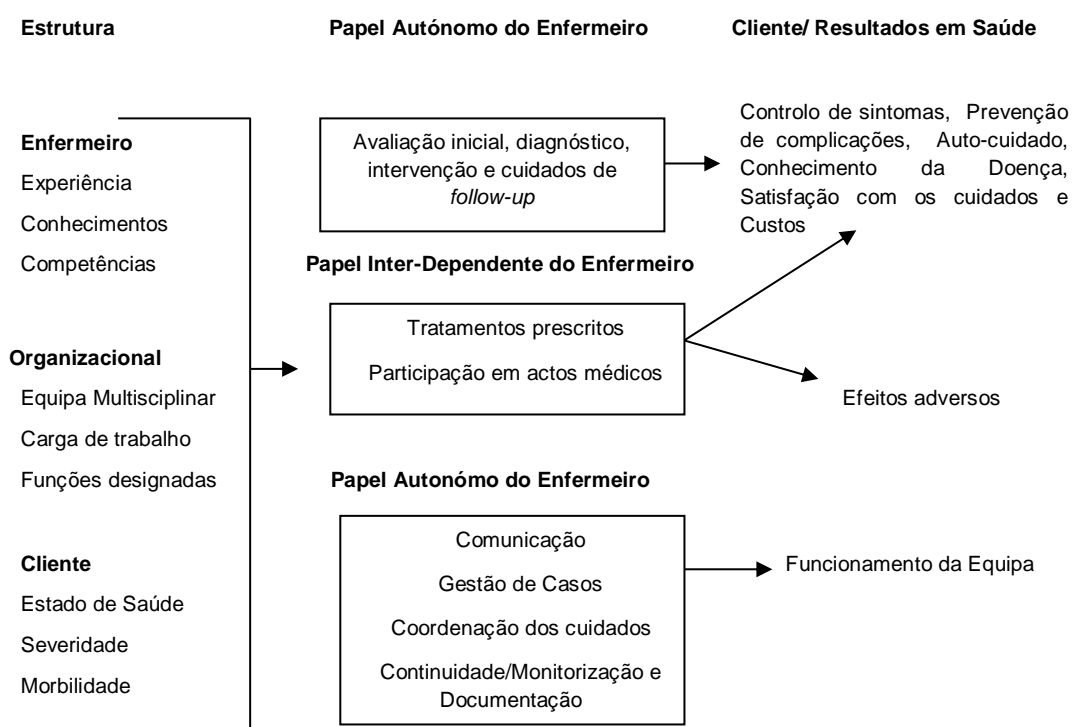
2.2. Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem no Controlo da Dor Oncológica e Dispneia

Os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem podem se definir como todos aqueles relevantes, baseados no domínio e intervenção da enfermagem, para os quais existe evidência empírica que relacione o *input* do enfermeiro e o resultado

da intervenção (Doran, 2003, vii; Doran *et al.*, 2011), corroborando que, os enfermeiros objectivamente possuem valor económico no sistema de saúde Dall *et al.* (2009). Os indicadores de qualidade têm sido explorados na literatura como um modelo conceptual, que inclui a estrutura, o processo e resultados dos cuidados prestados (Donabedian, 1980; Doran, 2003). Todavia, o foco sobre os resultados é uma preocupação recente (Doran, Mildon & Clarke, 2011).

Para compreender mais concretamente o modo como a enfermagem exerce o seu impacto nos ganhos em saúde, explicita-se o Modelo da eficácia do papel de enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) desenvolvido por Irvine, Sidani & Hall (1998). É edificado com base no modelo da qualidade dos cuidados estrutura-processos-resultados desenvolvido por Donabedian, que defende que é possível identificar os resultados sensíveis aos cuidados em relação aos vários tipos de funções dos enfermeiros, nomeadamente quanto à função autónoma, que se apresenta na Figura II. 2. (Doran, 2003).

Figura II.2. Adaptação do Modelo da eficácia do papel de enfermagem de Irvine, Sidani & Hall (1998) e Ramos (2011)



As componentes que integram a estrutura incluem o enfermeiro, o cliente e as variáveis organizacionais que afectam o processo e os resultados do cuidar. As

características do enfermeiro como o nível de experiência, saberes e competências podem afectar a qualidade dos cuidados prestados. A idade, o estado físico aquando a admissão, a severidade do problema actual e outras co-morbilidades no cliente podem condicionar os ganhos. A estrutura organizacional que está relacionada com a carreira definida para a enfermagem, o rácio enfermeiro/doente, a avaliação de desempenho, a comunicação intra e interprofissional, produzem de igual modo diferente influência nos resultados em saúde.

O processo contém as intervenções de enfermagem inter-dependentes e autónomas. As primeiras discriminadas reportam-se, sobretudo, à administração de medicação e intervenção em procedimentos de diagnóstico/ terapêutica, daí a sua associação à minimização de efeitos adversos. Nas intervenções autónomas, o enfermeiro reconhece as necessidades de cuidados individuais e as ações levadas a cabo centram-se em evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais identificados (OE, 2001). Por conseguinte, a estrutura e o processo exercem repercussões nos ganhos em saúde, que podem ser entendidos em grandes dimensões: controlo de sintomas, prevenção de complicações, literacia sobre doença e tratamento, empoderamento, auto-cuidado e satisfação com os cuidados e redução dos custos em saúde.

Os cuidados prestados por enfermeiros especialistas em oncologia incrementam o controlo de sintomas, o conforto, facilitam a adoção de mecanismos de *coping* eficazes (aumentam auto-conceito, esperança, gestão de emoções, auto-eficácia e auto-controlo), minimizam estados patológicos do desajuste psicológico (ex: depressão, distúrbio de padrão de sono), aumentam a capacitação para o auto-cuidado, possibilitam a identificação precoce de efeitos colaterais, promovem a continuidade de cuidados e diminuem a utilização de serviços de saúde (Kim *et al.*, 2011; McFarlane *et al.*, 2011), sem retirar a pessoa do seu contexto íntimo e próprio. O nível de *expertise* do enfermeiro revela-se um indicador preditivo no aumento dos ganhos em saúde, advogado em outros estudos (Skrutkowski *et al.*, 2008; Harrison *et al.*, 2011). Uma abordagem centrada na pessoa, com parceria a pessoa significativa/ cuidador formal e/ ou informal, emerge como aspecto potenciador de resultados (Radwin, Cabral & Wikes, 2009).

2.3. Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa com Doença Oncológica

A Enfermagem como disciplina com intervenção na área da saúde tem como alvo de cuidar a Pessoa, ser único cuja diversidade é inquestionável, sobretudo valorizada após os anos 70 do século XX com o aparecimento das teorias humanistas, nas quais se destaca Rogers e os diferentes estudos que originaram as Teorias Humanistas do cuidar em Enfermagem, com Jean Watson e Madeleine Lenniger (Ramos, 2011).

O modelo de cuidados de enfermagem centrados na pessoa surge com McCance e McComarck (2001), para caracterizar o cuidado em enfermagem, perspectivado pelos enfermeiros e clientes, baseado no construto de Donabedian (1980). De acordo com McComarck e McCance (2006) este processo requer quatro eixos estruturantes: os *pré-requisitos*, focados nos atributos do enfermeiro; o *contexto de cuidados*; os *cuidados centrados na pessoa* e os *resultados* expectáveis. Quanto aos *pré-requisitos*, ao enfermeiro é exigida a capacidade de relação interpessoal, comunicação eficaz, auto-conhecimento, reconhecimento dos seus próprios valores e crenças, considerados como fundamentais para o contacto com o *self* e obtenção de *insight*, despoletando a introspecção, sobre como eles próprios funcionam como pessoas. Assim como, se privilegia igualmente uma competência técnica, científica e instrumental, que permita tomar decisões, elaborar prioridades, com conhecimento fundamentado. O *ambiente do cuidar* incorpora a relação multiprofissional, com inclusão de múltiplas e complexas competências, que em clima de partilha de poder, facilita a tomada de decisão e o controlo do risco. Todavia, depende da qualidade da liderança, cultura organizacional e gestão de recursos. Os *cuidados de enfermagem centrados na pessoa* referem-se às acções levadas a cabo de acordo com as necessidades físicas, experiências, comportamentos, sentimentos, crenças, valores e percepções de cada indivíduo em particular. Uma presença empática, de negociação, que valoriza o seu poder na tomada de decisão são ingredientes cruciais. É este envolvimento, em tempo real, que perfaz a condição para um projeto de saúde em parceria. A inteligência emocional do enfermeiro emerge como um conceito-chave favorecedor deste envolvimento, dado que a auto-consciência, a auto-regulação, a motivação, a empatia e as competências sociais desenvolvidas, propiciam este encontro terapêutico. No que concerne aos resultados, estes emergem dos cuidados

centrados na pessoa, que se caracterizam pelo sentimento de bem-estar, pela experiência positiva e satisfação com os cuidados, que são indicadores de qualidade em saúde (McCance, Slater & McCormack, 2009; McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Uma revisão sistemática da literatura recente, reporta os benefícios dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa, a nível do auto-cuidado, diminuição da fadiga, aumento da informação sobre saúde/doença, satisfação com os cuidados, gestão do regime medicamentoso e controlo sintomático (Fonseca *et al.*, 2012).

Neste sentido, a consecução do presente relatório de estágio pretende-se incorporar nos resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem: controlo da dor e dispneia, uma abordagem centrada na pessoa, como meio de garantir a qualidade dos resultados em saúde desejados. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, os cuidados centrados na pessoa são uma das intervenções na melhoria da qualidade em saúde (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

A filosofia de cuidados que orienta a análise crítica da literatura, o percurso metodológico e o desenvolvimento de competências, em contexto clínico, norteia-se pelos contributos de Doran (2011) e McComarck e McCance (2002; 2006). Paralelamente, para promover os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e edificar linhas orientadoras de boa prática, que expressem os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, torna-se primordial um sério investimento na prática baseada na evidência.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

3.1. Prática Baseada na Evidência na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica: RSL e Técnica de Delphi

A prática baseada na evidência (PBE) pode ser entendida como o uso consciencioso de determinada informação, para a tomada de decisão clínica baseada em: 1) conhecimento científico; 2) contexto em que as pessoas com doença oncológica estão inseridas; 3) experiência individual e preferências da pessoa cuidada/ cuidador; 4) experiência clínica e perícia do enfermeiro e 4) contexto organizacional das instituições de saúde (Malone, 2003; Linton & Prasun, 2013). Pereira, Cardoso & Martins (2012) enfatizam que, uma prática baseada na evidência ao aumentar os ganhos, reduz para 28% os custos em saúde.

Consecutivamente, a Ordem dos Enfermeiros (2007) considera a prática baseada na evidência como um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados. Todavia, uma reduzida percentagem de enfermeiros incorpora na sua tomada de decisão a PBE (Pereira, Cardoso & Martins, 2012; Linton & Prasun, 2013), mesmo na área de intervenção em oncologia (Irwin, Bergman & Richards, 2013; LoBiondo-Wood et al., 2014).

Nesta lógica, advém a necessidade de realizar revisões sistemáticas da literatura (RSL), que identificam num conjunto de estudos publicados acerca de determinada temática, aqueles que possuem qualidade metodológica superior, em que os seus resultados podem ser concretizados na prática. A metodologia utilizada permite reunir e avaliar criticamente uma série de estudos sobre o mesmo fenómeno, de modo a produzir múltiplos estudos primários, com rigor científico. São um importante contributo para congregar as melhores informações de um conjunto de estudos, levados a cabo separadamente, sobre o mesmo foco de atenção. A grande vantagem da revisão sistemática da literatura assenta na possibilidade de obter uma maior visibilidade dos resultados, ao invés de se restringir a pesquisa bibliográfica e as suas conclusões à leitura de apenas alguns artigos, encontrados aleatoriamente (Vilelas, 2009). Tendo em conta as prioridades de investigação delineadas pela Oncology Nursing Society, o controlo de sintomas e a intervenção no *cluster* de sintomas são dois dos itens contemplados, onde se insere a dor e a dispneia, pelo seu impacto na vida da pessoa com doença oncológica (LoBiondo-Wood et al., 2014). Nesta linha de raciocínio, procedeu-se à consecução de uma revisão sistemática da literatura, com a finalidade responder a seguinte questão PI[C]O: Quais as linhas orientadoras de boa prática (Intervention) no controlo da dor e dispneia (Outcomes) na pessoa com doença oncológica (Population) no serviço de urgência (Setting)? Os achados que resultaram da sua consecução encontram-se disponíveis no Apêndice 2 e serão mobilizados no capítulo referente à implementação do projeto.

Numa fase subsequente, são várias as entidades nacionais e internacionais: Ordem dos Enfermeiros (2009), European Association for Palliative Care, American Society of Anaesthesiology, European Society for Medical Oncology, American Pain Society, National Comprehensive Cancer Network e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations que, recomendam o uso da Técnica de Delphi no desenvolvimento de consensos, para a elaboração de linhas orientadoras de boa prática (Ripamonti et al., 2012; Yamaguchi et al., 2012, Choi et al. 2014). Esta

metodologia qualitativa apresenta quatro características essenciais, que a descrevem: o anonimato, a interacção com *feedback* controlado, as respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o perito traz para o grupo (Almeida, Spínola & Lancman, 2009). Deste modo, a Técnica de Delphi foi utilizada como um meio para incorporar a perícia dos enfermeiros, na construção de *guidelines* para o controlo da dor oncológica e dispneia, especificada no Apêndice 3.

3.2. Planeamento e Ação

Como modo de sistematização do fio condutor construído, as actividades planeadas/ tarefas na fase inicial do projeto, a sua pertinência, os moldes de implementação, as estratégias, os instrumentos da monitorização de resultados, bem como qual o papel e contributo esperado das diferentes instituições envolvidas e o período de tempo, encontram-se explicitados no Apêndice 4. Este é o capítulo que abre discussão para o modo como este planeamento foi levado a cabo nos contextos e as suas mais-valias para desenvolver competências na área de intervenção do controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica. As instituições envolvidas compreendem três serviços de uma instituição hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, vocacionada para a oncologia e três serviços em outra instituição hospitalar, da mesma região, abrangendo, respectivamente, as seguintes especialidades: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológicos, Clínica da Dor Oncológica e Serviço de Atendimento Não Programado; Unidade Multidisciplinar da Dor Crónica, que se encontra agrupada à Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Central. O último contexto de trabalho referenciado consiste no local onde se materializou a efetivação do presente projeto.

A realização de ensino clínico assume particular relevância na consolidação de competências, dado que o valor epistemológico da prática advém da sua potencialidade para revalorizar o conhecimento, proveniente da prática reflectida, que desafia os enfermeiros a responderem a novas problemáticas. Este processo é uma fonte de conhecimentos que se gera no próprio contexto, designado de conhecimento na acção (Alcarão, 1996; Nascimento, 2007). Os ensinamentos clínicos proporcionaram uma prática que não se limita a ações repetitivas, nem a uma rotina sem pensamento, fomentando o acesso a um saber plural, com múltiplas dimensões, de diversas naturezas e que muda frequentemente de forma (Couceiro, 1996;

Amiguiño, 2003; Abreu, 2007). Paralelamente, especificam-se os locais de ensino clínico, datas da sua realização (Tabela III. 1), os objetivos delineados, com menção às actividades efetuadas e ganhos no percurso de desenvolvimento profissional. Em apêndices encontram-se relatados com maior especificidade as finalidades propostas e dinâmicas desenvolvidas nos locais de estágio, com permanência mais longa (Apêndices 5, 6 e 7).

Tabela III. 1: Distribuição temporal e duração dos diversos ensinamentos clínicos

Locais de Ensino Clínico	Datas
1) Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica (UCII (Apêndice 5)	29 Setembro a 24 de Outubro de 2014
2) Clínica da Dor Oncológica (Apêndice 6)	27 de Outubro a 21 de Novembro de 2014
3) Serviço de Atendimento não Programado	17 e 18 Novembro de 2014
4) Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD) (Apêndice 7)	24 de Novembro a 19 de Dezembro de 2014
5) Equipa Intra-hospitalar de Suporte e Cuidados Paliativos	8 e 9 de Dezembro de 2014
6) Serviço de Urgência Central	2 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015

Como metodologia de apresentação do planeamento e ações executadas opta-se por uma breve descrição dos locais de estágios, com consequente análise do seu contributo distribuído pelos objetivos delineados. Como forma de explicitar o desempenho desenvolvido, disponibiliza-se em Anexo 2, os respetivos pareceres de avaliação dos supervisores clínicos dos quatro grandes momentos de ensino clínico.

1) Esta Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica tem como finalidade uma abordagem integrada e multidisciplinar ao doente crítico, de modo a reverter ou a prevenir a disfunção de órgão, garantido o seu tratamento e reabilitação, através de uma prestação de cuidados individualizados de acordo com as suas necessidades específicas, com uma dotação de 10 camas e 2 quartos de isolamento. Tem uma média de 100 a 130 doentes/ ano, com uma equipa de enfermagem de 28 enfermeiros e um rácio enfermeiro/ doente que oscila entre 1: 1.25, valores que se apresentam acima dos habituais da UCI's, pelo facto de ser um serviço caracterizado por doentes de elevada gravidade e com imunossupressão associada. Este foi um fenómeno contributivo para a presença em um local que

atribui primazia aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa (McComarck & McCance, 2006). As pessoas com doença oncológica encontravam-se em diferentes etapas do seu trajeto: 1) pós-cirúrgica, provenientes do bloco operatório; 2) na deterioração do estado geral, com instabilidade hemodinâmica, transferidas de outros serviços e 3) na transição para cuidados paliativos, após todas as intervenções com intuito curativo terem sido infrutíferas.

2) A Clínica de Dor Oncológica possui características multidisciplinares, com objectivos de avaliação, estudo clínico e tratamento de síndromes dolorosas causados por neoplasias malignas, metástases ou não explicáveis pela doença oncológica, bem como, investigação, ensino e apoio psicoterapêutico. De acordo com a DGS (2012) a sua classificação poderá ser inserida em uma Unidade Multidisciplinar de Dor, ao ser constituída por médicos, de no mínimo 3 especialidade diferentes: anestesiologia, psiquiatria, neurologia e fisioterapia, bem como a sua interligação com o serviço de medicina física e reabilitação, do qual fazem parte fisioterapeutas. Esta clínica de dor, funciona em espaço próprio e tem uma atividade diária, de segunda a sexta-feira, das 8h-17h00, com presença permanente de um técnico administrativo, colaboração de um técnico de serviço social e uma equipa de 4 enfermeiros. Um estudo prospectivo realizado, durante 70 dias, pela presente clínica entre 2009 e 2010 a 264 doentes, com mais de 18 anos que experienciavam dor, com doença oncológica em progressão, mediante acompanhamento em consulta e monitorização telefónica, constatou-se que, oitenta pessoas perderam a vida, na avaliação inicial, a maioria das pessoas possuía uma intensidade superior a 7, na EAN (0-10). Os resultados preliminares do estudo revelam que, em pessoas com dor severa era necessário mais tempo para o seu controlo, doses superiores de fármacos, desenvolviam mais efeitos adversos, utilizavam a linha telefónica de apoio mais vezes e recorriam ao serviço de urgência com maior frequência. Ainda, em 12% dos casos referenciados tardiamente, com dor lancinante não foi possível controlar a intensidade da dor (Pina, 2012), assumindo este contexto um papel pivô no desenvolvimento da perícia no controlo da dor.

3) O Serviço de Atendimento não Programado destina-se a dar resposta a doentes já acompanhados pela Instituição Hospital, 24horas/ dia, em caso de complicações relacionadas com a doença oncológica ou com os tratamentos em curso, como o descontrolo sintomático, que não possam ser resolvidas pelo agendamento de uma consulta.

4) A Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica tem por foco a dor crónica, submetida a investigação clínica prévia e com tratamento ineficaz, através da abordagem multidisciplinar e interdisciplinar num modelo de avaliação global, visando a promoção do autocuidado, autonomia e qualidade de vida. Tem como áreas de intervenção: Hospital de Dia, técnicas de intervenção, acompanhamento telefónico, interconsulta (visita aos serviços), formação e investigação. É considerada pela DGS (2012) como um Centro Multidisciplinar de Dor, ao estar integrada em um Hospital Universitário. No 1.º semestre de 2014, foram realizadas um total de 175 consultas de primeira vez, dos quais 26% de etiologia oncológica e 74% não oncológica, sendo a dor mista a mais frequente (39,4%). Relativamente as inter-consultas efetuadas, verificou-se um total de 341 visitas, com um total de 78 clientes acompanhados, dos quais 57% com dor descontrolada de origem oncológica e 43% não oncológica, adquirindo novamente a dor mista a maior incidência (66,7%). Das neoplasias mais frequentes destaca-se o cancro colorctal, mama, pulmão e sarcoma ósseo.

5) A Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos é uma equipa móvel, centrada em instituições hospitalares, com espaço físico dirigido à coordenação e estruturação da sua atividade e com programa funcional estruturado. As suas funções são apoiar a pessoa/ cuidadores/ familiares que carecem de cuidados paliativos, incluindo o internamento e consultas externas. São, sobretudo, vocacionadas para aconselhamento e consultadoria técnica, contudo podem intervir na prestação de cuidados, nomeadamente no controlo sintomático.

6) A missão do Serviço de Urgência Central assenta na prestação de cuidados urgentes a sensivelmente 300 000 habitantes da população de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas, que estes não possuem. Os sobreviventes de cancro em diferentes fases do seu percurso estão incluídos.

3.2.1. Objetivo 1: Mobilizar conhecimentos sobre a fisiologia, etiologia e factores desencadeantes da dor oncológica e dispneia

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica. Após a integração na dinâmica da UCII, que abrange o conhecimento sobre a estrutura física, organização, dinâmica do serviço, protocolos e normas vigentes, articulação com

outros serviços, proveniência da pessoa com doença oncológica, acolhimento, constituição dos processos clínicos e modalidade de continuidades de cuidados, foi possível um foco em dimensões mais complexas. Consecutivamente, para aprofundar conhecimentos sobre a etiologia, fisiopatologia, apreciação e tratamento da dor e dispneia, na pessoa com doença oncológica, foi crucial a consecução em paralelo da RSL. A prática que não se guie por uma teoria pode resultar numa actividade ao acaso, sem uma consequência relevante, assim como um raciocínio científico não pode sobreviver dissociado da realidade, pelo que é crucial uma relação simbiótica teoria/ prática (Sprinthall & Sprinthall, 1993). Constituiu uma preciosa ferramenta para diluir a demasiada segurança com que estabelecemos as nossas teorias e ideias, desprovendo-as, frequentemente, de qualquer estrutura de receção ao novo, com capacidade para suscitar grandes questões sobre a prática quotidiana (Morin, 2002).

O manual de OncoAnestesia, utilizado com guia orientador nesta instituição, proporcionou um referencial teórico a nível de protocolos convencionais de controlo da dor com analgesia multimodal, da conversão de opióides fortes e em situações de dispneia severa, associada a broncoespasmo, estridor, falência respiratória e fibrose pulmonar/ pneumonite das radiações, que podem surgir 1 a 2 meses após o fim da radioterapia. Este documento alerta para que, pulmões com atelectasias absorvem mais radiações, o que os torna mais vulneráveis que os pulmões em condição fisiológica e do efeito cumulativo da radiação e quimioterapia na função renal, cardíaca e hematopoiética (Caseiro *et al.*, 2014).

Relativamente, à participação na apresentação da nova Norma Clínica de Enfermagem para avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor no dia 13/10/2014, para toda a instituição hospitalar, foi fundamental para identificar os factores intervenientes na construção de um guia orientador de boa prática. Deste modo, foi possível inferir que, a sua génese parte de uma matriz teórica, com evidência científica considerada atual (< 10 anos, neste contexto), com um cruzamento posterior com entrevistas não estruturadas aos enfermeiros de diferentes serviços sobre as dificuldades encontradas na apreciação, intervenção e registo dos procedimentos de controlo da dor, bem como a auditoria das práticas e devolução de *feedback*. Este revelou-se um método vantajoso, com eficácia testada também em estudos anteriores. A implementação de auditoria e devolução de *feedback* de registos escritos, em um grupo de 46 enfermeiras, possibilitou aumentar a notificação de efeitos secundários (2-83%), uso de ferramentas de apreciação da

dor (22-75%) e a utilização de estratégias de educação/ treino para o auto-cuidado, incluindo cuidadores (0-47%) (Choi *et al.*, 2014).

Clínica de Dor Oncológica e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. A presença em ambos os *settings* de cuidados dirigidos à dor crónica oncológica, contribuiu para a consolidação de conhecimentos sobre o processo neurofisiológico de nociceção, que compreende várias etapas: 1) transdução, que corresponde a forma como o estímulo nódico se traduz em atividade eléctrica nas terminações nervosas; 2) transmissão, que consiste na propagação dos impulsos ao longo do sistema nervoso central (SNC); 3) modulação, modificação da transmissão nociceptiva através de uma serie de influências neuronais (via descendente) e 4) percepção, caracterizada pela interação dos mecanismos anteriores com as dimensões cognitivas e psicológicas individuais, que dão lugar a uma experiência emocional e subjetiva de dor (Ritto *et al.*, 2012). Deste modo, se na via nociceptiva há uma harmonia entre a estimulação das vias aferentes nociceptivas excitatórias e as fibras aferentes não nociceptivas inibitórias, a dor crónica surge quando ocorre uma rotura entre este equilíbrio. O aprofundar de competências no domínio da dilatação do corpo de saberes sobre a neurofisiologia e etiologia da dor possibilitou colmatar um dos *handicaps* apontados pela literatura como barreira ao adequado controlo da dor: *deficit* de conhecimentos, em contexto de urgência (Motov & Khan, 2009). A causa mais frequente de dor oncológica é atribuída à metastização óssea, secundária a carcinoma do pulmão, mama e próstata, onde sensivelmente 80% é de causa tumoral em fase ativa. Os restantes 20% derivam dos tratamentos oncológicos instituídos (Ritto *et al.*, 2012). Todavia, não se podem negligenciar outras causas, não identificadas no enquadramento concetual deste relatório, que se referem a etiologias não relacionadas com o cancro, mas que se podem manifestar em simultâneo e perpetuar a dor, como o enfarte do miocárdio, doença isquémica periférica, acidente vascular cerebral e doenças reumáticas, entre outras.

Serviço de Atendimento Não Programado. A observação participante durante dois dias no Serviço de Atendimento Não Programado revelou-se crucial para compreender que, os motivos pelos quais a pessoa procura os serviços de saúde não estão somente relacionados com a progressão da doença oncológica, mas também com os efeitos colaterais dos tratamentos oncológicos: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia, assim como co-morbilidades prévias associadas descompensadas. Pelo o que, se torna imprescindível uma análise compreensiva da etiologia da dor e dispneia, baseada nos achados laboratoriais e

de imagem para avaliar se existe ou relação com a evolução da doença (NCCN, 2014).

3.2.2. Objetivo 2: Identificar estratégias utilizadas para a apreciação e controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, pela equipa multidisciplinar.

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica. Para individualizar os cuidados prestados revelou-se crucial identificar qual a fase de sobrevivente de cancro, em que a pessoa se encontrava, dadas as suas especificidades (Morgan, 2009; Richardson *et al.*, 2011). A realização da colheita de dados, com inclusão da história de dor e dispneia prévia, constituiu um procedimento fundamental para aumentar a *expertise* na avaliação inicial. Dos instrumentos apontados pela evidência de auto-avaliação (Ripamonti *et al.*, 2012; NCCN, 2014), a Escala de Avaliação Numérica ou a Escala Qualitativa são as mais utilizadas. Na pessoa com incapacidade de comunicar verbalmente, a de eleição recai na Versão Portuguesa da Escala da Dor *Behavioral Pain Scale*, pela sua adaptação a pessoas sob entubação endotraqueal. É crucial estar alerta para critérios de exclusão: tetraplegia, sob terapêutica bloqueante neuromuscular, coma profundo com afetação grave metabólica ou neurológica, como profundo induzido por barbitúricos, com pontuação de 3 na Escala de Glasgow ou na polineuropatia do doente crítico (Batalha *et al.*, 2013). No que se reporta à análise do Grupo Dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, vocacionado para a divulgação e regulação de boas prática na avaliação, intervenções e registo da dor, verificou-se que a escala visual analógica é uma instrumento com baixa adesão, pela sua ampla subjetividade e difícil quantificação, motivo pelo qual a sua utilização foi abolida das ferramentas de avaliação, que fornecem a todos os serviços, incluído a UCII, para a apreciação da dor. A avaliação das características da dor oncológica pressupõe os seguintes itens: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva), factores de alívio e de exacerbação, resposta ao esquema analgésico e de resgate, a existência de outros sintomas associados e a interferência nas atividades de vida diárias (Yamaguchi *et al.*, 2013; Wengström,

Geerling & Rustoen, 2014; NCCN, 2014), bem como a re-avaliação foram aspectos privilegiados neste contexto de trabalho.

Quanto à dispneia, foi notória uma dificuldade na sua quantificação, fenómeno este relacionado com a inexistência de escalas de apreciação de hétero-avaliação, validadas na realidade portuguesa, como por exemplo a Numerical Rating Scale (NRS) for breathlessness (Raymond *et al.*, 2010). A valorização dos factores de alívio e de exacerbação, do modo como era descrita, a associação com outros sintomas, a intensidade da dispneia, a forma como afecta o próprio e aos outros que o rodeiam, bem como o nível aceitável de dispneia foram aspectos norteadores da boa prática no seu controlo (Raymond *et al.*, 2010; ONS, 2012), que proporcionam a redução dos níveis de ansiedade e o envolvimento nos cuidados.

Clínica de Dor Oncológica e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. A história de dor/ colheita de dados, neste contexto, foi elaborada num âmbito mais amplo, proporcionada pela fase de convalescença, em ambulatório, ao invés da situação de cuidados críticos. A resposta ao esquema analgésico e de resgate, formas habituais de comunicar/ manifestar a dor, factores de alívio e exacerbação, estratégias de *coping* , interferência nas atividades de vida diárias e conhecimento/ percepção acerca da doença/ expectativas acerca da dor e tratamento foram aspectos mais desenvolvidos. Na caracterização da dor a inclusão da sua localização em diagrama corporal, bem como a classificação da dor como irruptiva, incidental ou fim de dose revelou-se fundamental na seleção de estratégias dirigidas e na monitorização mais objetiva, da eficácia das intervenções implementadas, em consultas subsequentes. Estes itens são igualmente recomendados por estudos anteriores (Caraceni *et al.*, 2012; Wengström, Y.; Geerling, J. & Rustoen, 2014).

As ferramentas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, com capacidade de auto-avaliação, mais utilizadas foram a Escala de Avaliação Numérica e na dificuldade da sua compreensão a Escala Qualitativa, bem como o Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory) na apreciação em profundidade, da multidimensionalidade da dor, foi implementado na admissão/ primeira consulta de enfermagem. No que concerne às escalas empregadas nas alterações cognitivas ou incapacidade de comunicar verbalmente, com necessidade de recurso à hétero-avaliação, a Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD) possui uma adesão pelos enfermeiros superior, pela sua aplicação ser considerada mais simples, comparativamente à Escala de Doloplus (Avaliação Comportamental na Pessoa Idosa), mediante a observação participante realizada. O recurso a

ferramentas híbridas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, como por exemplo: Questionário de Dor Neuropática em 4 questões e Questionário de Dor Neuropática – PainDetect são instrumentos considerados complementares na formulação do diagnóstico de dor neuropática, com ou sem componente somática ou visceral associada (Ritto *et al.*, 2012). Todavia, foi também um espaço por excelência na avaliação das necessidades psico-emocionais acopladas à dor, com a utilização de termómetros emocionais, na apreciação do nível de *distress*, assim como da escala de ansiedade e depressão, de modo a promover o suporte social e ou psicológico necessário, em parceria com a equipa multidisciplinar. Tal como Ripamonti *et al.* (2012) e o National Comprehensive Cancer Network (2014) salientam a importância de valorizar o grau de preocupação com a doença, ansiedade, depressão, ideação suicida, preocupações espirituais e distúrbios de personalidade, que exercem influência na gestão/ controlo da dor.

A participação na intervenção junto dos serviços de internamento, que solicitaram apoio da Clínica/ Unidade de Dor, em contexto de inter-consulta, proporcionou identificar estratégias de educação/ treino e instrução dos pares conducentes à boa prática na administração, vigilância e controlo de efeitos adversos, nomeadamente nos opióides fortes. Este fenómeno reforça a necessidade de formação pós-graduada contínua na área de intervenção da dor (OE, 2008; DGS, 2012; Choi *et al.*, 2014).

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Este local de ensino clínico foi um ambiente por excelência no desenvolvimento de uma abordagem holística, focalizada na prevenção do sofrimento e melhoria da qualidade de vida das pessoas/ famílias que enfrentam problemas de índole física, psicológica, social e espiritual, decorrentes de uma doença incurável, com prognóstico limitado (Oliveira, 2011). A abordagem multidimensional privilegiada reflecte-se na aplicação de instrumentos de avaliação global, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton System Assessment Scale*). A realização de um estudo de caso, disponível em Apêndice 8, sobre um senhor com neoplasia do colórectal, com metástase óssea, pulmonar, hepática e ganglionar assistido neste equipa e com múltiplas idas ao serviço de urgência, permitiu uma compreensão aprofundada sobre como ajudar a preservar a sua identidade, resolver factores geradores de *stress* e intervir no controlo da dor oncológica e dispneia. Morse (2001) enfatiza que, em circunstâncias de sofrimento a integridade da pessoa doente é facilmente ameaçada. Neste sentido, revelou-se crucial desenvolver a sensibilidade ética,

mobilização de saberes, auto-conhecimento, compaixão e respeito pelas preferências individuais, dada a incerteza e complexidade inerente ao cuidar (Weaver, Morse & Mitcham, 2008), de modo a tornar a pessoa menos vulnerável e facilitar transições saudáveis e aumentar a sensação de bem-estar do outro (Meleis, 2007).

3.2.3. Objetivo 3: Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento farmacológico da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica.

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica. A consolidação da decisão terapêutica baseada na escada analgésica modificada da OMS possibilitou aumentar a capacidade de manuseio de opióides fortes, nomeadamente as suas indicações, farmacocinética, interações, efeitos sinérgicos e secundários, consideradas competências basilares neste domínio (Vallerand, Musto & Polomano, 2011). A via endovenosa foi a preferencial, neste contexto, pela hipoperfusão periférica associada e necessidade de infusão de volumes ou doses elevadas, com recurso frequente à PCA (Patient-Controlled Analgesia) intravenosa ou epidural (Caraceni *et al.*, 2012).

Ao prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade de risco de falência orgânica, com doença oncológica, possibilitou aprofundar habilidades no âmbito do suporte avançado de vida, com inclusão da manutenção da via aérea artificial definitiva e na ventilação não invasiva (VNI) (OE, 2010b), fundamentais na prevenção da exaustão respiratória e controlo da dispneia. A evidência aponta a VNI como uma medida de redução da entubação endotraqueal em aproximadamente 50%, com diminuição da taxa de mortalidade e do tempo de internamento hospitalar. Tendo em conta que, apenas está recomendada na falência respiratória ligeira a moderada e com repercussão pouco acentuada no pH (pH=7,30 a 7,35) e desaconselhada na alteração do estado de consciência, diminuição do reflexo de faríngeo, cirurgia esofagogástrica recente, evidência de isquémia miocárdica ou presença de arritmias ventriculares (Ramos *et al.*, 2012).

A abordagem de intervenção na UCII ao ser multimodal permitiu observar a utilização de analgésicos não-opióides concomitantemente com os opióides, nas pessoas que experienciam dor contínua, com associação de adjuvantes. No caso da

dispneia, a utilização de broncodilatadores, nas situações de estase pulmonar, com associação de benzodiazepinas no controlo da ansiedade e anti-psicóticos nos estados de agitação psico-motora e *delirium*, favoreceu a sistematização de uma abordagem global, potenciada pela mobilização de estratégias não farmacológicas, de acordo com a boa prática preconizada no controlo de sintomas (Jarzyna *et al.*, 2011; National Comprehensive Cancer Network, 2011; Oncology Nursing Society, 2012; Yamaguchi *et al.*, 2013).

Clínica de Dor Oncológica e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. No que concerne às ações farmacológicas, a presença em unidades de dor diferenciadas permitiu identificar os fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica, tendo em conta as suas indicações, farmacocinética, interações, contra-indicações, efeitos sinérgicos e secundários. Observar como as doses iniciais de opióides fortes são designadas, a titulação, manutenção, rotatividade de opióides e equialgesia realizada, contribuiu para aprofundar saberes sobre a sua farmacodinâmica, bem como minimizar efeitos adversos: náuseas e vômitos, obstipação, neurotoxicidade, prurido, depressão respiratória e imunossupressão. Nesta linha de raciocínio, incluiu-se igualmente a atuação na redução das consequências colaterais dos analgésicos não opióides e AINES: toxicidade gastrointestinal, renal, SNC, cutânea, cardiovascular e alterações da coagulação (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Ripamonti *et al.*, 2012; Fielding, Sanford & Davis, 2013).

O contato com as formas de apresentação de fármacos disponíveis na farmacêutica portuguesa mais utilizadas, a participação na seleção da via de administração invasiva e/ ou não invasiva mais adequada, tendo em conta a bioequivalência, absorção, conforto, preferência individual e adesão terapêutica facilitou uma tomada de decisão mais consistente, diversificada e personalizada. A participação no controlo farmacológico de condições crónicas dolorosas de difícil reconhecimento e tratamento: dor neuropática, óssea e irruptiva, permitiu consolidar recomendações na sua mitigação, que se encontram de acordo com o guia orientador de boas práticas elaborado, alicerçado na Revisão Sistemática da Literatura e Técnica de Delphi (Apêndice 9) (Dale, Moksnes & Kaasa, 2010; Caraceni *et al.*, 2012; Yamaguchi *et al.*, 2013; NCCN, 2014; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014).

A lidocaína tópica, que atua na estabilização dos canais de cálcio nos neurónios periféricos e a utilização de Capsaicina a 8% em adesivo cutâneo também foram fármacos introduzidos em ambos os campos da prática no controlo da dor neuropática periférica. A análise da Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde

Nº 043/2011, de 28/10/2014 sobre o tratamento da dor neuropática no adulto e idoso para o entendimento da abordagem diferencial da dor neuropática periférica, central e outras etiologias: nevralgia pós-herpética, nevralgia do trigémio e neuropatia associada a VIH (DGS, 2014).

O controlo da dor da pessoa oncológica com antecedentes pessoais relevantes: comportamentos aditivos, doença renal crónica terminal, insuficiência cardíaca e/ou pulmonar grave foi essencial para aumentar a perícia na prevenção da acumulação de metabólitos séricos, responsáveis pela sonolência e falência renal (NCCN, 2014). Na rotatividade de opióides a utilização de metadona, como opióide sintético agonista dos receptores μ , δ e antagonista dos recetores NMDA, consistiu em uma alternativa eficaz, com boa relação custo-benefício nos casos de dor neuropática, dose diária equivalente de morfina $\geq 300\text{mg}$ e na dor oncológica persistente, mesmo em pessoas sem história toxifílica. Achados idênticos são reportados pela literatura (Nicholson, 2013; Wallace, 2013)

Cerca de 10% das pessoas com doença oncológica possui dor de difícil controlo com analgésicos por via oral e parentérica, onde estão recomendadas técnicas invasivas, classificadas de acordo com a sua atuação: bloqueios do sistema nervoso simpático, bloqueios de nervos periféricos, bloqueios do neuroeixo e infiltração dos pontos gatilho de dor. Em ambos os locais foi possível participar na utilização de técnicas invasivas, aconselhadas quando existe dor intensa referenciada a zonas de inervação de plexos nervosos, sem resposta à rotatividade de opióides, necessidade de administração de grandes doses de opióides e efeitos colaterais significativos pelos métodos convencionais (Ripamonti *et al.*, 2012). No âmbito das técnicas invasivas, foi ainda possível colaborar na preparação e *follow-up* pós neuromodulação, que consiste na implantação de um eléctrodo no espaço epidural, que impede a transmissão das mensagens dolorosas ao cérebro, assim como na radiofrequência, que se pode descrever como a neurodestruição controlada produzida pelo calor, onde o alívio da dor é temporário (9 a 10 meses), devido à regeneração do axónio (Ritto *et al.*, 2012).

3.2.4. *Objetivo 4: Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento não farmacológico da dor e dispneia, na pessoa com doença oncológica.*

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica. Nas estratégias não farmacológicas, providenciar apoio psico-emocional e estratégias de distração, como a televisão ou a leitura, bem como a inclusão de pessoa significativa no plano de cuidados favoreceu o controlo sintomático, tal como a literatura advoga (Farquhar *et al.*, 2011; Jarzyana *et al.*, 2011; Ripamonti *et al.*, 2012; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014). Paralelamente, a sua importância é enfatizada por Dempster *et al.* (2011), ao referirem que, o sofrimento psicológico é frequentemente partilhado e experienciado tanto pela pessoa, como pela família/ cuidadores.

Clínica de Dor Oncológica e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. Os aspectos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e psicossociais podem aumentar ou atenuar a sensação dolorosa. O conhecimento dos mecanismos biológicos da dor e do tratamento farmacológico revela-se insuficiente para uma inteligibilidade alargada dos sinais e sintomas da dor crónica oncológica. A ansiedade, a depressão, a vivência da incapacidade, o isolamento social, o receio da atividade física ou por outro lado os benefícios secundários à doença, como a maior atenção, eviçãõ de tarefas desagradáveis ou a reforma antecipada, podem contribuir para a perpetuação de dor, tal como a literatura refere (Ritto *et al.*, 2012). Deste modo, a relação interpessoal e a comunicação eficaz foram ferramentas basilares para o apoio psico-emocional prestado à pessoa/ cuidadores/ família. O estabelecimento da relação de confiança facilitou implementar estratégias de auto-ajuda, dirigidas para a capacidade de auto-avaliação da dor, controlo dos estímulos que antecedem a dor, identificação precoce de efeitos adversos e necessidade de procura de cuidados de saúde e a psico-educação, centrada no esclarecimento de dúvidas, receios, mitos e validação do plano terapêutico. A educação/ instrução e treino sobre às formas de apresentação dos fármacos: gotas, doseador, soluções, comprimidos, adesivos, a libertação prolongada e rápidas, possibilidade de serem esmagados e correcta utilização da via sublingual, transmucosa e transdérmica mostraram-se cruciais na adesão terapêutica. O incentivo ao treino de capacidade de *coping*, incluindo técnicas de relaxamento, imagem guiada e a participação em sessões de hipnose possibilitou observar estados de relaxamento, com tradução na diminuição da ansiedade e tensão muscular, que conduz a um efeito antiálgico. A

utilização de musicoterapia, em combinação com massagem terapêutica, aplicação de quente e/ ou frio, o posicionamento e a estimulação transcutânea eléctrica nervosa foram intervenções autónomas de enfermagem, que relaxam a musculatura e aumentam o conforto. Resultados semelhantes encontram-se documentados por diversos autores (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Yamaguchi *et al.*, 2013; NCCN, 2014; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014).

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Tanto o contexto de Cuidados Paliativos, como as Unidades de Dor foram essenciais para fortalecer os factores intervenientes na continuidade de cuidados. A existência de aconselhamento e/ ou follow-up via telefónica, bem como os boletins informativos com o esquema analgésico, potenciais efeitos adversos e linha telefónica para os profissionais de referência para contactar, nas seguintes situações: esclarecimento de dúvidas, problemas em obter nova prescrição médica, incapacidade de toma, dor descontrolada, náuseas/ vómitos impeditivos da ingesta por 1dia, ausência de movimentos peristálticos, insónia ou confusão, foram aspectos essenciais para consolidar esta dimensão. A evidência científica reconhece-os de igual modo como estruturais na continuidade de cuidados (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; NCCN, 2014).

No que se reporta à dispneia, adicionalmente nas estratégias não farmacológicas, o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com recurso à utilização de ventoinha, a aplicação de frio facial para reduzir a sensação de dispneia, o posicionamento em semi-fowler ou fowler para reduzir a utilização dos músculos acessórios da respiração e a sensação de controlo mediada pelo *know-how* da utilização da terapêutica de resgate, foram medidas trabalhadas neste *setting*, apoiadas pela bibliografia (Raymond *et al.*, 2010; Farquhar *et al.*, 2011; NCCN, 2011).

3.2.5. Objetivo 5: Analisar a intervenção dos enfermeiros, em contexto multidisciplinar, no cuidar da pessoa oncológica com dor e dispneia.

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica. Neste encontro com o outro, existem responsabilidades éticas ao qual o enfermeiro se deve ancorar como modo a garantir a preservação da dignidade do outro e do seu direito à informação e tomada de decisão, patentes no código deontológico da profissão (OE,

2009; 2010). Da sua omissão ou subvalorização podem advir repercussões catastróficas e irreversíveis no viver humano, a conspiração do silêncio é exemplo disso mesmo. Os momentos de reflexão em conjunto com a equipa de enfermagem ou multidisciplinar tornaram-se imprescindíveis para consolidar conhecimento sobre as estratégias adoptadas no controlo de sintomas, com enfoque na dor e dispneia, assim como a sua repercussão na pessoa.

De uma análise crítica sobre o *status* de dor, para além dos entraves ao controlo eficaz reportados pela literatura, relativamente aos profissionais de saúde, como o *deficit* de conhecimento sobre princípios de boa prática e prevenção de efeitos colaterais, o receio da indução de dependência de opióides, sub-valorização da multidimensionalidade da dor e do tipo neuropática (Kathleen *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2008; Barbosa & Leal, 2010), identifica-se, ainda, a interrupção constante do esquema analgésico, independentemente dos seus resultados. A mitigação da dor aguda pós-operatória rege-se pelos protocolos patentes nas linhas de orientação pela OncoAnestesia, na chegada à UCII o mesmo é modificado, acontecendo um procedimento semelhante após a transferência para os serviços de internamento. Se na avaliação da dor, existe a adoção de *standards* homogêneos de boa prática, no que concerne ao tratamento parecem existir condutas mais dissemelhantes, que se relacionam com a sensibilidade e perícia dos profissionais de saúde.

A dispneia severa com falência multiorgânica, foi umas das causas frequentes para a admissão ou re-admissão na UCII. O *cluster* sintomas, quando dois ou mais sintomas se expressam em simultâneo e apresentam uma inter-relação entre si, sugerido em estudos anteriores (Cleeland & Sloan, 2010), tem uma incidência significativa na UCII. Pela observação participante é possível constatar que, a dispneia, a dor e o *distress* psicológico são uma tripla de sintomas indutora de maior ansiedade para o próprio e família, sobretudo nos casos de presença de via área artificial: traquetomia/ traqueostomia. O diagnóstico de cancro coloca a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica, sobretudo quando a sua localização incide na cabeça ou pescoço, o desafio torna-se ainda maior, pela deturpação na imagem corporal (Gonçalves, Guterres & Novais, 2010) e sensação frequente de asfixia (Barbosa & Neto, 2010; Harding & Simmons, 2012).

Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. A constituição de equipas multidisciplinares é uma premissa fundamental para a estruturação das equipas de dor, dada a sua integração em um modelo integrado e holístico, que atende às particularidades da dor total. A Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica realiza

consulta externa, inter-consulta em parceria com os serviços de internamento, quando solicitam a colaboração da equipa e função de consultadoria, incluindo o serviço de urgência. A permanência no referido local possibilitou a apropriação sobre doentes incorrectamente referenciados do serviço de urgência, pela ausência de preenchimento de formulário institucional específico, que discrimina o diagnóstico de dor crónica, a terapêutica anteriormente ensaiada e o número de resgates utilizados. É reconhecida pela DGS (2012) a criação de um circuito de referenciação como uma estratégia de intervenção nos modelos de boa prática. Neste sentido, em parceria com a equipa multidisciplinar foi criado um protocolo de referenciação, das pessoas com dor crónica descontrolada, intra-hospitalar e de consultadoria (de segunda a sexta-feira das 8h às 16h) do Serviço de Urgência Central para a Unidade Multidisciplinar da Dor (disponível em Apêndice 10). Como critérios de aprovação à referenciação foram considerados a existência de mais de três das seguintes situações: 1) diagnóstico de dor crónica realizado; 2) terapêutica analgésica previamente ensaiada, sem sucesso; 3) número de resgates superiores ao prescrito; 4) mais de um episódio de ida ao Serviço de Urgência por dor descontrolada e 5) consentimento da especialidade assistente. A tipologia de clientes incluídos abrange todos aqueles que experienciam dor crónica descontrolada, não sendo apenas restrita para a dor oncológica. Esta perspectiva não excludente foi adoptada pela disponibilidade da Unidade Multidisciplinar da Dor, pelo direito da pessoa à mitigação da dor (DGS, 2012), pela responsabilidade e dever profissional, ético e legal do enfermeiro (OE, 2008), bem como se enquadra nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, na preservação da dignidade, promoção da autonomia e minimização do sofrimento (OE, 2011).

3.2.6. Objetivo 6: Mobilizar a equipa de enfermagem para a otimização da intervenção de enfermagem no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência central

O serviço de urgência ao ser caracterizado pela complexidade e imprevisibilidade, faz emergir, assim, a necessidade de competências, onde quer a análise crítica da literatura (Motov & Khan, 2009; Laugsand *et al.*, 2010; Bhakta & Marco, 2014) ou o diagnóstico de situação (Apêndice 1) efetuado no presente

contexto revelam fragilidades que podem ser colmatadas, mediante a *formação em serviço*. Todavia, ao se pretender uma aprendizagem por tomada de consciência da sua necessidade (Rodrigues, 2007), a análise das práticas a 29 pessoas, em situação oncológica com dor e/ ou dispneia, assistidas em Maio de 2014, serviu como substrato para demonstrar as potencialidades a melhorar, direcionar os conteúdos programáticos e estabelecer um confronto entre as práticas deste contexto de trabalho, em particular, e a *leges artis*. Esta metodologia foi adotada com o intuito de facilitar a construção de um saber hermenêutico, como resultado de uma reflexão pessoal, que marca a transição de uma consciência imediata que provem das sensações, das vivências ou das experiências, para uma consciência reflectida, que confere capacidade crítica (Josso, 1988). Deste modo, pretendeu-se promover a tomada de consciência de cada enfermeiro sobre si mesmo, em circunstâncias oportunas para facilitar a criação de novos esquemas de acção - mudança, com potencial de transformação do próprio profissional e do contexto em que actua (Serrano, 2008).

Paralelamente, elaborou-se um *plano de formação* (Apêndice 11.1), com tempo previsto para 20 minutos, com hora de início às 15h, tendo em conta a agenda disponibilizada pela chefia, repetidas em 4 sessões, de 13 a 20 de Fevereiro de 2014, de forma a abranger o maior número possível dos 80 enfermeiros, distribuídos por 4 equipas. Na introdução, perspectivada para 5 minutos, foi apresentada a pertinência da problemática, o objetivo da sessão e o diagnóstico de situação, previamente realizado sobre as práticas no controlo da dor oncológica e dispneia. Consecutivamente, no desenvolvimento, planeado para 10 minutos foram abordados os seguintes conteúdos: apreciação da dor oncológica; neurofisiologia da dor; escada modificada analgésica da OMS; opióides fortes (titulação, rotação e equianalgesia); apreciação da dispneia; oxigenoterapia; controlo farmacológico e não farmacológico da dispneia. Na conclusão, foi realizada uma exposição sobre os moldes do fluxograma de referência para Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica e o facto de nas duas semanas seguintes estar a ser submetido a pré-teste, para que as sugestões fossem integradas, antes da formalização da parceria entre os dois contextos, como estratégia de diminuir o sentimento de exterioridade a este projeto e oportunidade de aperfeiçoar o instrumento produzido. Na conclusão, foi também realizada uma síntese da sessão e solicitado o preenchimento de um inquérito de satisfação (Apêndice 11.3), com garantia do anonimato. A metodologia privilegiada foi fortemente expositiva, demonstrativa e ativo-participativa (Piquer &

Andrés, 2008), com recurso ao PowerPoint, realizado com suporte da aplicação Prezi[®], para aumentar a interatividade e o foco de atenção (Apêndice 11.2). A apresentação foi edificada em molde de árvore, com percurso estabelecido desde as suas raízes até aos frutos, com a finalidade de contribuir para a capacidade de metacognição, que se relaciona com a tomada de consciência sobre os processos e competências necessárias à realização de determinada prática e avaliar a sua execução e reorientação, quando necessário. Para o emergir de cognições de segunda ordem: pensamentos sobre pensamentos, conhecimentos sobre conhecimentos e reflexões sobre acções, que somente acontecem quando nos tornamos conscientes da nossa consciência (Ribeiro, 2003).

A *taxa de participação* na sessão de formação foi de 81,3%, ou seja, de 65 enfermeiros em uma população de 80. No que concerne à análise do *questionário de avaliação*, disponível em Apêndice 11.4, a pertinência da temática apenas foi cotada com *scores* positivos: adequada (3.1%), bastante adequada (13.8%) e totalmente adequada (83.1%). Resultados semelhantes foram obtidos relativamente à seleção dos conteúdos programáticos: adequado (1.5%), bastante adequado (15.4%) e totalmente adequado (83.1%). O tempo disponibilizado para a formação é o item que reúne maior índice de dispersão quanto à sua adequação que, quando cruzado com as sugestões é perceptível que é classificado como insuficiente, onde somente 38 enfermeiros o consideraram como totalmente adequado (58.5%). No que concerne à metodologia levada a cabo, 95.5% dos enfermeiros categorizaram-na entre bastante adequada e totalmente adequada.

No que se refere ao *impacto da formação* na melhoria da prestação de cuidados à pessoa oncológica, que experiencia dor e dispneia, 100% dos enfermeiros considera que terá tradução e tem aplicabilidade prática. Na análise acerca do saber prévio sobre titulação, rotatividade e equi-analgésia de opióides fortes 60% (39 enfermeiros) manifestaram desconhecimento total. A grande maioria dos enfermeiros (72.3%) detêm conhecimento e utiliza estratégias não farmacológicas no controlo da dispneia, porém não surgem documentadas nos registos de enfermagem, como ilustra o diagnóstico de situação inicial. É reconhecida a importância da referenciação para a Unidade Multidisciplinar da Dor por 98.5% dos enfermeiros. Todos os 65 enfermeiros que responderam ao inquérito de avaliação pós sessão de formação, consideram importante a existência de uma guia orientador de boas práticas no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência.

Como *sugestões para a implementação deste projeto* no serviço de urgência, para além do tempo de formação mais alargado, foram apontadas como mais valias: a disponibilização da tabela de equianalgesia, como resultado da RSL, a partilha de informação sobre a problemática via informática e ainda incluir a equipa médica na sensibilização de boas práticas. Todas as sugestões foram referidas uma única vez no discurso escrito dos participantes, com exceção da necessidade de maior tempo de formação, que foi repetida cinco vezes. A finalidade desta sessão de formação centra-se no desenvolvimento do saber nas dimensões científicas, técnicas, de relação pessoal e interpessoal, contribuindo para a autonomia, *empowerment*, tomada de consciência de si e da situação onde age (Esteves & Rodrigues, 2003).

Nas duas semanas consecutivas à sessão de formação, no protocolo de referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica foi apenas sugerido pelos enfermeiros e implementada uma maior especificação do procedimento para a impressão do formulário na intranet, disponível na versão final em Apêndice 10. Paralelamente, foi realizada uma auditoria das práticas com o intuito de avaliar o impacto da formação e redefinir estratégias de orientação na implementação deste projeto de intervenção. Esta metodologia tem sido associada à melhoria dos resultados da prática de enfermagem no controlo sintomático. A monitorização das práticas após formação está recomendada entre 2 semanas a 6 meses, onde se verifica uma maior adesão a linhas orientadoras, que se situa em um aumento percentual, que pode ir de 24 até 80% (Ista, Dijk & Achterberg, 2012; Stacey *et al.*, 2014). Deste modo, foi novamente a partir do Modelo da eficácia do papel de enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) desenvolvido por Irvine, Sidani & Hall (1998), que se realizou a subsequente análise das práticas, no serviço de urgência, de 9 a 27 de Março de 2015, ou seja, 2 semanas após as 4 sessões de formação dirigidas aos enfermeiros. A amostra foi, mais uma vez, não probabilística intencional de 27 pessoas com doença oncológica, que recorreram ao mesmo Serviço de Urgência de um Hospital da área de influência Lisboa e Vale do Tejo, com recurso ao sistema informático ALERT[®] e tratamento de dados através do IBM SPSS 19 (Marôco, 2010).

A amostra e análise da auditoria das práticas encontram-se especificadas em apêndice 12 e 12.1, do qual importa salientar, nesta fase, os ganhos mais relevantes na melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com doença oncológica, que experencia dor e dispneia. No que se reporta à apreciação da dor, as características

da dor oncológica passaram a ser incluídas nos registos escritos (0% - 40,9%), presente em 9 das 22 pessoas que recorreram por dor. Após implementação de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas a dor foi re-avaliada com maior frequência (54,4% – 72,7%). No tratamento da dor oncológica, existiu uma redução na selecção da via endovenosa de (78,9% - 52,3%) e da via intra-muscular (10,5% - 4,8%). A via oral foi mais utilizada, em comparação aos dados anteriores (5,3% - 19%), bem como se verificou a introdução de outras vias não invasivas: transmucosa (14,3%) e transdérmica (4,8%). Em 8 pessoas com dor moderada (4-7 EAN) já foram 6 medicadas com opióides fracos (75%), ao invés de apenas uma das 7 pessoas anteriormente (14,3%). Em 12 das pessoas com dor severa (8-10 EAN) 8 foram medicadas com opióides fortes (66,6%) e 2 com opióides fracos, ao invés de apenas 2 das 8 pessoas anteriormente (25%).

No que concerne à dispneia, verificou-se a adoção de uma abordagem multimodal, com demonstra o diferencial numérico: corticóides, broncodilatadores (1 - 6), diuréticos (0 - 4), benzodiazepinas (0 - 1) e opióides fortes (2 - 5). Todavia, na pessoa em fim de vida continua a predominar a administração de oxigenoterapia a alto débito, sem sinais de hipoxemia acentuada. Nos registos escritos já emergiram 2 menções a apoio psico-emocional e 4 ao posicionamento da pessoa com doença oncológica.

Partindo das sugestões efetuadas pelos pares, foi afixada, em parceria com a chefia de enfermagem, a tabela de equi-analgésia emergente na RSL (Apêndice 13), pelos locais do serviço de urgência, onde existe assistência à dor oncológica moderada a severa e dispneia, ou seja, sala de aerossóis, sala de tratamentos amarelos, sala de tratamentos laranjas, salas de reanimação e sala de observação. O fluxograma de referenciação encontra-se em aprovação pela direção clínica do Serviço de Urgência, por ser uma estratégia interdependente, tendo já ter sido acordada com a Chefia de Enfermagem, Enfermeiros e Coordenada da Unidade Multidisciplinar da Dor Crónica. A sua afixação prevê-se nos mesmos sectores do Serviço de Urgência supramencionados. O Guia Orientador de Boas Práticas para o Controlo da Dor e Dispneia da Pessoa com Doença Oncológica (Apêndice 9) foi disponibilizado em suporte de papel no gabinete do Senhor Enfermeiro Chefe, acessível aos Coordenadores de Equipa de Enfermagem 24h/ dia, assim como se optou pela sua publicitação a todos os enfermeiros do serviço, em suporte digital PDF, através da aplicação WhatsApp[®] para o grupo Serviço de Urgência, dado que todos possuem *software* de

telemóvel android ou iPhone e ser uma ferramenta de habitual uso entre este grupo. Este sistema informal de comunicação é utilizado por todos para partilha de informação e horários, que poderá aumentar o acesso equitativo de todos os enfermeiros ao guia produzido, assim como contempla a sugestão da inclusão da via informática na partilha de documentação.

3.3. Reflexão sobre a Ação no Desenvolvimento de Competências

A necessidade de agir em competência é destaque nos deveres em geral do enfermeiro e nos padrões de qualidade dos cuidados, definidos para o exercício da profissão (OE, 2001). A competência embora seja um conceito poliforme, com inúmeras definições em diferentes campos do saber e profissões (Serrano, 2008; Oliveira, 2010), é uma dimensão essencial da enfermagem. Face à diversidade conceptual Esteves (2008) enfatiza que, conhecimentos, capacidades, saberes-fazer, habilidades, *skills* ou motivação não podem ser confundidos com o conceito de competência, embora sejam elementos constitutivos do mesmo, falta a situação contextualizada que propicia uma real mobilização em rede. Le Boterf (2003) define competência como um saber mobilizar, em tempo e circunstância oportuna, de conhecimentos ou de capacidade, adquiridas ou não através da formação. A competência requer um saber integrar, que permite organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para o desempenho da actividade profissional, de entre uma panóplia de conhecimento e saberes-fazer. Ser competente é, ainda, sinónimo de ter um saber transferível, que não se limita a reproduzir uma tarefa de forma repetitiva, pois pressupõe capacidade de aprendizagem e adaptação. As competências constroem-se na acção, numa relação de intervenção entre o saber teórico e prático (Maglaive, 1995). Por conseguinte, explicita-se o perfil de aptidões desenvolvidas ao longo deste percurso, enquadradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (ONS, 2013) e para o grau de mestre: Competências de 2.º Ciclo (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Para uma maior clarificação da sua relevância e interligação, opta-se por uma abordagem das competências comuns por domínios. No que se refere à pessoa em situação crónica e paliativa, opta-se por uma

abordagem centrada nas suas duas grandes competências específicas, com estabelecimento de co-relações frequentes com os outros dois regulamentos restantes.

3.3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista e 2º ciclo, conducentes ao grau de mestre

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A pessoa em situação oncológica experiencia uma dupla vulnerabilidade, relacionada com a finitude humana e com o processo de doença, frequentemente em progressão, acompanhado de descontrolo sintomático, que a coloca em uma situação de fragilidade e de dependência de cuidados de saúde acrescida (Norvtedt, 2003; Gonçalves, Guterres & Novais, 2010). Neste sentido, revelou-se fulcral o desenvolvimento de um exercício seguro, profissional e sociomoral, fortalecido pela reflexão de valores ético-deontológicos, resolução de problemas em parceria com a equipa multiprofissional e cliente, bem como na avaliação das melhores práticas e preferências da pessoa, norteadas pelo referencial teórico de Cuidados Centrados na Pessoa (McComarck & McCance, 2006). Para uma prática fortemente sustentada no respeito dos direitos humanos, foi crucial aumentar a consciencialização sobre a necessidade de partilha de informação com a pessoa, valorização do seu direito de escolha, dos seus costumes/ crenças/ princípios, assegurando a proteção máxima da sua privacidade e dignidade (OE, 2010; 2012; DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013), sobretudo quando confrontada com o fim de vida e alteração do estado de consciência.

Domínio da melhoria da qualidade. A participação em projeto institucional da Clínica da Dor Oncológica na norma de avaliação, intervenção e registo da dor, em área reconhecida pelos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2002), possibilitou incrementar aptidões de análise, planeamento estratégico, execução, incorporação das directivas e de comunicação/ divulgação dos resultados avaliados (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). No que concerne à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado sustentado por Donabedian, (1980) e Doran (2003), autoras âncora na consecução deste relatório, facilitou a realização da auditoria clínica: diagnóstico de

situação inicial, bem como proporcionou identificar oportunidades e estratégias de melhoria, dos indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem: dor e dispneia. Nesta linha de raciocínio foi planeado um programa de melhoria contínua, alicerçado em um guia orientador de boas práticas previamente elaborado, com supervisão assegurada por auditoria e devolução de *feedback*. Esta matriz orientadora poderá contribuir para a gestão do risco a nível da unidade funcional do serviço de urgência e reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano (OE, 2010). A permanência em UCII, com uma taxa nula nas infeções associadas aos cuidados de saúde e ínfima incidência de úlceras de pressão, possibilitou consolidar mecanismos eficazes de quebra da cadeia de infecção e medidas *standard* na prevenção/ gestão do risco, em uma cultura organizacional que utiliza o erro como oportunidade de aprendizagem.

Domínio da gestão dos cuidados. Para otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, a colaboração com equipas multidisciplinar de diversos contextos mostrou-se fundamental, para sistematizar a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. O reconhecimento da necessidade de referenciação de pessoas, com dor crónica descontrolada, do SUC para a UMD advém da reflexão sobre esta competência do enfermeiro especialista. A primazia incidiu em um estilo de liderança flexível, vocacionado para o envolvimento e motivação dos pares para sugerirem moldes mais adequados, de modo a possibilitar a inovação das práticas. O conhecimento do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (DGS, 2010), Plano Nacional para a Doenças Oncológicas (DGS, 2013) e Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012), Dotação de Cuidados Seguros (OE, 2014) facilitou a aplicação de conhecimentos sobre legislação, políticas e procedimentos de gestão/ métodos de organização de cuidados, como preconizado nas competências de 2º ciclo (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A prática reflexiva mediada por atividades intelectuais e afectivas, utilizadas para explorar experiências e emoções, foram essenciais para atingir uma nova compreensão. A sua consecução não obedeceu criteriosamente a nenhum dos modelos possíveis para a reflexão estruturada: Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988) ou de Johns (1999), mas contemplou as competências comuns a todos eles: *self-awareness*, descrição, análise crítica, síntese e avaliação (Cooney, 1999), no desenvolvimento do auto-

conhecimento, assertividade e gestão de *stress*/ conflitos. Como facilitadora de processos de aprendizagem foi concebido e avaliado um dispositivo de formação, com o intuito de desenvolver as habilidades dos pares no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica. Para suportar a prática clínica na investigação, reveladora de uma praxis especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento foi levada a cabo uma RSL, validada na realidade portuguesa, mediante a realização da Técnica de Dephi, que exigiu mobilização de outras áreas disciplinares do saber (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013; OE, 2013).

3.3.2. Competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Os ensinamentos clínicos, em múltiplos contextos do cuidado, com foco na pessoa oncológica/ cuidadores/ família permitiram uma melhor identificação das suas necessidades particulares, em diversos domínios: físico, psico-emocional, espiritual e sócio-familiar, graus de dependência e em diferentes estadios de progressão da doença, incluindo a agudização e a fase paliativa. O desenvolvimento da área de intervenção em controlo sintomático, com abordagem dirigida à dor e dispneia, possibilitou aperfeiçoar a atuação na sua avaliação e controlo, com recurso a escalas de auto, hétero-avaliação e/ ou híbridas, uni ou multidimensionais, em articulação com pesquisa da melhor e mais atual evidência científica e com as expectativas/ preferências da pessoa. A Oncology Nursing Society (2013) sublinha de igual forma a relevância de uma prática suportada por ferramentas de avaliação e por uma base estrutural consistente de saberes. A individualização dos cuidados de enfermagem tem sido associada a uma evolução clínica mais favorável, representando um importante parâmetro de avaliação e de desenvolvimento dos serviços de saúde. A tónica atribuída a esta problemática não só é evidenciada por diversos autores, como se enquadra nas metas de modernização do Sistema Nacional de Saúde e é destaque em vários códigos normativos da profissão nacionais e internacionais, como uma obrigação moral e deontológica (Ramos *et al.*, 2011). A individualização, dos planos terapêuticos delineados, para o controlo de

sintomas, foi referida pelas pessoas como uma fonte de satisfação, com potencial para aumentar a qualidade de vida, da pessoa com doença oncológica. A prática clínica em associação com a produção de linhas orientadoras de boa prática, tal como recomendado pela ONS (2013), permitiu uma maior apropriação sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas, factores individuais intervenientes e modos de atuação em situações de exacerbação, críticas ou paliativas, em confronto permanente com a sua adequação com a clínica. Esta competência permitiu sedimentar recursos para a aprendizagem/ pesquisa ao longo da vida (ONS, 2013). O envolvimento dos cuidadores/ pessoa significativa/ família para além de minimizar o sofrimento e melhorar os resultados em saúde, permitiu reduzir a sobrecarga, identificar situações de exaustão emocional e/ ou física e luto patológico, tal como a literatura enfatiza (Clyton & Dudley, 2009; Radwin, Cabral & Wikes, 2009; Farquhar *et al.*, 2011; Jarzyana *et al.*, 2011; Ripamonti *et al.*, 2012; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014).

As estratégias de comunicação e de relação inter e intraprofissional fortalecidas nos múltiplos locais, propiciou a introspeção sobre os aspectos ético-morais que interferem na tomada de decisão, que permitem uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas, que evitam o encarniçamento terapêutico. Tendo em linha de conta estudos anteriores que, identificam a dificuldade dos profissionais de saúde em assumir a inevitabilidade da morte e o seu fracasso perante a mesma (Costa & Antunes, 2012). A sua importância é reafirmada por Ribeiro (2012), Ribeiro e Neto (2010) dado que, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o trabalho em equipa são encarados como um meio para aumentar o bem-estar da pessoa e constituem uma dimensão fundamental dos cuidados paliativos, bem como são uma competência elementar em enfermagem oncológica (ONS, 2013).

L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Ao promover parcerias terapêuticas com a pessoa com doença oncológica/ cuidadores/ família foi possível compreender que, a pessoa experiencia sintomas em três níveis distintos: produção (resposta fisiológica que manifesta o sintoma, corresponde aos aspectos somáticos da doença), percepção (descodificação no córtex cerebral, que confere variabilidade individual) e a expressão (manifestação

exterior do sintoma, subjetiva, condicionada por múltiplos factores). Paralelamente, duas pessoas podem reportar a mesma intensidade de dor ou dispnéia e experienciarem diferentes níveis de produção, sofrimento existencial e reação ao sintoma (Barbosa & Neto, 2010; Ribeiro, 2012). Daí provem a pertinência desta parceria ter sido realizada com valorização dos desejos e preferências da pessoa, com negociação constante sobre os objetivos de atuação, metas, prioridades e decisão dos cuidados a prestar, de modo a pessoa/cuidador/ família intervirem e decidirem o seu projeto de saúde/ tarefas de desenvolvimento em fim de vida, com respeito e aceitação incondicional pela sua singularidade (OE, 2011; ONS, 2013). Todavia, sempre definidos em confronto com as necessidades de cuidados.

O aperfeiçoamento da transmissão e gestão de más notícias foi também uma das competências de grande destaque, que se podem definir como toda a informação que induz uma mudança radical e negativa na vida da pessoa e que condiciona o seu futuro (Pereira, 2008). No contexto particular da UCII, encontram-se pessoas com vulnerabilidade acrescida, não só induzida pelo internamento, bem como pela situação de risco de vida associada à necessidade de cuidados intensivos. O treino em contexto de trabalho desta competência, com comunicação honesta e esperança realista, foi facilitado pela mobilização do protocolo SPIKES, elaborado por Buckman, em que cada uma letra corresponde a uma etapa do algoritmo: P - Perception (perceção da pessoa/ família), I – Invitation (troca de informação), K – Knowledge (conhecimento), E – Explore (explorar emoções), S – Strategy and summary (estratégias e síntese) (Pereira, 2008). A vivência refletida deste processo permitiu apoiar a pessoa, família/ cuidador nas perdas sucessivas, como a perda da capacidade funcional, da capacidade de comunicação verbal, alteração da imagem corporal induzida pela cirurgia, disfagia permanente, redução da motilidade da língua, sialorreia, presença de ostomias, via área artificial provisória ou permanente, perda do potencial de fertilidade, alterações nas relações emocionais, disrupção biográfica e nas tarefas de resolução do luto. Estes problemas específicos da pessoa com doença oncológica ao induzirem níveis elevados de *distress* contribuíram, em simultâneo, para a exacerbação da dispnéia, bem como alertam para as peculiaridades da dor total (Twycross, 2003; Capelas, 2008; ONS, 2013).

Para além da referenciação aconselhada para outros profissionais de saúde pela ONS (2013), é também referida com competência basilar eliminar entraves no

acesso aos cuidados de saúde diferenciados, podendo o protocolo de referenciação intra-hospitalar para a Unidade de Dor concorrer para tal.

Esta vivência, em diferentes contextos de estágio, exigiram um percurso de reflexão sobre mim própria, como meio de fomentar o auto-conhecimento, de reflexão sobre a relação com o outro e sobre as condições de realização desse mesmo acto de cuidar (Josso, 1988; Cooney, 1999; D’Espiney, 2008). A sua génese revelou-se heurística na consolidação de estratégias eficazes de auto-cuidado, em parceria com a equipa multidisciplinar. A reflexão produzida deixou de ser reativa, isto é, orientada apenas para acontecimentos disruptivos do dia-a-dia, causadores de impacto negativo e passou a contemplar as situações diárias rotineiras, com potencial para modificar e complexificar o raciocínio clínico, pensamento crítico e a ação. Esta é uma condição considerada essencial pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para deter uma elevada consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

As implicações para a prática de enfermagem no controlo sintomático, da pessoa com doença oncológica, deste projeto de intervenção, podem ser agrupadas em seis grandes pilares: 1) prática baseada na evidência; 2) excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem; 3) *empowerment* da profissão de enfermagem; 4) segurança/ gestão do risco clínico; 5) controlo da dor oncológica e dispneia; 6) continuidade de cuidados.

A prática baseada na evidência deste projeto sustentou-se na consecução de uma revisão sistemática da literatura sobre as boas práticas no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, no *setting* específico do serviço de urgência. Tendo em conta que, a Ordem dos Enfermeiros (2008) reconhece os Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem como um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Consecutivamente, as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos, com o objetivo de obter as melhores respostas na resolução de problemas de saúde específicos dos clientes, refletindo um compromisso para partilhar a excelência a nível local e internacional. Este documento pretendeu contribuir para a qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros através

de uma tomada de decisão e prática orientada e sistemática (OE, 2001), tendo sido organizado em quatro capítulos. O primeiro debruçou-se sobre as particularidades da dor oncológica e dispneia, seguindo-se a metodologia levada a cabo, as questões específicas na apreciação e estratégias farmacológicas e não farmacológicas recomendadas no controlo dos dois sintomas, tendo em conta a intensidade, com inclusão das vias de administração e efeitos secundários. Para aumentar a visibilidade do conhecimento produzido e a sua acessibilidade para poder ser utilizado, replicado e criticado por outros, com o objetivo de melhorar os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, em outros contextos de cuidar, a RSL realizada (Apêndice 2) foi submetida e aceite para publicação em Abril/ 2015 (volume 4, edição 4) no Journal of Aging & Innovation (Revista de Envelhecimento e Inovação). Esta revista encontra-se indexada na LANTINDEX, SICAPES, Biblioteca Nacional de Portugal e Google Académico.

No que se refere tanto ao controlo da dor oncológica e dispneia, como ao *empowerment* da profissão de enfermagem, o conhecimento adquirido pela investigação e opinião de peritos, bem como o diagnóstico de situação inicialmente realizado no serviço de urgência, alvo de intervenção, facilitou a criação de um dispositivo de formação. A formação em serviço ajudou a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, bem como a tomada de consciência de atitudes e crenças acerca da avaliação, controlo da dor e dispneia e a incorporação de novas práticas. A inclusão da formação em contexto de trabalho sobre as recomendações de boa prática e a reflexão sobre as práticas de cuidados são consideradas medidas essenciais no controlo sintomático (OE, 2008). A sua importância no contexto do serviço de urgência foi valorizada por 100% dos enfermeiros presentes na formação, que a consideraram com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados, assim como a sua pertinência pode ser suportada no facto de 60% (39 enfermeiros) manifestarem um desconhecimento total prévio sobre titulação, rotatividade e equi-analgésia de opióides fortes. Para analisar os resultados da sessão de formação foi realizada uma auditoria, após duas semanas, às práticas, verificando-se significativos ganhos, a nível da avaliação das características da dor oncológica, estratégias não farmacológicas adotadas no controlo da dispneia, nos registos escritos, re-avaliação da dor com maior periodicidade, utilização de opióides fracos na dor moderada, utilização de opióides fortes na dor severa e abordagem multimodal no controlo da dispneia.

Quanto à segurança da pessoa com doença oncológica/ gestão do risco clínico, insere-se no controlo de efeitos adversos, resultado sensível ao cuidado de enfermagem identificado por Doran (2003). Os hospitais são organizações complexas que prestam diferentes tipos de cuidados de saúde, com múltiplas situações potenciadoras de riscos, onde a segurança das práticas é encarada como uma medida de melhoria dos resultados de saúde pelo Ministério da Saúde (Ribeiro *et al.*, 2011). A sessão de formação contribuiu para uma redução na seleção da via endovenosa e da via intra-muscular. A via oral foi mais utilizada, bem como se verificou a introdução de outras vias não invasivas: transmucosa e transdérmica, associadas a menores complicações/ efeitos colaterais (Caraceni *et al.*, 2012; Ripamonti *et al.*, 2012; NCCN, 2014). Este fenómeno corrobora o facto de que, os enfermeiros também participam na tomada de decisão referente às intervenções interdependentes. Os enfermeiros ao dilatarem o seu corpo de conhecimentos sobre as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor oncológica e dispneia e as interações medicamentosas, podem prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica, tal como a Ordem dos Enfermeiros (2008) advoga. Por outro lado, a dor e dispneia não controladas têm consequências imediatas e a longo prazo, como Pina (2012) sublinha que, nos casos referenciados tardiamente, com dor lancinante não foi possível controlar a intensidade da dor. Quando os sintomas são subvalorizados ou subtratados expõem a pessoa com doença oncológica a níveis mais elevados de *distress* emocional, que podem confluir para a instalação de estados de desajuste psicológico, onde ao se aumentar a perícia do enfermeiro, no serviço de urgência, podem ser minimizados estes efeitos nefastos. A sua importância é suportada pelo facto de, mais de um terço da população oncológica, em geral, experienciar e apresentar níveis significativos de *distress*, com necessidade de intervenção psicológica, devido à sua importância é considerado o sexto sinal vital (Mitchell, 2012; Teodoro, 2013).

Para a continuidade de cuidados, tendo em consideração os pressupostos da OE (2008; 2010; 2011) e ONS (2013), os enfermeiros possuem a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde, na proposta de mudanças, que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor. Neste sentido, o protocolo de referenciação intra-hospitalar do Serviço de Urgência a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica poderá constituir uma mais-valia para um

acompanhamento mais especializado da pessoa com dor oncológica ou crónica não controlada.

5. QUESTÕES ÉTICAS

Antes de efetuar o processo de recolha das unidades de análise, para o diagnóstico de situação e análise das práticas pós sessão de formação, da base de dados informática ALERT[®], foi solicitada autorização via oral e escrita ao Senhor Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência para a sua utilização e para realizar inferências sobre os mesmos, disponível em Anexo 1 a folha modelo, com original assinado e autenticado em anexo ao projeto, inicialmente delineado.

A revisão sistemática da literatura possibilita a recolha de informação, de modo a responder mais efetivamente à dor e dispneia, das pessoas em situação oncológica. Todavia, a sua aplicabilidade deve ser conscienciosa, dado que engloba apenas uma das dimensões da prática baseada na evidência: o conhecimento científico. Não incluindo outros aspectos como: 1) o contexto em que as pessoas com doença oncológica estão inseridas; 2) a experiência individual e preferências da pessoa cuidada/ cuidador; 3) a experiência clínica e perícia do enfermeiro e 4) o contexto organizacional das instituições de saúde (Malone, 2003).

No estudo de caso realizado foi solicitado consentimento prévio e o seu anonimato foi preservado. A solicitação do consentimento informado e a garantia de confidencialidade da informação aos peritos, para a consecução da Técnica de Delphi, foi obtida individualmente e os questionários foram preenchidos via e-mail, sem estarem diretamente associados às instituições onde exercem funções.

6. LIMITAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Na consecução de qualquer projeto torna-se fundamental possuir humildade intelectual para reconhecer as suas limitações, ao qual o presente relatório não é exceção. Deste modo, apresentam-se as principais limitações emergentes no decurso da sua execução e implementação A amostra reduzida utilizada tanto para o diagnóstico de situação (N de sujeitos empíricos= 29), como para a auditoria pós sessão de formação (N de sujeitos empíricos= 27), bem como a seleção de uma

amostra não probabilística intencional pode ter omitido alguma informação importante. Esta condicionante co-relaciona-se com a inoperacionalidade do sistema ALERT® para cruzamento de dados, com função de pesquisa retrospectiva lentificada, bem como a elevada afluência diária ao serviço de urgência, onde se operacionalizou este projeto. A estatística elaborada, na respectiva instituição de saúde, no ano 2014 aponta uma média de atendimentos/ dia de 500 indivíduos.

Por outro lado, no que se reporta à resolução de problemas, reciclar saberes e inovar as práticas, a literatura aponta uma forte predisposição para a resistência à nova experimentação e ao desaprender velhos métodos enraizados, onde se vivencia, sobretudo, uma cultura organizacional de rotina, que revela a ilusão de aprender só com a experiência (Bolívar, 1997; Riche & Alto, 2001). Este aspecto pode constituir um entrave para a continuidade deste projeto no contexto, na integração de práticas consideradas mais adequadas e eficazes no controlo da dor e da dispneia, da pessoa com doença oncológica. O elevado número de enfermeiros, cerca de 80, que exercem funções no serviço de urgência, bem como de outros profissionais de saúde poderá aumentar o gradiente de dispersão da informação e dificultar a adesão às linhas de orientação de boa prática, no controlo da dor oncológica e dispneia, ou de referenciação para a Unidade de Dor.

Paralelamente, é crucial realçar o elevado número de pessoas com doença oncológica seguidas pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, da mesma instituição hospitalar, com incapacidade de resposta atempada. Este fenómeno impossibilitou edificar uma rede de referenciação mais efetiva para as pessoas que experienciam dispneia, dado que criar expectativas de cuidados com inadequada resposta, desvirtuaria a qualidade ético-moral ambicionada para este projeto de intervenção.

No que concerne à técnica de Delphi, os peritos selecionados podem se ter sentido constrangidos na emissão das suas respostas e comentários, bem como o tempo disponibilizado de 5 dias, pode ter sido insuficiente para se debruçarem em maior profundidade sobre a temática. Na perspectiva da metodologia escolhida, este projeto de intervenção apresenta limitações relacionadas com o facto de os seus resultados não serem passíveis de generalizações a outros contextos do cuidar, na medida em que as conclusões que dele emergem se reportam apenas a uma instituição hospitalar.

7. CONCLUSÃO

A presente trajetória emergiu da necessidade pessoal de melhorar a performance de atuação no controlo sintomático, na pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência. Genericamente, a vivência deste percurso proporcionou o fortalecimento profissional, que conduziu à transfiguração, à mudança, possível mediante a abertura para a transformação de conhecimentos e/ ou crenças (Santos & Fernandes, 2004).

A elaboração deste relatório de estágio permitiu explicitar o processo de desenvolvimento de competências no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, em múltiplas situações semelhantes ao serviço de urgência: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, Clínica de Dor Oncológica, Serviço de Atendimento Não Programado, Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Paralelamente, possibilitou demonstrar as várias etapas metodológicas envolvidas na produção de um Guia de Enfermagem de Boas Práticas no Controlo da Dor e Dispneia da Pessoa com Doença Oncológica, no Serviço de Urgência, assim como as estratégias utilizadas neste contexto para a sua incorporação e otimização das intervenções de enfermagem. De acordo com os resultados obtidos, é possível inferir que os objetivos delineados, neste relatório de estágio em geral e para o Serviço de Urgência em particular, foram atingidos mediante o enquadramento conceptual, a revisão sistemática da literatura e Técnica de Delphi realizada, os estágios em diferentes *setting* de cuidados, formação em serviço e auditoria/ *feedback* das práticas, mediante a análise/ discussão dos resultados, com procedimentos metodológicos qualitativos e quantitativos.

A primeira parte do relatório contemplou a definição da problemática, sustentada por um diagnóstico de situação inicial no serviço de urgência, inter-relacionado com auscultação das necessidades de formação, estado de arte sobre o *deficit* de controlo sintomático, neste local de intervenção, as suas repercussões no viver humano, recomendações de boa prática e o perfil de competências do enfermeiro especialista a desenvolver, que se assumiram como fundamentais na estruturação do esqueleto e afirmação da pertinência deste percurso.

A implementação do projeto, teve início com a realização de uma revisão sistemática da literatura, que possibilitou a apropriação da melhor e mais atual

evidência científica, que possibilitou desenvolver, consolidar e fundamentar a tomada de decisão, nos diferentes campos de ensino clínico, sobre a dor oncológica e dispneia. Com base na descrição da amostra dos peritos do painel de Delphi, a sua perícia foi um importante contributo, na medida em que os enfermeiros ao possuírem um perfil heterógeno, com uma vasta experiência profissional e académica, podem ter acrescentado novas nuances ao corpo de saberes (Benner, 2001; Le Boterf, 2003; Mussak, 2004). Das orientações expurgadas, o índice de concordância mais baixo foi de 44% (Apêndice 3), o que significa que até as recomendações consideradas menos consistentes aproximaram-se de um limiar positivo (>50%). O planeamento e ação privilegiou uma análise por objetivos, centrados na mobilização de conhecimentos sobre a fisiologia, etiologia e factores desencadeantes da dor oncológica e dispneia, na identificação das estratégias utilizadas para a apreciação, tratamento farmacológico e não farmacológico e análise da intervenção dos enfermeiros, em contexto multidisciplinar, no cuidar da pessoa oncológica com dor e dispneia. Este foi um momento por excelência para particularizar as atividades levadas a cabo, nos múltiplos contextos, refletir sobre e na ação, com intuito de responder as finalidades propostas. Para assim ilustrar o modo como contribuíram para o desenvolvimento do perfil de competências especializadas ambicionado (OE, 2010; 2011; ONS, 2013; DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Este processo permitiu a transição do nível de enfermeira competente para o de proficiente, em que para além de integrar a melhor evidência, favoreceu o saber fazer também baseado no conhecimento estético, ético, processual, tácito, de contexto. Esta metodologia prático-reflexiva estimulou um *know-how* para utilizar a investigação, para observar, priorizar, planejar, sistematizar, antecipar e avaliar consistentemente. Favoreceu, ainda, o aperfeiçoamento da capacidade instrumental, melhorou a capacidade de adaptação, a segurança, permitiu uma visão mais global, bem como aumentou a *compliance* para responder a situações mais complexas (Queirós, 2015).

A intervenção no serviço de urgência direcionada as fragilidades nas práticas detetadas no controlo da dor oncológica e dispneia, permitiu validar a importância das linhas orientadoras e da auditoria e *feedback* como estratégias que melhoram os padrões de qualidade das intervenções de enfermagem, tal como a literatura enfatiza (Ista, Dijk & Achterberg, 2012; Mearis, Shega & Knoebel, 2013; Choi *et al.*, 2014; Stacey *et al.*, 2014). Para além dos ganhos verificados em análise

estatística após formação: apreciação mais completa, re-avaliação mais frequente, maior periodicidade nos registos escritos das estratégias não farmacológicas implementadas, menor utilização de vias invasivas, maior utilização de opióides fracos na dor moderada e fortes na dor severa e abordagem multimodal no controlo da dispneia, ainda foram identificadas algumas áreas lacunares que carecem de contínuo investimento. Neste sentido, o presente projeto de intervenção não terminará com a elaboração deste relatório de estágio, pelo que se prespetivam várias ações para a sua projeção no futuro. Considera-se da máxima importância, continuar a fortalecer os elos de ligação com a Unidade Multidisciplinar da dor, na função de consultadoria e de referenciação, dado que é um protocolo recente, em oficialização. A partilha dos dados obtidos na auditoria, que revelam melhoria na intervenção dos enfermeiros, também serão partilhados em uma instância próxima, com a finalidade de aumentar a sua motivação para a inovação das práticas. Prevê-se, de igual modo, a realização de outras sessões de formação, mediante a auscultação das necessidades dos pares, expressaram nas sugestões de necessidade de outros momentos para aprofundar conteúdos. Alia-se a esta evidência, o facto de se manter a predisposição para a administração de oxigenoterapia a alto débito, em todas as situações de dispneia severa e a renitência à utilização da via subcutânea, o que significa que ainda existem outros aspectos que ainda necessitam de ser trabalhados em equipa.

Como sugestões, em termos genéricos, para outros trabalhos de intervenção e/ ou investigação recomenda-se a análise do corpo de saberes sobre os princípios basilares no controlo sintomático, em enfermeiros, para averiguar a necessidade de um maior enfoque no plano de estudos pós-graduados. Sugere-se, ainda, a utilização da estratégia de auditoria e *feedback* das práticas, na realidade portuguesa, com uma amostra estatisticamente significativa, para testar/ comprovar a sua eficácia no controlo de sintomas, bem como que modelos de intervenção podem aumentar a proximidade entre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência. A identificação dos factores intervenientes na resistência da utilização da via subcutânea e administração de oxigenoterapia de alto débito na dispneia severa, sem hipoxemia moderada a grave, poderia ajudar os enfermeiros na inovação das práticas. E, por último, a validação de uma escala de hetro-avaliação da intensidade da dispneia, para a realidade portuguesa, dirigida à pessoa em situação oncológica.

Este percurso teve como finalidade a emancipação profissional, que parte do aprender a aprender e de mudar de prática pela auto-crítica e consciência de tomada de decisão (Santos & Fernandes, 2004), assim como permitiu identificar necessidades de aprendizagem, promovendo a competência, qualidade e a prática provida de sentido (Cooney, 1999). A reflexão na e sobre a experiência é como uma janela através do qual o indivíduo se pode observar e focar em si próprio no contexto particular da experiência, no sentido de se confrontar, entender e se mobilizar para a resolução da contradição entre uma ótica e a sua própria prática (Johns, 2004). Foi a vivência deste conflito que permitiu obter *insight* e (re)definir novas estratégias, aumentar o empoderamento para, em uma espiral reflexiva, no futuro possa responder a novas, complexas e imprevisíveis situações.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
2. Alcarão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora;
3. Almeida, M., Spínola, A. & Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 20 (1), 49-58.
4. Amiguinho, A.; Valente, A.; Correira, H. & Mandeiro, J. (2003). Formar-se no projeto e pelo projeto. In Canário, R. (Ed), *Formação e situações de trabalho*. (pp.101-116). Porto: Porto Editora.
5. Azevedo, L.; Pereira, A.; Dias, C.; Agualusa, L.; Lemos, L. *et al.* (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15 (4), 4-57.
6. Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
7. Batalha, L.; Figueiredo, A.; Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala de dor Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/ IT). *Referência*, 3 (9), 7-16.
8. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
9. Bharkta, H. & Marco, C. (2014). Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 46 (4), 456-464.
10. Bolívar, A. (1997). A escola como organização que aprende. In R. Canário, A. Correia, C. Dubar *et al.* *Formação e situações de trabalho*. (pp.79-100). Porto: Porto Editora.
11. Bonk, A. (2012). Management of dyspnea in a patient with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39 (3), 257-260.
12. Borrego, M.; Matos, A. & Fonseca, C. (2013). *Avaliação e registo da dor no Hospital Santa Maria*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.
13. Boveldt, N.; Vernooij-Dassen, B.; Burger, N.; IJsseldijk, M.; Vissers, K. & Engels, Y. (2014). Pain and Its Interference with Daily Activities in Medical Oncology Outpatients. *Pain Physician*, 16, 379-389.

14. Brant, J.; Beck, S.; Dudley, W.; Cobb, P.; Pepper, G. & Miaskowki, C. (2011). Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31 (1), 67-77.
15. Burkett, V. & Cleeland, C. (2007). Symptom burden in cancer survivorship. *Journal of Cancer Surviv*, 1, 167-175.
16. Cairns, L. (2012). Managing breathlessness in patients with lung cancer. *Nursing Standard*, 27 (13), 44-49.
17. Campos, L; Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
18. Cancer Care Ontario. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canadá: Cancer Care Ontario.
19. Capelas, M. (2008). A dor total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos da Saúde*, 1 (1), 9-24.
20. Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. *et al.* (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68.
21. Caseiro, J.; Serralheiro, I.; Medeiros, L.; Teles, I.; Regateiro, M.; Valentim, J.; Mendes, C.; Serrano, N. *et al.* (2014). *Procedimentos e protocolos utilizados em anestesia clínica e analgesia do pós-operatório*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE.
22. Centro Hospitalar Lisboa Norte (2014). *Evolução anual da actividade assistencial da urgência* (consultado a 16/07/2014). Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmmintra/tabid/1626/Default.aspx>.
23. Chang, A; Garden, G.; Duffield, C. & Ramis M. (2010). A Delphi study to Validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2320-2330.
24. Christensen, M. (2009). Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. *Nursing in Critical Care*, 14 (2), 86-94.
25. Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in na acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69.
26. Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in na acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69.

27. Cleeland, C. & Sloan, J. (2010). Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 1077-1085.
28. Cooney, A. (1999). Reflection demystified: answering some common questions. *British Journal of Nursing*, 8 (22), 1530-1534.
29. Cooney, A. (1999). Reflection demystified: answering some common questions. *British Journal of Nursing*, 8 (22), 1530-1534.
30. Costa, M. & Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Referência*, 7, 63-72.
31. Couceiro, L. (1996). *Reflexão sobre a prática profissional: Uma experiência de formação de professores*. Comunicação apresentada no VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE, “ Formação, saberes profissionais e situações de trabalho. (pp 419-428). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
32. D’Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifio: Revista em Ciências da Educação*, 6, 7-20.
33. Dale, O.; Moksnes, K. & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects: a systematic review. *Palliative Medicine*, 25 (5), 494-503.
34. Dall, T.; Chen, Y.; Seifert, R.; Maddox, P. & Hogan, P. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47 (1), 97-104.
35. Dempster, M.; McCorry, N.; Brennan, E.; Donnelly, M.; Murray, L. & Johnston, B. (2011). Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-Oncology*, 20, 698–705.
36. Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
37. Direção-Geral da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: análise dos planos nacionais de saúde de outros países*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
38. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
39. Direcção-Geral da Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
40. Direcção-Geral da Saúde (2013). *Portugal, doenças oncológicas em números 2013: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

41. Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press: Ann Arbor, MI.
42. Dong, S.; Butow, P.; Costa, D.; Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1-32.
43. Doran, D. (2003). *Preface*. In Doran, D. (eds). *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
44. Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: State of the Science*. 2^a ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
45. Doran, D.; Mildon, B. & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24 (2), 38-57.
46. Dulko, D.; Hertz, E.; Julien, J. & Mooney, K. (2010). Implementation of cancer pain guidelines by acute care nurse practitioners using an audit and feedback strategy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 45-55.
47. Dyar, S.; Lesperance, M.; Shannon, R.; Sloan, J.; Colon-Otero, G. (2012) A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 890-895;
48. Esteves, M. (2008). Para a excelência pedagógica no ensino superior. *Sísifio. Revista de Ciências da Educação*, 7, 101-110.
49. Esteves, M. & Rodrigues, A. (2003). A formação inicial de professores. *Investigar em Educação*, 2, 15-68.
50. Farquhar, M.; Prevost, A.; McCrone, P.; Higginson, I.; Gray, J.; Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11
51. Feio, M. (2006). *Quanto custa morrer?* Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
52. Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Ervik, M.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Forman, D. & Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancerBase*. France: International Agency for Research on Cancer.
53. Fielding, F.; Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 84-91.

54. Fonseca, C.; Ramos, A.; Basto, M.; Vilelas, J.; Castro, C. & Botelho, M. (2012). Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 3(2), 474-83.
55. Giesinger, J.; Wintner, L.; Oberguggenberger, A.; Gamper, E.; Fiegl, M.; Den, H.; Kemmler, G.; Zabernigg, A. & Holzner, B. (2011). Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (8), 904-912.
56. Gonçalves, G.; Guterres, J. & Novais, S. (2010). A vivência da transição numa pessoa laringectomizada. *ONCONEWS*, 14, 7-17.
57. Griffiths, P.; Richardson, A. & Blackwell, R. (2009). *Nurse sensitive outcomes e indicators in ambulatory chemotherapy*. National Nursing Research Unit, King's College London: London.
58. Grudzen, C.; Stone, S. & Morrison, R. (2011). The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (8), 945-950.
59. Guarda, H. (2006). Escala Doloplus: avaliação comportamental da pessoa idosa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
60. Harding, A. & Simmons, C. (2012). Lung cancer in emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 55-60.
61. Harrison, J.; Young, J.; Masya, L.; Solomon, M.; Butow, P. (2010) Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 13, 400-406;
62. Hensch, I.; Bergman, B. & Danielson, E. (2008). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 709-715.
63. IASP (1994). *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. In Classification of chronic pain. Eds: Merskey, H. & Bogduk. Seattle: IASP Press. p- 20-213.
64. Irvine, D.; Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16 (2), 58-87.
65. Irwin, M.; Begman, R. & Richards, R. (2013). The experience of implementing evidence-based practice change: a qualitative analysis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (5), 544-549.
66. Ista, E.; Dijk, M. & Achterberg, T. (2012). Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospitals? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 552-568.

67. Jarzyna, D.; Jungquist, C.; Pasero, C.; Willens, J.; Nisbet, A.; Oakes, L.; Dempsey, S.; Santangelo, D. & Olomano, R. (2011). American Society for Pain Management Nursing Guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing*, 12 (3), 118-145.
68. Jonhs, C. (2004). *Becoming reflective*. Australia: Blackwell Publishing.
69. Josso, C. (1988). Da formação do sujeito...ao sujeito da formação. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds). *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp.35-50). Lisboa: Ministério da Saúde.
70. Kathleen, F.; Rao, S.; Douglas, M.; Thomas, M.; Elliott, J. & Miaskowski, C. (2008). Nurse coaching to explore and modify patient attitudinal barriers interfering with effective cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 35 (2), 233-240.
71. Kim, J.; Dodd, M.; Aouizerat, B.; Jahan, T. & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 715-735.
72. Lai, E. (2011). *Critical thinking: a literature review*. Pearson.
73. Laugsand, E.; Sprangers, M.; Bjordal, K.; Skorpen, F; Kaasa, S. & Kelpstad, P. (2010). Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicentre european study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (104), 1-13.
74. Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
75. Lindqvist, O.; Lundquist, G.; Dickman, A.; Bukki, J.; Lunder, U.; Hagelin, C.; Rasmussen, B.; Sauter, S.; Tishelman, C. & Furst, C. (2013). Four essential drugs needed for quality care of the dying: a delphi-study based international expert consensus opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (1), 38-43
76. Linton, M. & Prasun, M. (2013). Evidence-based practice: collaboration between education e nursing management. *Journal of Nursing Management*, 21, 5-16.
77. LoBiondo-Wood, G.; Brown, C.; Knobf, T.; Lyon, D.; Mallory, G.; Mittchell, S.; Von, D.; Wesmiller, S. & Fellman, B. (2014). *Oncology Nursing Forum*, 41 (1), 67-76.
78. Malone, J.; Seers, K.; Titchen, A.; Harvey, G.; Kitson, A.; McCormack, B. (2003) What counts as evidence in evidence-based in practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90.
79. Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: ReportNumber, Lda.

80. Massa, E. (2010). *Análise da necessidade de recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa.
81. McCance, T.; Slater, P. & McCormack, B. (2009). Using the caring dimension inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (3), 409-417.
82. McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
83. McCormack, B.; Karlsson, B.; Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci*, 24, 620–634.
84. McFarlane, K.; Dixon, L.; Wakeman, C.; Robertson, G.; Eglinton, T.; Frizelle, F. (2011) The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 14, 245-249;
85. Mearis, M.; Shega, J. & Knoebel, R. (2013). Does adherence to National Comprehensive Cancer Network Guidelines improve pain-related outcomes? An evaluation of inpatient cancer pain management at an Academic Medical Center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1-8.
86. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. (4^a Ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
87. Mitchell, A., Lord, K. & Slattery, J., *et al.* (2012). How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer*, 1 (10), 6260-6269.
88. Morgan, M. (2009). Cancer survivorship: history, quality-of-life issues and the evolving multidisciplinary approach to implementation of cancer survivorship care plans. *Oncology Nursing Forum*, 26 (4), 429-436.
89. Morin, E (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Piaget.
90. Morse, J. (2001). Toward a practice theory of suffering. *Adv Nurs Sci*. (1):47, 1-21.
91. Motov, S. & Khan, A. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2, 5-11.
92. Mussak, E. (2004). *Metacompetência: Uma nova visão do trabalho e da realização pessoal*. Coimbra: Ariadne Editora.
93. Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.),

- Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 3-39). Loures: Lusociência.
94. National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
 95. National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
 96. Nicholson, A. (2013). Methadone for cancer pain. *The Cochrane Collaboration*, 6, 1-31.
 97. Norvtedt, P. (2003). Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nursing Philosophy*, 4, 222-230.
 98. Oliveira, A. (2010). Um olhar de dentro: perspectivas de professores acerca de necessidades de mudança na escola. *Sísifio: Revista de Ciências da Educação*, 11, 127-138.
 99. Oliveira, A. (2011). *A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
 100. Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
 101. Oncology Nursing Society. (2013). *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
 102. Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem
 103. Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 104. Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 105. Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com trauma vertebra-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 106. Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 107. Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

108. Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
109. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
110. Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
111. Paice, A. (2011). Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain*, 152, 84-89.
112. Pena, M. (2013). *A dor no doente oncológico*. Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar. Artigo de Revisão Bibliográfica para Mestrado Integrado em Medicina. Porto.
113. Pereira, A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formassau.
114. Pereira, R.; Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 55-62.
115. Piamjariyakul, U.; Wialliams, P.; Prapakorn, S.; Kim, M.; Park, L.; Rojjanasrirat, W. & Williams, A. (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 387-394.
116. Pina, P. (2012). *A complexidade do tratamento da dor oncológica: intensidade da dor como factor preditivo*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
117. Piquer, M. & Andrés, M. (2008). *Metodologías activas*. Valencia: Editorial de la UPV.
118. Poochikian-Sarkissian, S.; Sidani, S; Ferguson-Pare, M. & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32 (4), 14-21.
119. Pud, D.; Bem, S.; Cooper, B; Aouizerat, B.; Cohen, D.; Radiano, R. *et al.* (2008). The symptom experience of oncology outpatients has a diferente impacto on quality-of-life outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35 (2), 162-170.
120. Queirós, P. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 84-91.
121. Radwin, L.; Cabral, H.; Wilkes, G. (2009) Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Nursing & Health*, 32, 4-17;

122. Ramos, A. (2011). *Indicadores da individualização de cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Universidade de Humanidades e Tecnologia Lusófona. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa.
123. Ramos, A., Fonseca, C., Ferreira, M., Malheiro, N. (2012) Noninvasive Ventilation Versus Mechanical Ventilation, Gains in Health. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (1), 30-40.
124. Raymond, V.; Bak, K.; Kiteley, C.; Martelli-Reid, L.; Poling, M.; Cameron, A.; Maddison, G.; Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario
125. Ribeiro, A. (2012). *Controlo de sintomas em cuidados paliativos em um serviço de medicina interna*. Universidade Nova de Lisboa. Tese de mestrado em cuidados paliativos. Lisboa.
126. Ribeiro, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 109-116.
127. Ribeiro, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 109-116.
128. Ribeiro, J.; Barreto, A.; Varanda, J.; Penedo, J.; Caiado, José; Nunes, J.; Santos, N.; Boto, P.; Ivo, R. & Santos, T. (2011). *Relatório final: os cidadãos no centro do sistema e os profissionais de saúde no centro da mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
129. Richards, C.; Gisondi, M.; Chang, C.; Courtney, M.; Engel, K.; Emanuel, L. & Quest, T. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 757-764.
130. Richardson, A. *et al.* (2011). Knowledge, ignorance and priorities for research in key áreas of cancer survivorship: findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105, 582-594.
131. Riche, G. & Alto, R. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: “a quinta disciplina”. *Cadernos Discentes Coppead*, 9, 36-55.
132. Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzo, E.; Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23, 139-154.
133. Ritto, C.; Rocha, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R. & Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
134. Rodrigues, A. (2007). Da teoria à prática: necessidades de formação dos formadores. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.), *Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 77-92). Loures: Lusociência.

135. Ross, H.; Tod, A. & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10.
136. Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
137. Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento, Aveiro.
138. Shi, Q.; Smith, T.; Michonski, J.; Stein, K.; Kaw, C. & Cleenland, C. (2011). Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis. *Cancer*, 15, 2779-2790.
139. Shoemaker, L.; Estfan, B.; Induru, R. & Walsh, T. (2011). Symptom management: na importante part of cancer care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (1), 25-34.
140. Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory for Nursing Practice* 22, 24-37.
141. Skrutkowski, M.; Saucier, A.; Eades, M.; Swidzinski, M.; Ritchie, J.; Marchionni, C.; Ladouceur, M. (2008) Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 948-954;
142. Spichiger, E.; Müller-Fröhlich, C-; Denhaerynck, K.; Stoll, H.; Hantikainen & Dodd, M. (2011). Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: a descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 95-102.
143. Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1993). *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
144. Stacey, D.; Carley, M.; Ballantyne, B.; Skrutkowski, M. & Whynot, A. (2014). Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-10.
145. Sun, V.; Borneman, T.; Piper, B.; Koczywas, M. & Ferrel, B. (2008). Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *Journal of Cancer Surviv*, 2 (65), 65-71.
146. Teodoro, R. (2013). O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro. Lisboa: ISPA, tese para a obtenção do grau de mestre.
147. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores.
148. Vallerand, A.; Musto, S. & Polomano, R. (2011). Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*, 15, 250-262.

149. Veiga, A.; Barros, C.; Couto, P. & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Referência*, 10, 47-56.
150. Viana, A. (2014). *Sufrimento experienciado pelo enfermeiro quando cuida o doente em fim de vida com dor não controlada*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Viana do Castelo.
151. Vignorali, E.; Bennet, M.; Nekolaichuck, C.; Lima, L.; Wenk, R; Ripamonti, C. & Bruera, E. (2012). Strategic pain management: the identification and development of the IAHPIC opioid essential prescription package. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (2), 186-191.
152. Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
153. Wallace, E.; Ridley, J.; Bryson, J.; Mak, E. & Zimmermann, C. (2013). Addition of Methadone to Another Opioid in the Management of Moderate to Severe Cancer Pain: A Case Series. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (3), 305-309.
154. Weaver, K.; Morse, J. & Mitcham, C. (2008). Ethical sensivity in professional practice: concept analysis. *Journal Compilation*, 607-618.
155. Wengström, Y.; Geerling, J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127-131.
156. World health Organization. (2014). *Global battle against cancer won't be won with treatment alone effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crises*. London: International Agency of Research on Cancer.
157. Wright, J & Giovinazzo, R. (2000). Delphi: uma técnica de apoio ao planeamento prospetivo. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, 1 (12), 54-65.
158. Xiao, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom cluster. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 417-434.
159. Yamaguchi, T.; Shima, Y.; Morita, T.; Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *J Clin Oncol*, 43 (9), 896-909.
160. Zucca, A.; Boyes, A.; Linden, W. & Girgs, A. (2012). All's well that ends well? Quality of life and physical symptoms clusters in long-term cancer survivors across cancer types. *Journal of Pain as Symptom Management*, 43 (4), 720-731.

APÊNDICES

Apêndice 1: Aplicação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) na análise das práticas, no serviço de urgência

Os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem podem se definir como todos aqueles relevantes, baseados no domínio e intervenção da enfermagem, para os quais existe evidência empírica que relacione o *input* do enfermeiro e o resultado da intervenção (Doran, 2003, vii; Doran *et al.*, 2011), corroborando que, os enfermeiros objectivamente possuem valor económico no sistema de saúde Dall *et al.* (2009). Os indicadores de qualidade têm sido explorados na literatura como um modelo conceptual, que inclui a estrutura, o processo e resultados dos cuidados prestados (Donabedian, 1980; Doran, 2003). Todavia, o foco sobre os resultados é uma preocupação recente.

Tendo em conta o Modelo da eficácia do papel de enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) desenvolvido por Irvine *et al.* (1998), a análise das práticas, no serviço de urgência, a nível da estrutura irá incidir sobre as condicionantes da pessoa com doença oncológica (tipo de neoplasia, presença de sintomas, realização de quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia e outras co-morbilidades associadas), excluindo as questões referentes ao enfermeiro (experiência, conhecimentos, competência), bem como os organizacionais (carga de trabalho, funcionamento da equipa multidisciplinar). No que se reporta ao processo, analisa-se as intervenções autónomas do enfermeiro (medidas não farmacológicas, avaliação e monitorização da dor e dispneia) e as interdependentes (medidas farmacológicas). No que concerne aos resultados, analisou-se a eficácia do controlo sintomático (intensidade de sintomas e a necessidade de internamento por descontrolo sintomático).

A amostra foi não probabilística intencional, com recurso ao sistema informático ALERT[®], durante o mês de Maio de 2014, no Serviço de Urgência em um Hospital da área de influência Lisboa e Vale do Tejo. O objetivo residuiu na análise das práticas no controlo da dor e dispneia no serviço de urgência, da pessoa com doença oncológica. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao IBM SPSS 19 (Marôco, 2010).

Caracterização da amostra. A amostra foi composta por 29 pessoas com doença oncológica, das quais 37,9% de mulheres e 62,% foram homens, com idade média de 62 anos (Apêndice 1.1: Tabela 1). A neoplasia gastro-intestinal revelou-se a mais incidente (20,7%), seguindo-se a neoplasia cerebral, os órgãos anexos gastro-intestinais, pulmão e laringe, dos 10 diferentes tipos de

cancro incluídos (Apêndice 1.1: Tabela 2). A existência de metastização verificou-se em 19 das 29 pessoas incluídas (65,5%) (Apêndice 1.1: Tabela 3). A metastização óssea, hepática, peritoneal e combinada: hepática e pulmonar foi a mais frequente (Apêndice 1.1: Tabela 4). A presença de dor ocorre em 22 das 29 pessoas (75,9%) (Apêndice 1.1: Tabela 5), com localização abdominal mais prevalente (50%) (Apêndice 1.1: Tabela 6). Relativamente à intensidade, em 9,1% era ligeira, 45,5% moderada e em 45,5% severa (Apêndice 1.1: Tabela 7). A dispneia manifestou-se em 8 pessoas (27,6%) (Apêndice 1.1: Tabela 8). No que concerne ao *cluster* sintomas, 11 pessoas (37,9%) experienciaram outros sintomas em simultâneo, sendo as náuseas o mais frequente (Apêndice 1.1: Tabela 9) e em um dos participantes a dispneia ocorreu em concomitância com a dor. Das 29 pessoas com doença oncológica, 58,6% estava sob quimioterapia, 34,5% sob radioterapia e 6,9% sob hormonoterapia (Apêndice 1.1: Tabela 10, 11 e 12).

Apreciação e controlo da dor oncológica. A intensidade e localização da dor é em todos os casos alvo de avaliação, todavia o tipo, duração, frequência, factores de alívio, exacerbação e impacto da dor não consta nos registos escritos e em 45,5% das pessoas a intensidade da dor não foi reavaliada (Apêndice 1.1: Tabela 13), resultados semelhantes foram encontrados em um projeto de intervenção sobre a avaliação e registo da dor em um Centro Hospitalar da área de Vale do Tejo e Lisboa (Borrego, Matos & Fonseca, 2013). Os dados colhidos significam que a caracterização da dor ainda se encontra desviante da sintonia com os pressupostos de boa prática preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2008), pela European Oncology Nursing Society (2014) (Wengström, Geerling & Rustoen, 2014) e pela National Comprehensive Cancer Network Guidelines (2014). Simultaneamente, 78,9% da terapêutica analgésica é administrada por via endovenosa, 10,5% intra-muscular e 5,7% via oral (Apêndice 1.1: Tabela 14). Em 7 pessoas com dor moderada (4-7) apenas 1 é medicada com opióides fracos e em 8 pessoas com dor severa (8-10) apenas 2 são medicadas com opióides fortes (Apêndice 1.1: Tabela 15). Apesar de se verificar a utilização de alguns dos fármacos adjuvantes do controlo da dor oncológica, como anti-inflamatórios não esteróides, anti-espasmódicos e anti-eméticos (Apêndice 1.1: Tabela 16), 22,7% das pessoas ainda tem alta ou é hospitalizada com dor moderada (Apêndice 1.1: Tabela 13),

tendo em conta a omissão de re-avaliação em 45, 5%. Deste modo é possível constatar um *deficit* de controlo, com fraca inclusão das recomendações dos três degraus de escala analgésica propostos pela World Health Organization (Fielding, Sanford & Davis, 2013) ou de outras linhas orientadoras consideradas consistentes: European Oncology Nursing Society (2014) (Wengström, Geerling & Rustoen, 2014), National Comprehensive Cancer Network Guidelines for Adult Cancer Pain (2014), European Society for Medical Oncology (Ripamonti *et al.*, 2012), European Palliative Care Research Collaborative (Dale, Moksnes & Kaasa, 2010; Careni *et al.*, 2012), American Society for Pain Management Nursing Guidelines (Jarzyna *et al.*, 2011), The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations (Yamaguchi *et al.*, 2013).

Apreciação e controlo da dispneia. Das 8 pessoas que experienciaram dispneia (Apêndice 1.1: Tabela 17) a todas foi administrada oxigenoterapia a baixo débito, sem relação direta com a presença de hipoxemia (Saturação Periférica de Oxigénio $\leq 90\%$ ou Pressão Parcial de Oxigénio $\leq 80\text{mmHg}$), em que apenas a 2 foi administrada Morfina e a uma delas Hidrocortisona e Broncodilatadores. É um sintoma menos documentado, valorizado e tratado relativamente à dor, apesar da sua componente objetiva manifesta na alteração das características da respiração, utilização dos músculos acessórios da respiração e estado psico-emocional (Barbosa & Neto, 2010; Harding & Simmons, 2012). Paralelamente é possível inferir que, as práticas de enfermagem podem ser otimizadas, quando comparadas com linhas de orientação de boa prática da National Comprehensive Cancer Network Guidelines Palliative Care (2011), Oncology Nursing Society (2012) e Care Cancer Ontario Guide-to-Practice in Dyspnea (2010).

Continuidade de Cuidados: Em 34, 5% das pessoas tem alta sem reajuste medicamentoso, 13,8% necessita de internamento para controlo da dor ou dispneia e 27,6% ficou hospitalizado por outros motivos (Apêndice 1.1: Tabela 18). Em 31% dos casos não se avaliou se existe ou não seguimento em ambulatório (Apêndice 1.1: Tabela 19), bem como a terapêutica habitual foi desvalorizada.

Apêndice 1.1: Análise estatística do diagnóstico de situação

Tabela 1: Distribuição do sexo das pessoas com doença oncológica

Sexo	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	11	37,9
Masculino	18	62,1
Total	29	100,0

Tabela 2: Distribuição do tipo de neoplasia das pessoas com doença oncológica

Tipo de Neoplasia	Frequência	Percentagem (%)
Neoplasia do Pulmão	4	13,8
Neoplasia Cerebral	5	17,2
Neoplasia da Laringe	4	13,8
Neoplasia do Ovário	1	3,4
Neoplasia Gastro-intestinal	6	20,7
Neoplasia das Vias Biliares	3	10,3
Neoplasia da Próstata	3	10,3
Carcinoma Hepatocelular	1	3,4
Neoplasia da Bexiga	1	3,4
Neoplasia da Mama	1	3,4
Total	29	100,0

Tabela 3: Distribuição da existência de metastização nas pessoas com doença oncológica

Metastização	Frequência	Percentagem (%)
Sim	19	65,5
Não	10	34,5
Total	29	100,0

Tabela 4: Distribuição dos locais de metastização na pessoa com doença oncológica

Locais de Metastização	Frequência	Porcentagem (%)
Metastização Óssea	4	21,0
Metastização Hepática	4	21,0
Metastização Peritoneal	3	15,8
Metastização Hepática e Pulmonar	4	21,0
Metastização Mesentérica e Retroperitoneal	1	5,3
Metastização Óssea, Cerebral e Renal	1	5,3
Metastização Peritoneal e Hepática	1	5,3
Metastização Gastro-intestinal	1	5,3
Total	19	100,0

Tabela 5: Distribuição da presença de dor na pessoa com doença oncológica

Presença de Dor	Frequência	Porcentagem (%)
Presente	22	75,9
Ausente	7	24,1
Total	29	100,0

Tabela 6: Distribuição da localização da dor na pessoa com doença oncológica

Localização da Dor	Frequência	Porcentagem (%)
Cefaleia	5	22,7
Dor abdominal	11	50,0
Lombalgia	6	27,3
Total	22	100,0

Tabela 7: Distribuição da intensidade da dor nas pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor	Frequência	Porcentagem (%)
Ligeira (1-4)	2	9,1
Moderada (5-7)	10	45,5
Severa (8-10)	10	45,5
Total	22	100,0

Tabela 8: Distribuição da presença de dispneia nas pessoas com doença oncológica

Presença de Dispneia	Frequência	Percentagem (%)
Presente	8	27,6
Ausente	21	72,4
Total	29	100,0

Tabela 9: Distribuição de outros sintomas experienciados nas pessoas com doença oncológica

Outros Sintomas	Frequência	Percentagem (%)
Tosse	1	9,1
Náuseas	4	36,4
Astenia	1	9,1
Obstipação	2	18,2
Prostração	1	9,1
Vômitos	2	18,2
Total	11	100,0

Tabela 10: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob quimioterapia

Quimioterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	17	58,6
Não	12	41,4
Total	29	100,0

Tabela 11: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob radioterapia

Radioterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Total	29	100,0

Tabela 12: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob hormonoterapia

Hormonoterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	2	6,9
Não	27	93,1
Total	29	100,0

Tabela 13: Distribuição da intensidade da dor na alta das pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor na Alta	Frequência	Percentagem (%)
Ligeira (1-4)	7	31,8
Moderada (5-7)	5	22,7
Não avaliada	10	45,5
Total	22	100,0

Tabela 14: Distribuição da via de administração de fármacos nas pessoas com dor oncológica

Via de Administração	Frequência	Percentagem (%)
Endovenosa	15	78,9
Intra-muscular	2	10,5
Oral	1	5,3
Intramuscular, oral e endovenosa	1	5,3
Total	19	100,0

Tabela 15: Distribuição do tipo de opióides pela intensidade da dor das pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor	Tipo de Opióides			Total
	Opióides ligeiros	Opióides fortes	Opióides ligeiros com outros analgésicos	
Moderada (5-7)	0	0	1	7
Severa (8-10)	1	2	1	8
Total	1	2	2	17

Tabela 16: Distribuição dos fármacos administrados nas pessoas com doença oncológica

Fármacos Administrados	Frequência	Percentagem (%)
Paracetamol	2	10,5
Outros Analgésicos com Anti-eméticos	2	10,5
Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)	2	10,5
AINES com outros Analgésicos	2	10,5
Anti-eméticos	2	10,5
Anti-espasmódicos com outros Analgésicos	2	10,5
Opióides Ligeiros	1	5,3
Opióides Fortes	3	15,8
Hidrocortisona e Broncodilatadores	1	5,3
Opióides Ligeiros e outros Analgésicos	2	10,5
Total	19	100,0

Tabela 17: Distribuição da presença de dispneia na pessoa com doença oncológica

Presença de Dispneia	Frequência	Percentagem (%)
Presente	8	27,6
Ausente	21	72,4
Total	29	100,0

Tabela 18: Distribuição do plano pós-alta das pessoas com doença oncológica

Plano Pós-Alta	Frequência	Percentagem (%)
Encaminhamento para consulta	1	3,4
Alta medicada sem reajuste terapêutico	10	34,5
Internamento para controlo sintomático	4	13,8
Internamento por outra etiologia	8	27,6
Alta com reajuste terapêutico	5	17,2
Perda de Vida	1	3,4
Total	29	100,0

Tabela 19: Distribuição do tipo de acompanhamento em ambulatório das pessoas com doença oncológica

Tipo de Acompanhamento	Frequência	Porcentagem (%)
Consulta Oncologia Médica	11	37,9
Cuidados Paliativos	1	3,4
Sem seguimento estruturado	4	13,8
Não consta	9	31,0
Otorrinolaringologista	2	6,9
Neuro-Oncologia	2	6,9
Total	29	100,0

Apêndice 2: Revisão Sistemática da Literatura: “Linhas de orientação de boa prática no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”

***Linhas de Orientação de Boa Prática no Controlo da Dor e Dispneia
da Pessoa com Doença Oncológica, no Serviço de Urgência:
Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem****

Resumo

Objetivo: Delinear linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência.

Metodologia: Pergunta PI[C]O, com recurso à EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), retrospectivamente de Setembro de 2014 até 2009 e *guidelines* emanadas por entidades de referência: Oncology Nursing Society (2011), National Comprehensive Cancer Network (2011; 2014) e Cancer Care Ontario (2010), dos quais resultou um total de 15 artigos.

Resultados: A primeira etapa para um controlo adequado de sintomas é uma apreciação sistematizada. O tratamento farmacológico da dor deve-se reger pela escada analgésica modificada da OMS, com inclusão da titulação, equinalgesia, rotatividade de opióides, vias de administração, condições dolorosas de difícil tratamento e controlo de efeitos adversos. A oxigenoterapia e ventilação não invasiva são modalidades de controlo de algumas situações de dispneia, onde a utilização de diuréticos, broncodilatadores, corticóides, benzodiazepinas e opióides fortes são estratégias eficazes. As medidas não farmacológicas: apoio psico-emocional, hipnose, aconselhamento/ treino/ instrução, adesão terapêutica, musicoterapia, massagem, técnicas de relaxamento, apoio telefónico, reeducação funcional e respiratória aumentam igualmente os ganhos em saúde.

Conclusões: O controlo da dor oncológica e dispneia exigem uma abordagem compreensiva e multimodal.

Implicações para a Prática de Enfermagem: Linhas orientadoras de boa prática, desenvolvidas com base na evidência científica, possibilitam uma tomada de decisão mais sustentada, que contribui para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Summary

Objective: To delineate guidelines of good practice for managing pain and dyspnea, in the person with cancer disease, in emergency room.

Methodology: PI[C]O question, the procedure was using the EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), retrospectively from September 2014 until 2009 and the guidelines issued by reference entities: Oncology Nursing Society (2011), National Comprehensive Cancer Network (2011; 2014) and Cancer Care Ontario (2010), which resulted in a total of 15 articles.

Results: The first step to achieve adequate control of symptoms is an appropriate assessment. Pharmacological treatment of pain should be governed by the modified WHO analgesic ladder, with inclusion of the titration, equinalgesia, rotation of opioids, routes of administration, painful conditions

difficult to treat and manage adverse events. Oxygen therapy and noninvasive ventilation are control rules for some dyspnea situations. The use of diuretics, bronchodilators, steroids, benzodiazepines and strong opioids are effective strategies. Non-pharmacological measures: psycho-emotional support, hypnosis, counseling/ training/ education, medication adherence, music therapy, massage, relaxation techniques, telephone support, functional and respiratory rehabilitation also increase health gains.

Conclusions: The control of cancer pain and dyspnea require a comprehensive, multimodal approach.

Implications for Nursing Practice: Guide to good practice lines, developed on the basis of scientific evidence, enable a more informed decision-making, which contributes to the continuous improvement of the quality of professional practice of nurses.

* Autores:

Ana Filipa Ramos: Licenciada em Enfermagem. Mestre em Ciências da Educação. Estudante da Pós-Especialização em Médico-cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem Oncológica na ESEL. Enfermeira no CHLN, EPE.

Eunice Sá: Licenciada em Enfermagem. Mestre em Psicologia da Saúde. Doutoranda em Enfermagem. Professora Adjunta na ESEL.

***Linhas de Orientação de Boa Prática no Controlo da Dor e Dispneia
da Pessoa com Doença Oncológica, no Serviço de Urgência:
Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem***

O cancro é considerado uma das principais causas de morte antes dos 70 anos em Portugal. Paralelamente, no mundo todos os anos surgirão mais 14 milhões de novos casos, em que o número de pessoas com cancro é expectável que triplique em 2030, como resultado também da sobrevivência (Ferlay *et al.*, 2013; DGS, 2012; WHO, 2014). Os sobreviventes continuam a experienciar significativas limitações, comparativamente com todos aqueles sem história de cancro (Zucca *et al.*, 2012). A presença de sintomas persiste permanentemente, derivado dos efeitos adversos directos da neoplasia, do tratamento, da exacerbação e/ ou do surgimento de novos, associados a recidiva ou segundo tumor (Sun *et al.*, 2008; Brant *et al.*, 2011).

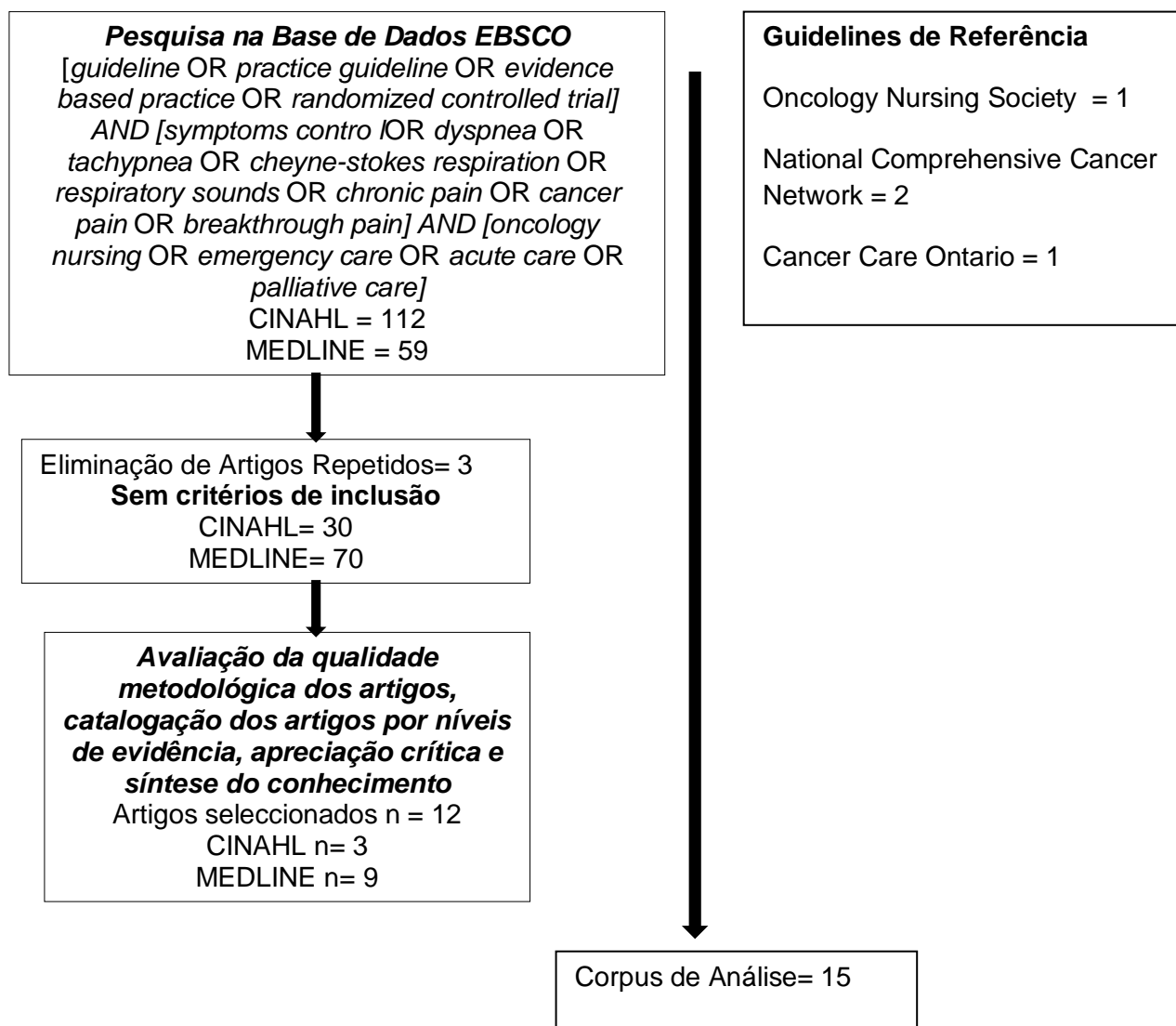
O hospital, particularmente, o serviço de urgência, continua a ser um dos sistemas de suporte mais utilizado (Massa, 2010; Veiga *et al.*, 2009). Historicamente, os sintomas têm sido estudados separadamente, todavia investigações recentes suportam a necessidade de uma visão integrativa. A dor, a dispneia, a fadiga, o *distress* emocional surgem em simultâneo e são interdependentes. Deste modo, advém a designação de *cluster* sintomas, quando dois ou mais sintomas apresentam uma inter-relação entre si, tendo em conta que podem partilhar a mesma etiologia e produzir efeito cumulativo no funcionamento da pessoa (Cleeland & Sloan, 2010). A dor assume particular ênfase ao ser um item presente em todas as múltiplas escalas de avaliação de sintomas (Kim *et al.*, 2009), bem como é o motivo mais frequente de recurso ao serviço de urgência (Veiga *et al.*, 2009; Richards *et al.*, 2011), assim como a evidência sugere que também predomina um inadequado controlo analgésico neste contexto (Bhakta & Marco, 2014). A incidência da dor no início do trajeto da doença está estimada em 50% e que é incrementada para aproximadamente 75% em estádios avançados, o que significa que o sobrevivente não a experiencia apenas como resultado imediato do tratamento (Sun *et al.*, 2008; Cleeland & Sloan, 2010). Numa fase avançada da doença a dispneia é um dos sintomas que assume particular relevância, surge frequentemente associada a dor (cerca de 45%), representado um *cluster*

sintomas indutor de maior ansiedade e fadiga responsável pela procura de cuidados de saúde, pelo o que é fundamental um sério investimento no seu controlo (Dong *et al.*, 2014). Neste sentido, pretende-se enunciar quais as linhas orientadoras de boa prática de enfermagem no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Como ponto de partida foi formulada a seguinte questão de partida, em formato PICO: Quais as linhas orientadoras de boa prática (Intervention) no controlo da dor e dispneia (*Outcomes*) na pessoa com doença oncológica (*Population*) no serviço de urgência (*Setting*)? A base de dados eletrónica utilizada incidu sobre a EBSCO (MEDLINE with Full TEXT, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), onde os descritores foram pesquisados com a seguinte ordem: [*guideline OR practice guideline OR evidence based practice OR randomized controlled trial*] AND [*symptoms control OR dyspnea OR tachypnea OR cheyne-stokes respiration OR respiratory sounds OR chronic pain OR cancer pain OR breakthrough pain*] AND [*oncology nursing OR emergency care OR acute care OR palliative care*]. Os descritores foram procurados, retrospectivamente de Setembro de 2014 até 2009, resultando um total de 12 artigos. Nos critérios de inclusão englobam-se ainda as *guidelines* emanadas por entidades de referência na problemática: Oncology Nursing Society (2011), National Comprehensive Cancer Network (2011; 2014) e Cancer Care Ontario (2010). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos em ambas as bases de dados (N= 3), idade inferior a 18 anos e com data anterior a 2009. No total, obteve-se um total de 15 artigos, como se esquematiza na Fig 1.

Figura 1. Processo de pesquisa e selecção de artigos, no período de 2009/01/01 a 2014/10/09



Na elaboração das linhas de orientação de boa prática é crucial estabelecer quais os contornos para a sua aplicabilidade no contexto clínico, sendo, portanto, fundamental analisar a qualidade da evidência encontrada. Neste sentido, opta-se por seguir os critérios aprovados pela Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), expressos em National Guideline Clearinghouse, com foco igualmente na oncologia (Heidenreich, A. *et al.*, 2013). A eleição sobre esta metodologia ao invés do Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (Guyatt *et al.*, 2008) encontra-se relacionada com a possibilidade de maior discriminação dos níveis de evidência.

Paralelamente, atende ao raciocínio do National Comprehensive Cancer Network (2014), em que para uma segura e consistente aplicação nos contextos clínicos, somente são aceitáveis níveis de evidência considerados de elevada qualidade, ou seja, até 2a, discriminados na tabela 1.

Tabela 1. Níveis de evidência adaptados de Heidenreich, A. *et al.* (2013). *Guidelines on prostate cancer*. Netherlands: European Association of Urology.

Nível	Tipo de Evidência
1^a	Evidência de alta qualidade, obtida a partir de meta-análises, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (RCT)
1b	Evidência obtida a partir de pelo menos um RCT
2^a	Evidência obtida a partir de estudos de caso-controle de alta qualidade ou de coorte, com um risco muito baixo de viés e uma grande probabilidade de relação causal
2b	Evidência obtida a partir de pelo menos outro tipo de estudo bemdesenhado quase-experimental
3	Evidência obtida a partir de estudos não-experimentais bem desenhados, como estudos de co-relação ou estudos de caso
4	Evidência obtida a partir da opinião de especialistas ou de Identidades reconhecidas/ autoridades respeitáveis

RESULTADOS

Primeiramente, apresentam-se os achados referentes à dor oncológica, subdivididos em avaliação inicial, tratamento farmacológico e não farmacológico, vias de administração e controlo de efeitos adversos, onde se inserem também as recomendações encontradas quanto à formação dos enfermeiros, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2: Linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor, da pessoa com doença oncológica

Apreciação da dor oncológica	<i>Utilizar instrumentos de auto-avaliação</i> ^{9,13}	Escala das Faces Revista
		Escala de Faces de Wong-Baker
		Escala de Avaliação Numérica
		Escala Qualitativa
		Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
		Inventário Resumido da Dor
	<i>Utilizar instrumentos de hetero-avaliação</i> ^{9,13}	Avaliação da Dor na Demência Avançada
		Escala do Observador
		Versão Portuguesa da Escala da Dor <i>Behavioral Pain Scale</i>
	<i>Avaliar as características da dor oncológica</i> ^{3,5,9,13}	Intensidade
		Frequência
		Tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista),
		Localização e/ ou presença de irradiação
		Duração da dor e padrão de dor (contínua/ fim de dose/ irruptiva)
		Factores de alívio e de exacerbação
		Resposta ao esquema analgésico atual e de resgate
		Existência de outros sintomas associados
		Interferência nas atividades de vida diárias
	Grau de preocupação com a doença	

	<i>Avaliar estado psico-emocional</i> ^{9,13}	Grau de ansiedade
		Diagnóstico prévio de depressão e/ ou distúrbios de personalidade
		Presença de ideação suicida
		Presença de preocupações espirituais
	Averiguar a existência de outras co-morbilidades e/ ou comportamentos aditivos ^{9,13}	
Averiguar realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais ^{9,13}		
Realizar análise compreensiva da etiologia da dor oncológica com achados analíticos e imagiológicos ¹³		
Tratamento farmacológico da dor oncológica	<i>Dor ligeira (WHO step I – EAN 1-3)</i>	Paracetamol (dose máx: 4g/dia) ^{5,9,13}
		AINES: ibuprofeno (dose máx: 3200mg) e cetorolac (15-30mg EV 6/6h) no máximo durante 5dias ^{5,9,13,14}
		Inibidores da bomba de prótons ou bloqueadores do receptores de H ₂ no tratamento com AINES. Descontinuar AINES, se função hepática aumentar 1.5 do limite normal ^{5,13}
	<i>Dor ligeira a moderada (WHO step II – EAN 4-6)</i>	Considerar opióides fracos: codeína (≤360mg/dia) ou tramadol (≤400mg/dia: 100mg 4x/dia) PO ^{4,9,13}
		Se controlo inadequado, optar por opióides fortes em pequenas doses: morfina (≤30mg/dia), oxicodeína (≤20mg/dia) e hidromorfona (≤4mg/dia) ^{4,9}
	<i>Dor moderada a severa (WHO step III – EAN 7-10)</i>	Dor severa e instável recomenda-se fórmulas de rápida absorção ⁵
		Analgésicos não-opioides devem ser utilizados em simultâneo com os opióides na dor contínua ^{5,6}
		A dose de regular de opióides fortes pode ser aumentada em pessoas que experienciam dor contínua (dose sem tecto) ⁵
		O fentanil ou a bupremorfina transdérmicos são alternativas na incapacidade de deglutição ou insuficiência renal de grau 4 ou 5 ^{4,9,13}
		O tapentadol é um analgésico de ação central, aconselhado na dor neuropática, com uma dose inicial de 50-100mg PO, com uma dose máxima de 500mg/dia, de administração 12/12h ¹³
	<i>Dor moderada a severa refratária</i>	Técnicas invasivas estão recomendadas na dor intensa ^{9,13} : 1) referenciada a zonas de inervação de plexos nervosos; 2) sem resposta à rotatividade de opióides;

	<i>(WHO step IV – EAN 7-10)</i>	3) com necessidade de administração de grandes doses de opióides;
		4) efeitos colaterais significativos pelos métodos convencionais
		Desaconselhada nas coagulopatias, imunossupressão e expectativa de vida inferior a 6 meses ^{9,13}
		A via espinhal (epidural e intratecal) permite o bloqueio no neuroeixo. A via epidural é apenas necessário 20-40% da dose sistémica para a equinalgesia. Na via intratecal deve se utilizar 10% da dose sistémica de opióides ⁹
		A eficácia da administração local de agentes anestésicos é superior à utilização da via subcutânea ⁹
		A morfina e os anestésicos locais: como a bupivacaína, são os mais recomendados ⁹
	Na dor visceral está recomendada a utilização de bloqueio do sistema simpático ^{9,13}	
	<i>Titulação</i>	Realizada com um suplemento de opióide forte (equivalente a 10-15% da dose total habitual) do mesmo fármaco, mas sempre de rápida ação ^{4,9}
		Via oral ou endovenosa ^{4,9}
		Via endovenosa está indicada na necessidade de rápido controlo da dor ^{4,9}
		A metadona, tem uma semi-vida variável, pelo que se recomenda a sua titulação durante 5-7 dias ¹³
	<i>Rotatividade de Opióides</i>	No cálculo da equinalgesia deve ser contabilizada a dose total de opióides realizada nas 24h ⁴
		Considerar quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos ^{2,4,5}
		Começar com uma dose mais baixa do que a calculada pelos rácios de equinalgesia ⁴
	<i>Dor Neuropática</i>	Iniciar apenas opióides transdérmicos na dor razoavelmente controlada ⁴
		Os antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados adjuvantes de 1.ª linha ¹³
		Na dor neuropática neurálgica lacinante (tipo choque) sob opióides recomenda-se a inclusão de anti-convulsivantes: 1) carbamazepina (100mg 2x/dia até máximo de 400mg/dia) 2) gabapentina (100 a 300mg em dose única à noite para limitar a sedação, pode ser titulada até um máximo de 900mg-3600/dia repartida em 2 ou 3 tomas) 3) pregabalina (iniciar com uma dose de 50mg 3x/dia e aumentar para 100mg, até um máximo de 600mg) ^{4,5,9}
		Anti-depressivos tricíclicos (amitriplina) devem ser iniciados em baixas doses 10-25mg/dia até 75mg

		(devem ser titulados em 1 ou 2 semanas para minimizar efeitos secundários: sedação, xerostomia e urgência urinária) ^{4,5,9,13}
		Associar dexametasona na dor neuropática visceral e óssea, em situações de agudização (4 a 8mg 2 a 3x/dia) ^{4,5,9}
		A cetamina em doses baixas pode produzir analgesia e modular a sensibilização central, a hiperalgesia e a tolerância aos opióides ¹³
	<i>Dor Visceral (Oclusão Intestinal Maligna)</i>	Octreótido por via SC ou EV (0.1 a 0.2mg de 8/8h ou 12/12h) para reduzir as secreções gastrointestinais ^{5,13}
		Butilescopamida e os corticóides podem ser utilizados em associação ⁵ , com pausa alimentar e eventual entubação gástrica para descompressão ¹³
	<i>Dor Irruptiva</i>	Ocorre quando a dor basal está relativamente controlada ^{3,4,5}
		Atinge um máximo aos 5 minutos, com uma curta duração (entre 30-60min), que ocorre 3-4 vezes/dia ^{3,4,5}
		Se surge no término da semi-vida do opióide, não se deve antecipar a próxima toma, mas aumentar a dose do opióide regular de longa duração e/ ou reduzir o intervalo entre as doses ^{5,13}
		Se o estímulo desencadeante está identificado, recomenda-se implementar uma dose profiláctica de resgate (10-20% da dose diária habitual de rápida absorção), antes desse estímulo ^{5,9,13}
		A necessidade de fazer frequentes doses de resgate significa que o esquema de toma regular deverá ser alterado ⁵
		Os opióides fortes são aconselhados no tratamento de 1.ª linha ³
		A titulação de opióides, a introdução de adjuvantes e as tomas sempre a horas regulares são medidas importantes no controlo ^{3,4,9,13}
		Para terapêutica de resgate recomenda-se opióides com farmacodinâmica de rápida ação ^{3,4, 5,9,13}
		Utilizar o mesmo opióide de ação rápida e mantê-lo nas fórmulas de ação prolongada ¹³
		Morfina EV comparativamente ao fentanil transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos. Aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa ¹⁵
		Não existe dose equinalgésica para o fentanil transmucoso, pelo que se deverá começar com baixas doses e ser cuidadosamente titulado ¹³

	<i>Vias de administração</i>	Selecionar, preferencialmente, a via de administração oral, reduz a incidência de efeitos adversos ^{4,8,13}		
		Via subcutânea é simples e eficaz para a administração de morfina, sendo a primeira escolha quando via oral ou transdérmica não estão disponíveis ^{4,13,14}		
		A via endovenosa pode ser considerada quando a subcutânea está contra-indicada: anasarca, distúrbios na coagulação, hipoperfusão periférica, necessidade de infusão de volumes ou doses elevadas) ⁴		
	<i>Controlo de efeitos adversos</i>	Obstipação	Introduzir laxantes aquando toma de opióides ^{4,5,9,10,13}	
			Obstipação persistente recomenda-se a combinação de laxantes, com diferentes modos de atuação ^{4,13} ,	
			Enemas de limpeza ou microclisteres, em último caso e em situações isoladas ¹³	
			Na obstipação severa recomenda-se o despiste de oclusão intestinal ¹³	
			Na obstipação crónica recomenda-se a rotação de opióides ¹³	
			Incentivo a dieta rica fibras, ingestão hídrica adequada e exercício físico moderado	
		Náuseas e vômitos	Metoclopramida (10-15mg PO 3x/ d) ou haloperidol (0.5-1mg PO de 6-8h) com atenção a ocorrência de discinesia na utilização prolongada ^{9,10,13}	
			Identificar a etiologia das náuseas (patologia do SNC, quimioterapia, radioterapia e hipercaliémia) ¹³	
			Na náusea/ vômitos persistentes considerar a administração de antagonistas da serotonina, como o ondansetron ou granisetron ¹³	
A utilização de dexametasona pode ser considerada e de olanzapina 2.5-5mg, sobretudo nas situações de oclusão intestinal ¹³				
Sobredosagem/ sonolência/ prostração		Na insuficiência renal grau 4/ 5 (índice de filtração glomerular < 30mL/min) administração de doses mais baixas de opióides, seguida de uma cuidadosa titulação ⁴		
	Efeitos adversos da quimioterapia, inibidores da angiogenese: trombocitopenia, coagulopatia, toxicidade renal, hepática e cardiovascular podem ser potenciados com AINES em simultâneo ¹³			

			Aporte hídrico adequado para evitar a acumulação de metabólitos séricos, responsáveis pela sonolência e falência renal ¹⁰
		Depressão respiratória	Monitorizar factores de risco ⁶
			Administração de naloxona (0.4mg/1ml) em 10ml de soro fisiológico e administrar 1-2ml todos os 30-60seg. Pode existir necessidade de repetição, dado que a semi-vida dos opióides é superior à naloxona (30-60minutos) ¹³
Tratamento não farmacológico da dor oncológica	Individualização dos cuidados de enfermagem ^{3,6,7,9, 14}		
	Inclusão da pessoa significativa no plano terapêutico ^{3,6,7,9}		
	Apoio psico-emocional ¹⁴		
	Aconselhamento/ educação para a auto-gestão da saúde/ literacia para a saúde ^{5,6,9,13,14}		
	Follow-up telefónico ¹³		
	Linha telefónica de apoio ¹³		
	Boletim informativo, com esquema analgésico incluído ¹³		
	Técnicas de relaxamento e imagem guiada ¹³		
	Hipnose ¹³		
	Estimulação eléctrica transcutânea ¹³		
	Massagem terapêutica, aplicação de calor/ quente ¹³		
	Musicoterapia ¹⁴		
Enfermeiro como gestor de caso na adesão terapêutica ^{13,14}			
Formação em Dor oncológica	Prática baseada na evidência: integração de linhas orientadoras de boa prática ^{1, 14}		
	Auditoria e feedback das práticas no controlo da dor oncológica ¹		

Paralelamente, no que concerne ao controlo da dispneia, a boa prática inicia-se, de igual modo, em uma apreciação inicial estruturada, que permite averiguar a necessidade de realização de oxigenoterapia ou ventilação não invasiva, assim como quais as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas, como se explicita na Tabela 3.

Tabela 3: Linhas orientadoras de boa prática no controlo da dispneia, da pessoa com doença oncológica

Apreciação da Dispneia	Utilizar o acrónimo O, P, Q, R, S, T, U e V ¹⁰	Onset: Começo, frequência e duração
		Provoking/ Palliating: factores de alívio e exacerbação
		Quality: descrição
		Region/ Radiation: existência de associação com outros sintomas
		Severity: intensidade
		Treatment: regime terapêutico, eficácia e efeitos adversos
		Understanding: compreender a etiologia atribuída
	Values: objetivo no controlo da dispneia	
	Avaliar o estado psico-emocional ¹⁰	
	Avaliar a existência de outras co-morbilidades ¹⁰	
	Utilizar instrumentos de avaliação, que incluam a dispneia: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS, Índice de Dispneia Modificado (MDI) ¹⁰	
	Despistar as causas da dispneia subtratadas, que exijam pericardiocentese, pelurodese, toracocentese, broncofibroscopia, suporte transfusional ou antibioterapia ¹¹	
Oxigenoterapia e	Na dispneia refractária, não se recomenda a administração de oxigenoterapia, com gasimetria arterial sem hipoxemia ou com SpO ₂ > 90% ^{8,10,11,12}	
	Nas situações de hipoxemia, associada a Hb<10g/L, doença pulmonar obstrutiva crónica ou	

Ventilação Não Invasiva	hábitos tabágicos exacerbados pode se recorrer à administração de oxigénio, preferencialmente, por óculos nasais até 2L/min ^{8,10}			
	A utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições severas reversíveis ^{11,12}			
Estratégias Farmacológicas ^{10,11,12}	A utilização de broncodilatadores e/ ou diuréticos na estase pulmonar ^{11,12}			
	<i>Dispneia ligeira</i> (ESAS 1-3)	Opióides, com uma titulação cuidadosa		
	<i>Dispneia moderada</i> (ESAS 4-6)	<i>Sem opióides prévios</i>		<i>Com opióides prévios</i>
		5mg morfina de rápida ação PO 4 em 4h, com 2,5mg de resgate se após 2h existir dispneia refractária		Aumentar 25% da dose habitual (considerar últimas 24h)
		3mg de morfina SC de 4 em 4h, com 1,5mg de resgate se após 1h existir dispneia refractária		Resgate com 10% da dosagem total de opioides realizados nas últimas 24h, mantendo a mesma via e dose. Na via oral pode ser repetida de 2 em 2h e na via SC de 1 em 1h
		As benzodiazepinas podem ser consideradas no controlo da ansiedade ^{10,11}		
		Na DPOC pode se beneficiar da utilização durante 5 dias de dexametasona (8mg/dia) ou prednisolona (50mg/dia) ¹⁰		
		Sem DPOC pode se beneficiar da utilização de corticóides durante 5 dias para estimular o apetite ou controlar a dor ¹⁰		
	Dispneia acompanhada de ansiedade, náuseas ou agitação pode justificar a utilização de clorpromazina 7,5-25mg PO de 6/6h ou 8/8h ¹⁰			
	<i>Sem opióides prévios</i>		<i>Com opióides prévios</i>	

	<i>Dispneia severa (ESAS 7-10)</i>	Administração SC ou EV de 2,5mg de opióide forte. Se bem tolerada, pode se repetir a dose após 30 minutos	Administração de bólus de 10% da dosagem total de opióides nas últimas 24h, após realizar a equianalgesia de PO para SC ou EV. Se a dispneia persistir a dose pode ser aumentada para 25%
Estratégias não farmacológicas	Controlo e dissociação dos tempos respiratórios ^{7,10}		
	Treino da tosse eficaz assistida ^{7,10}		
	Posicionamento para reduzir o trabalho respiratório ^{7,10}		
	Aplicação de frio facial, para estimular o nervo trigémio ^{10,12}		
	Considerar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis ⁷		
	Apoio psico-emocional ^{7, 10,11}		
	Gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração da significação da dispneia para a pessoa, doença e expectativa de vida ^{7, 10,11}		
	Exercícios de relaxamento e visualização ^{7,10,11,12}		
	Considerar ajuste de hábitos nutricionais e hídricos ⁷		
	Educação para a auto-gestão do regime terapêutico ⁷		
	Referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde: unidade da dor, reabilitação funcional e respiratória, cuidados paliativos, saúde mental e psiquiátrica ^{7,10,12}		

Deste modo, é possível inferir que, apesar da dor oncológica e dispneia apresentarem uma estreita relação, exigem uma abordagem específica e diferenciada, com potencial sinérgico.

DISCUSSÃO

A apreciação da dor é considerada a primeira etapa para um controlo eficaz da dor, que inclui instrumentos de auto e hetero avaliação que possibilitam uma dimensão mais mensurável, onde o discurso da pessoa é o *gold standard* na colheita de dados. As características da dor, a sua influência no estado psico-emocional, nas atividades de vida diária, a existência de outras co-morbilidades e/ou comportamentos aditivos, a realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais, os dados analíticos e imagiológicos relacionados com a etiologia da dor são aspectos considerados fundamentais em uma análise compreensiva da pessoa com dor oncológica (Ripamonti et al., 2012; Yamaguchi et al., 2013; NCCN, 2014; Wengström, Geerling, & Rustoen, 2014).

São vários estudos que propõem a seleção de um regime analgésico para a gestão da dor oncológica baseado na intensidade, descrita na escada analgésica modificada da OMS, que frisa a via oral como a preferencial, esquemas regulares de prescrição e hora fixa para controlo da dor. As doses de resgate (SOS's) devem ser adicionados em episódios de dor intensa, que se manifestem apesar das doses regulares. As diretrizes salientam a importância de abordar o *distress* psicossocial, a intervenção paliativa e as estratégias não farmacológicas, sendo estes últimos os aspectos menos valorizados nos artigos encontrados (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Ripamonti et al., 2012; Yamaguchi et al., 2013; Choi et al., 2014; NCCN, 2014).

Ripamonti et al. (2012) alertam para existência de estudos aleatorizados controlados (RCT's) que revelam, que a morfina em baixas doses na dor ligeira a moderada é mais eficaz e tem menos efeitos adversos, quando comparada com a utilização de tramadol, em que sugeriram mesmo a abolição deste estadios na escala analgésica modificada da OMS.

No controlo farmacológico da dor, a titulação de opióides fortes é considerada uma estratégia adequada para atingir a eficácia terapêutica e controlo de efeitos adversos (Caraceni et al., 2012; Ripamonti et al., 2012; NCCN, 2014). Os opióides possuem diferentes propriedades farmacocinéticas, como a velocidade em atravessar a barreira biológica, a difusão passiva e ativa, sendo ainda sujeitos ao polimorfismo genético do indivíduo. O sucesso da rotatividade está aproximadamente calculado em mais de 50% (Dale, Moksnes & Kaasa,

2010), pelo o que é considerada uma técnica útil no controlo da dor, que deve atender aos princípios de dose equi-analgésica (Caraceni *et al.*, 2012; Yamaguchi *et al.*, 2013; Wengström, Geerling, & Rustoen, 2014).

A dor neuropática, óssea, visceral e irruptiva são condições de difícil controlo, onde está recomendada a associação de adjuvantes. Na dor neuropática os antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados fármacos adjuvantes de 1.ª linha no tratamento da dor neuropática (Caraceni *et al.*, 2012; Caraceni *et al.*, 2012; Ripamonti *et al.*, 2012; Yamaguchi *et al.*, 2013; NCCN, 2014). No que se reporta à utilização de lidocaína (2mg/Kg) em bólus ou perfusão venosa ou a cetamina na dor neuropática, os resultados da evidência ainda não conseguem suportar fortemente a sua aplicação no contexto clínico. Na utilização de corticóides, a dexametasona tem menor severidade de efeitos secundários comparativamente com a metilprednisolona (Ripamonti *et al.*, 2012)

A dor irruptiva possui uma prevalência oscilante entre 19-95%, com impacto significativo na qualidade de vida, sendo uma condição dolorosa de difícil controlo. Paralelamente, é reconhecida a importância de enfermeiros especialistas em oncologia para incrementar o sucesso das intervenções farmacológicas, nomeadamente através de uma bateria de perguntas para estabelecer a diferenciação entre a dor irruptiva e dor basal não controlada, na apreciação inicial (Wegström, Geerling & Rutoen, 2014; NCCN, 2014).

No controlo de efeitos adversos, o risco de depressão respiratória induzida por opióides é o mais temido pelos profissionais de saúde. Jarzyana *et al.* (2011) recomendam uma regular vigilância do estado de consciência da pessoa, atendendo aos factores de risco individuais, iatrogénicos e fármaco-sinérgicos. Na utilização da PCA EV (Patient-Controlled Analgesia), não foi encontrado diferencial significativo estatístico entre a morfina, hidromorfona e fentanil. A administração simultânea com paracetamol ou AINES não aumenta o risco de depressão respiratória, bem como a utilização de monitorização não invasiva (saturação periférica de oxigénio e *end tidal* CO₂/EtCO₂) não se encontra recomendada em todos os casos, uma vez que não incrementa necessariamente os ganhos em saúde. Pode ser substituída pela observação física das características da respiração. Os distúrbios gastro-intestinais são os efeitos adversos mais frequentes e exigem uma abordagem multimodal (Ripamontiet al., 2012; NCCN, 2014).

No que se refere às estratégias não farmacológicas, os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, que privilegiem a individualização e inclusão de pessoa significativa, aumentam os resultados em saúde. Intervenções direcionadas para o aconselhamento, educação para a auto-gestão, treino/ instrução, *follow-up* telefónico, literacia para a saúde e gestão de caso, com interligação com outros profissionais de saúde e serviços de saúde incrementam a adesão terapêutica e satisfação com os cuidados (Jarzyana et al., 2011; Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Ripamonti et al., 2012; Wegström, Geerling & Rutoen, 2014; NCCN, 2014). A massagem terapêutica, aplicação de quente e/ ou frio, posicionamento, hipnose, a estimulação transcutânea eléctrica nervosa e musicoterapia são consideradas medidas que potenciam o regime medicamentoso (Vallerand, Musto & Polomano, 2011; NCCN, 2014).

Choi *et al.* (2014) apontam que a maior fragilidade encontrada na implementação de boas práticas em enfermagem está relacionada com a subvalorização da prática baseada na evidência. No que concerne à dor oncológica, a implementação de auditoria e devolução de feedback de registos escritos, em um grupo de 46 enfermeiras, possibilitou aumentar a notificação de efeitos secundários (2-83%), uso de ferramentas de apreciação da dor (22-75%) e a utilização de estratégias de educação/ treino para o auto-cuidado, incluindo cuidadores (0-47%).

Na avaliação da dispneia, a literatura sugere a utilização do acrónimo O, P, Q, R, S, T, U e V para melhor realizar a apreciação das suas características: (onset) frequência, (provoking) factores de alívio e de exacerbação, (quality) descrição da sensação de dispneia, (region/ radiaton) a existência de outros sintomas em simultâneo, (severity) intensidade da dispneia, (treatment) medicação utilizada para o seu controlo, eficácia e efeitos adversos, (understanding) impacto da dispneia no viver humano, (values) o nível de intensidade de dispneia aceitável/ desejável para a pessoa (Maddison, Minhas & Stefaniuk, 2010). Relativamente aos instrumentos a incluir na sua apreciação, recomenda-se a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton System Assessment Scale*), Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS, Índice de Dispneia Modificado (MDI) e a validação para a realidade portuguesa da Numerical Rating Scale (NRS) for breathlessness, Modified Borg e Chronic Respiratory Questionnaire (Raymond et al., 2010). A etiologia da dispneia deve

ser cuidadosamente investigada, para determinar a necessidade de outras técnicas complementares para o seu alívio (NCCN, 2011).

LeBlanc & Abernethy (2014) desenvolveram um estudo com 239 pessoas com dispneia refractária, em cuidados paliativos, com $\text{PaO}_2 > 55 \text{ mmHg}$, $\text{PCO}_2 < 50 \text{ mmHg}$ e $\text{Hb} \geq 10 \text{ g/L}$ sobre as vantagens de administrar ou não administrar oxigénio, durante 7 dias, concluindo que, não existe diferença estatisticamente significativa. Os efeitos adversos aumentaram no grupo submetido a oxigenoterapia, nomeadamente a xerostomia, irritação da mucosa nasal e epistaxis. A utilização de ventilação não invasiva em situações reversíveis, oxigenoterapia nas situações de hipoxemia, broncodilatadores, corticóides, benzodiazepinas, clorpromazina e diuréticos são medidas de controlo, com eficácia testada (Raymond et al., 2010; NCCN, 2011; ONS, 2011; LeBlanc&Abernethy, 2014).

No controlo da dispneia a utilização de opióides fortes é uma medida a considerar, em que a dose recomendada varia de acordo com a intensidade e esquema analgésico prévio, com ou sem opióides (Raymond *et al.*, 2010). Não se encontra recomendada na literatura a administração de opióides ou de outro tipo de fármacos por nebulização, no tratamento da dispneia (NCCN, 2011; ONS, 2011). As estratégias não farmacológicas vocacionadas para reabilitação funcional e respiratória, aplicação de frio, adoção de estilos de vida saudáveis, educação para a auto-gestão/ aconselhamento, apoio psico-emocional e exercícios de relaxamento/ visualização no controlo da ansiedade e a referenciação para outros profissionais de saúde/ serviços permitem um melhor controlo da dispneia (Raymond et al., 2010; Farquhar et al., 2011; NCCN, 2011; ONS, 2011; LeBlanc & Abernethy, 2014).

CONCLUSÃO

A eficácia do regime medicamentoso e/ou controlo de efeitos adversos pode ser potenciada pela utilização, em simultâneo, de técnicas não farmacológicas, que contribuem para a redução da intensidade da dor basal e controlo das exacerbações, aumentam o conforto, bem-estar, reduzem o nível de ansiedade, dor e dispneia, que são resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran, 2003). Concomitantemente, a manifestação de um sintoma

raramente ocorre de forma isolada, pelo que tanto a avaliação, como o tratamento demandam uma abordagem compreensiva e multimodal. Dado que, a combinação de dois ou mais sintomas vivenciados em simultâneo, podem conduzir a níveis elevados de distress, que quando subvalorizados ou subtratados, predispõe ao surgimento do *burden symptoms*. Neste sentido, a literatura recomenda a existência de linhas orientadoras de boa prática para o controlo sintomático, desenvolvidas com base na evidência científica, para uma tomada de decisão mais sustentada, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Coleman et al., 2009; Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014). Paralelamente, a Ordem dos Enfermeiros (2012) reconhece a sua produção como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, neste caso no *setting* do Serviço de Urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bharkta, H. & Marco, C. (2014). Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 46 (4), 456-464.

Brant, J.; Beck, S.; Dudley, W.; Cobb, P.; Pepper, G. & Miaskowki, C. (2011). Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31 (1), 67-77

Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. et al. (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68.⁴

Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in an acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69.¹

Cleeland, C. & Sloan, J. (2010). Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 1077-1085.

Dale, O.; Moksnes, K. & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects: a systematic review. *Palliative Medicine*, 25 (5), 494-503.²

Dong, S.; Butow, P.; Costa, D.; Lovell, M. & Aja, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1-32.

Doran, D. (2003). *Preface*. In Doran, D. (eds). *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Farquhar, M.; Prevost, A.; McCrone, P.; Higginson, I.; Gray, J.; Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.⁷

Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Ervik, M.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Forman, D. & Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancerBase*. France: International Agency for Research on Cancer.

Fielding, F.; Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 584-591.

Guyatt, G.; Oxman, A.; Visit, G.; et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924-6.

Heidenreich, A.; Bastian, P.; Bellmunt, J.; Bolla, M.; Joniau, S.; Mason, M.; Matveev, V. et al. (2013). *Guidelines on prostate cancer*. Netherlands: European Association of Urology.

Jarzyana, D.; Jungquist, C.; Pasero, C.; Willens, J.; Nisbet, A.; Oakes, L.; Dempsey, S.; Santangelo, D. & Polomano, R. (2011). American society for pain management nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing*, 12 (3), 118-145.⁶

Kim, J.; Dodd, M.; Aouizerat, B.; Jahan, T. & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 715-735.

LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12 (7), 989–992.⁸

Massa, E. (2010). *Análise da necessidade de recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa.

National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.¹¹

National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.¹³

Ministério da Saúde. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Orientações Programáticas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.¹²

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Raymond, V.; Bak, K.; Kiteley, C.; Martelli-Reid, L.; Poling, M.; Cameron, A.; Maddison, G.; Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.¹⁰

Richards, C.; Gisondi, M.; Chang, C.; Courtney, M.; Engel, K.; Emanuel, L. & Quest, T. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 757-764.

Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzo, E.; Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23, 139-154.⁹

Sun, V.; Borneman, T.; Piper, B.; Koczywas, M. & Ferrel, B. (2008). Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *Journal of Cancer Surviv*, 2 (65), 65-71.

Vallerand, A.; Musto, S. & Polomano, R. (2011). Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*, 15, 250-262.¹⁴

Veiga, A.; Barros, C.; Couto, P. & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Referência*, 10, 47-56.

Wengström, Y.; Geerling, J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127-131.³

World health Organization. (2014). *Global battle against cancer won't be won with treatment alone effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crises*. London: International Agency of Research on Cancer.

Yamaguchi, T.; Shima, Y.; Morita, T.; Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *J Clin Oncol*, 43 (9), 896-909.⁵

Zeppetella, G. (2010). Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: A systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5) 516–524.¹⁵

Zucca, A.; Boyes, A.; Linden, W. & Girgs, A. (2012). All's well that ends well? Quality of life and physical symptoms clusters in long-term cancer survivors across cancer types. *Journal of Pain as Symptom Management*, 43 (4), 720-731.

Apêndice 3: Técnica de Delphi

Técnica de Delphi

No desenvolvimento de linhas orientadoras de boa prática, a Técnica de Delphi emerge como a mais apropriada para a validação da revisão sistemática da literatura realizada, na medida em que permite criar novas ideias e emanar recomendações, de acordo com um processo estruturado e democrático de reunião de consenso sobre determinada temática. A opção metodológica pela técnica de Delphi relaciona-se, de igual forma, com o facto de ser particularmente indicada quando se pretende obter opiniões consensuais validas sobre problemáticas, para as quais não existe um conhecimento consolidado (Oliveira, 2010).

Tem sido descrita na literatura como técnica de pertinente aplicação, sobretudo a partir de 1960, na saúde (Jensen, Croskerry & Travers, 2011), na educação em enfermagem (Ito, Ota & Matsuda, 2011), na indústria e organizações governamentais (Potter, Gordom & Hamer, 2004). Ramos (2011) considera esta técnica como uma importante faceta das tomadas de decisão. Paralelamente, Almeida, Spínola e Lancman (2009) descrevem a importância da sua utilização na disciplina de enfermagem para seleccionar competências, validar diagnósticos, definir objectivos e conteúdos de determinado fenómeno. O recurso à técnica de Delphi tem sido frequente no âmbito da oncologia e cuidados paliativos, para aferir *guidelines* de orientação para a prática (Yamaguchi *et al.*, 2012) e de controlo da segurança e eficácia farmacológica para controlo de sintomas (Vignaroli *et al.*, 2012; Lindqvist *et al.*, 2013). A sua utilização pela Ordem dos Enfermeiros (2009) na construção de guias de boa prática é encarada como um procedimento basilar, visível em diversas áreas do conhecimento.

Os estudos qualitativos, como a Técnica de Delphi, recorrem a amostras pequenas, não aleatórias, na medida em que a sua finalidade consiste em descobrir significados e revelar realidades múltiplas, logo a generalização não é um item orientador do processo de investigação, pelo que não é necessário recorrer a uma representatividade estatística da população. O critério preponderante que determina o valor da amostra passará pela sua representatividade consoante a teoria, isto é, a adequação aos objectivos da investigação, exigindo o princípio da diversificação dos perfis das pessoas

incluídas, de modo a garantir que nenhuma situação importante seja esquecida (Ruquoy, 1997; Quivy & Campenhoudt, 1998). Assim, “*nesta óptica, os indivíduos não são escolhidos em função da sua importância numérica da categoria que representam, mas antes devido ao seu carácter exemplar*” (Ruquoy, 1997, p. 103). De acordo com Marôco (2010), a amostra não probabilística, mas intencional por conveniência emerge como a mais adequada, uma vez que nem todos os elementos da população alvo possuem a mesma probabilidade de participar no estudo, sendo possível selecionar os elementos que revelem pertinência de serem incluídos na amostra, pela maior riqueza que podem trazer ao estudo.

Como critérios de inclusão para o painel de peritos destacam-se indivíduos, com disponibilidade para participar no estudo, detentores do grau de Licenciatura em Enfermagem, com pelo menos 10 anos de experiência na prestação direta de cuidados e/ou na gestão, acessória e formação em enfermagem, interpretados genericamente por Benner (2001) como peritos. A mesma autora realça, ainda, que os peritos exercem um importante contributo no avanço de novos estudos e de novos domínios do conhecimento. Paralelamente, tendo em consideração que, competência não é sinónimo de tempo de experiência profissional (Le Boterf, 2003; Mussak, 2004), as pessoas caracterizadas como peritos foram identificadas pelas entidades regulamentadoras do seu desempenho, o que justifica a inclusão de uma fatia diminuta de participantes com <10 anos de experiência.

Habitualmente existe uma taxa de abstenção mais elevada de resposta na primeira ronda do que na segunda, aconselha-se a incluir um número mínimo de sete e um máximo de trinta participantes (Wright & Giovinazzo, 2000). Todavia, investigações mais recentes (Almeida, Spínola & Lancman, 2009) defendem que não existe um número de juízes pré-estabelecido, dado que depende da natureza do problema e dos critérios de seleção dos peritos. O presente estudo considerou um total de 20 peritos, onde se tentou privilegiar a heterogeneidade de perfis (Chang *et al.*, 2010).

Esta técnica removeu os factores interpessoais e psicológicos, como a persuasão e a pressão de grupo nas respostas dominantes. Realizou-se via *e-mail*, após consentimento informado dos participantes, bem como possibilitou mais tempo para pensarem individualmente e o envolvimento de um maior

número de pessoas, do que o possível mediante realização de uma reunião, em momento único – Técnica de Grupo Nominal ou *Focus Grupo* (Ramelet & Gil, 2012).

É constituída por duas ou mais fases, que dependem da natureza do problema e dos seus determinantes, nas quais o grupo de *experts* toma conhecimento do conteúdo, mediante a utilização de questionário, onde se solicitou a emissão de um julgamento (Vignaroli *et al.*, 2012; Lindqvist *et al.*, 2013). A técnica de Delphi consiste, portanto, em um questionário interativo, onde se previu a necessidade de realização de duas rondas para validar recomendações de boa prática no controlo da dor oncológica e dispneia, dado que já se partiu de um referencial teórico (Hanafin, 2004; Grundy & Ghazi, 2009; Chami *et al.*, 2011; Ramelet & Gil, 2012). Esta modificação da metodologia clássica, evitou o recurso a uma primeira ronda não estruturada, onde os peritos emitiriam o seu parecer, abertamente, sem informação pré-existente. As vantagens residem num menor gradiente de dispersão dos dados, na necessidade de um menor número de rondas totais e aumenta a validade e fiabilidade da técnica (Chang *et al.*, 2010).

3.1. Primeira Ronda

O processo foi orientado pela agregação das respostas dos peritos, que permitiu um sistema de retro-alimentação da análise dos resultados, que utilizou a comunicação escrita. Para implementar esta técnica, primeiramente, foi elaborado um questionário. Na introdução explicitou-se o motivo da aplicação do questionário, a natureza, os objetivos da problemática em estudo, os prazos delineados para a sua consecução, a garantia da confidencialidade e anonimato das respostas. As instruções de preenchimento foram cuidadosamente elaboradas, com novas informações sempre que se mudou a forma das perguntas. Ao se solicitar a cooperação para duas rondas, o questionário foi disponibilizado em formato informático, o que possibilitou um maior investimento na sua aparência estética, com o intuito de fomentar a participação dos peritos seleccionados e tornar mais agradável o seu preenchimento (Hill & Hill, 2000; Ramelet & Gil, 2012).

A validade de conteúdo de todo o questionário (Hill & Hill, 2000) foi submetida à apreciação de três juízes (Neves & Boruchovitch, 2007) em número ímpar para facilitar a tomada de decisão, com perfis heterogêneos e selecionados pelas competências: 1) enfermeiro no serviço de Pneumologia Oncológica, mestre em Ciências da Comunicação e doutorado em Ciências da Enfermagem, com desenvolvimento de linhas de investigação no domínio da oncologia/ cuidados paliativos; 2) enfermeiro no serviço de urgência, especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; 3) enfermeira no serviço de urgência, mestre em Ciências da Educação e doutoranda em Enfermagem, com investimento em diferentes domínios do cuidado de enfermagem ao adulto/ idoso.

Os itens do questionário foram avaliados, em grupo, relativamente à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo (Herminda & Araújo, 2006). De acordo com a análise efetuada, pelos *experts*, foram eliminados 9 itens, dado o seu potencial de repetição e de repercussão negativa na adesão de resposta, pela sua extensividade. A escala de *likert* foi também reduzida, mediante sugestão unânime, de 7 níveis para 5, de igual amplitude, no sentido de facilitar a resposta aos participantes.

Este questionário foi composto por duas partes: 1) caracterização do perfil sócio-profissional dos peritos e 2) opinião sobre as recomendações sugeridas pela literatura no controlo da dor oncológica e dispneia. Para cada variável foi construída uma pergunta. Na segunda parte, recorreu-se a um total de 64 questões fechadas, para testar as orientações apontadas pela literatura encontrada e comparar validamente as respostas entre si, uma vez que neste tipo de questões os inquiridos respondem do mesmo modo à mesma pergunta (Foddy, 1996). Para aferir o nível de concordância inerente aos 64 indicadores sugeridos pela bibliografia, o perito teve de avaliar um só item em termos de uma variável, com recurso à utilização da escala de tipo Likert (Hill & Hill, 2000). Esta escala contemplou 5 níveis diferentes, mas de igual amplitude (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente) (Tuckman, 2000). Recorreu-se, ainda, à formulação de duas perguntas abertas, com a finalidade de averiguar a necessidade de introdução de novas recomendações nas linhas de boa prática, para o controlo

da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência, com respetiva justificação.

Mediante a obtenção de consentimento informado prévio dos 20 inquiridos selecionados, foram enviados os questionários (Apêndice 3.1) via *e-mail* individualmente e após os 5 dias estipulados para o seu preenchimento (12 a 16 de Janeiro de 2015), encerrou-se a possibilidade de resposta. Com base no *feedback* recebido constituíram-se as questões orientadoras da segunda ronda, com a indicação percentual obtida.

Há evidência descrita de concordância desde 51% a 100% que mostra consenso (Grundy & Ghazi, 2009; Chang *et al.*, 2010; Ito *et al.*, 2011). Vignaroli *et al.* (2012) e Lindqvist *et al.* (2013) referem que a partir de 75% é quando existe um nível de concordância aceitável. Deste modo, na primeira ronda os resultados analisados foram divididos mediante três critérios:

- 1) Consistentes (nível de consenso $\geq 80\%$);
- 2) Pouco consistentes (nível de consenso entre 80 a 75%);
- 3) Inconsistentes (nível de consenso $\leq 75\%$).

A inclusão das perguntas abertas foi particularmente útil para obter informação qualitativa, que permitiu complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis (Hill & Hill, 2000). Para organizar, fornecer estrutura e extrair o significado das questões abertas recorreu-se à análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (2008) que comporta três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O seu principal objectivo incide na realização de deduções, que permitem a passagem da descrição à interpretação, através da atribuição de sentido às características do material que foi inventariado, enumerado e sistematizado, com base numa lógica explicitada (Quivy & Campenhoudt, 2005; Bardin, 2008). Em simultâneo à leitura do discurso escrito, equacionaram-se as categorias de codificação, com base na sua fração em segmentos, na sua examinação minuciosa e comparação com outros segmentos, com o fim de detetar os padrões de regularidade, de dissemelhança, o tipo de fenómenos subjacentes e a sua significação (Polit, Beck & Hungler, 2001).

Para a avaliação da fiabilidade interna foram construídas duas versões sobre a mesma pergunta fechada, onde se utilizou palavras diferentes e foram bem separadas no questionário. Para aferir a correlação entre as mesmas – gestão da ansiedade e apoio psico-emocional, com uma taxa de consenso de 84-75%, respectivamente. A sua não total sobreposição pode ser justificada pela sua diferente semântica, todavia inserem-se no mesmo nível de consenso considerado aceitável (75-100%). O coeficiente de correlação de Spearman, que é uma medida de associação não-paramétrica entre duas variáveis ordinais não foi calculado pelo número de participantes inferior a 20, ou seja, sem relevância estatística significativa (Marôco, 2010). Na análise de dados, o item referente ao apoio psico-emocional, referente à dispneia, será excluído, uma vez que apenas foi introduzido por motivos de teste à fiabilidade do instrumento de pesquisa.

3.1.1. Caracterização dos Peritos

A amostra da primeira ronda da Técnica de Delphi foi constituída por 16 peritos, dos 20 inicialmente contactados, detetando-se uma abstenção de resposta em 20% (4 participantes), que se aproxima das suposições de Wright e Giovinazzo (2010) ao apontarem para uma taxa percentual de 30 a 50 de ausência de emissão de *feedback*.

Quanto ao perfil dos participantes, como demonstra o Quadro III. 1, é possível constatar que, a faixa etária é diversificada, com idades compreendidas entre os 28 e os 58 anos, sendo a média de 36,2 anos. Predominam enfermeiros do sexo feminino, em número 10 (62,5%), em detrimento do sexo masculino, onde se contabiliza um total de 6 (37,5%). Relativamente ao tempo de experiência profissional total, o valor mínimo é de 5 e o máximo de 18, sendo a média de 11,6 anos. No âmbito da experiência profissional em contexto de urgência, a variância oscila entre 0 a 18 anos, com uma média de 8,9 anos. No que diz respeito à formação académica dos peritos, é notável que a maioria possui o grau de Licenciatura em Enfermagem (56, 3%), seguindo-se o grau de Mestre (43,8%), com reduzido diferencial numérico. No que concerne ao facto de possuir o título de especialista,

objetiva-se que, 9 dos enfermeiros (56,3%) é detentor deste grau, o que pode contribuir para aumentar o seu nível de *expertise* na emissão do seu parecer sobre o controlo da dor oncológica e dispneia. No que se se refere aos contextos de trabalho dos peritos, a maioria pertence ao serviço de urgência (81,3%), com menor expressão ao serviço de oftalmologia (6,25%), unidade de cuidados paliativos (6,25%) e na área de educação em enfermagem pós-graduada (6,25%).

Quadro III. 1. - Caracterização do perfil dos peritos submetidos à primeira ronda da técnica de Delphi

	Idade (anos)	Sexo	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de experiência profissional em Urgência (anos)	Formação académica	Título de Especialista	Local de Trabalho
P1	38	Masculino	16	16	Licenciatura em Enfermagem	Não	Oftalmologia
P2	37	Masculino	14	8	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P3	36	Masculino	12	8	Mestrado	Sim	SUC
P4	34	Feminino	12	5	Mestrado	Não	SUC
P5	33	Masculino	10	10	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P6	28	Feminino	5	5	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P7	32	Feminino	10	6	Mestrado	Não	Unidade de Cuidados Paliativos
P8	35	Masculino	14	13	Mestrado	Sim	SUC
P9	41	Feminino	14	14	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P10	58	Feminino	11	0	Mestrado	Sim	Escola Superior de Enfermagem
P11	31	Feminino	9	4	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P12	36	Feminino	12	12	Mestrado	Sim	SUC
P13	40	Feminino	18	18	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P14	31	Feminino	8	2	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P15	32	Masculino	7	7	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P16	37	Feminino	14	14	Mestrado	Sim	SUC

3.1.2. Apresentação dos dados

Ao se analisar o posicionamento dos peritos relativamente as recomendações encontradas na literatura para cada uma das categorias infra-mencionadas, obteve-se um total de: (1) 32 indicadores com nível de concordância ≥ 80 a 100%; (2) 13 indicadores com nível de concordância entre 80 – 75% e (3) 18 indicadores com nível de concordância $<75\%$, como retrata a Tabela III. 1. O cálculo dos consensos privilegiou um nível de concordância fortemente positivo, ao considerar apenas para análise os escores de pontuação elevada correspondentes a: concordo – 4 e concordo totalmente – 5.

Tabela III.1. Recomendações de boa prática no controlo da dor e dispneia da pessoa doença oncológica, no serviço de urgência, hierarquizadas por ordem de importância, na primeira ronda

Recomendações com nível de concordância $\geq 80\%$	
Categorias	Nível de Consenso
Categoria I – Apreciação da Dor Oncológica	
Resposta ao esquema analgésico e de resgate	95%
Características da dor: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva)	92%
Factores de alívio e de exacerbação	91%
Existência de outros sintomas associados	91%
Interferência nas atividades de vida diárias	88%
Instrumentos de auto-avaliação (como p.ex. Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Inventário Resumido da Dor)	86%
Estado psico-emocional	86%
Co-morbilidades pré-existentes	86%
Instrumentos de hetro-avaliação, na pessoa com alterações cognitivas ou incapacitadas de comunicar verbalmente (como p.ex. Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador e Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale)	83%
Existência de comportamentos aditivos	83%
Realização de tratamentos oncológicos: radioterapia, quimioterapia com citostáticos ou hormonoterapia	81%
Categoria II – Controlo Farmacológico da Dor Oncológica	
Incluir laxantes no esquema terapêutico com opioides	88%
Categoria III – Controlo Não Farmacológico da Dor Oncológica	
Cuidados de enfermagem individualizados	92%

Desmistificação dos receios associados à opioidofobia	91%
Inclusão de pessoa significativa no plano de cuidados	89%
Apoio psico-emocional	88%
Follow-up telefónico	88%
Comunicação honesta	88%
Boletim informativo escrito, com o esquema analgésico	88%
Posicionamento	86%
Categoria IV – Apreciação da Dispneia	
Intensidade de 0-10	95%
Data de início/ frequência da ocorrência	91%
Factores de exacerbação e de alívio	91%
Associação com outros sintomas (p. ex. dor, tosse, náuseas e vômitos, ansiedade, fadiga, etc.)	91%
Tratamentos realizados anteriormente e a sua eficácia	84%
Impacto no próprio	84%
Categoria V – Controlo Farmacológico da Dispneia	
Ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) temporária no alívio de condições severas reversíveis	83%
Categoria VI – Controlo Não Farmacológico da Dispneia	
Empoderamento para a capacidade para reconhecer sinais de alerta	84%
Referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde	84%
Gestão da ansiedade	84%
Posicionamento para relaxamento dos músculos respiratórios	83%
Educação para a auto-gestão da saúde sobre regime terapêutico	81%
Indicadores com nível de consenso 80-75%	
Categorias	
Nível de Consenso	
Categoria I – Apreciação da Dor Oncológica	
Achados imagiológicos e analíticos	77%
Categoria II – Controlo Farmacológico da Dor Oncológica	
Utilização da escada analgésica modificada Organização Mundial de Saúde	75%
Rotatividade de opióides	75%
Titulação de opióides	75%
Doses de resgate frequentes implicam alteração do esquema analgésico	75%
Medidas de controlo da dor irruptiva: titulação de opióides, introdução de adjuvantes e tomas a horas regulares	75%
Seleção da via endovenosa, quando a subcutânea está contra-indicada	75%
Categoria III – Controlo Não Farmacológico da Dor Oncológica	
Massagem terapêutica	78%
Categoria IV – Apreciação da Dispneia	
Utilização de escalas de avaliação (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS e Índice de Dispneia Modificado)	75%
Categoria V – Controlo Farmacológico da Dispneia	
Oxigenoterapia na gasimetria arterial com hipoxemia ou com SpO ₂ < 90%	78%
Utilização de benzodiazepinas para o controlo da ansiedade	75%
Utilização de opióides fortes, com titulação cuidadosa	75%
Categoria VI – Controlo Não Farmacológico da Dispneia	
Controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios	75%

Indicadores com nível de consenso < 75%		
Categorias		Nível de Consenso
Categoria II – Tratamento Farmacológico da Dor Oncológica		
Seleção via de administração subcutânea é simples e eficaz, quando via oral ou transdérmica não estão disponíveis		73%
Utilização de corticóides na dor neuropática visceral e óssea, em situações de agudização		66%
Antidepressivos e anticonvulsivantes como adjuvantes de 1.ª linha na dor neuropática		61%
Início de opióides transdérmicos na dor controlada		53%
Cetamina como adjuvante na dor neuropática		47%
Seleção preferencial da via de administração oral		47%
Categoria III – Controlo Não Farmacológico da Dor Oncológica		
Musicoterapia		73%
Aplicação de quente/ frio		72%
Hipnose		53%
Estimulação transcutânea eléctrica		48%
Categoria IV – Apreciação da Dispneia		
Impacto nas pessoas que o rodeiam		61%
Nível aceitável de dispneia para a pessoa, de 0-10.		61%
Categoria V – Controlo Farmacológico da Dispneia		
Utilização de anti-psicóticos se: ansiedade, náuseas ou agitação		58%
Aumentar dose de opióides fortes, quando já realizado no esquema analgésico habitual		44%
Categoria VI – Controlo Não Farmacológico da Dispneia		
Treino da tosse eficaz assistida		73%
Exercícios de relaxamento e visualização		73%
Necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis		61%
Aplicação de frio facial		50%
Sugestões de recomendação de boa prática pelos peritos		
Dor oncológica	Controlo Farmacológico	1. Ponderar sedação paliativa 2. Utilização da via transmucosa
	Controlo Não Farmacológico	1. Utilização de Reiki

Apreciação da dor oncológica. No que respeita aos 12 itens sugeridos pela literatura para incluir na avaliação sistematizada da dor oncológica, a resposta ao esquema analgésico e de resgate atual foi um dos indicadores que reuniu maior consenso. Em lugar de maior destaque surgem, posteriormente, as características da dor, os factores de alívio e de exacerbação e a existência de outros sintomas em simultâneo. A interferência nas atividades de vida diárias, o

recurso a instrumentos de auto-avaliação e hetero-avaliação, bem como a valorização do estado psico-emocional e da história de saúde: co-morbilidades associadas, existência de comportamentos aditivos e a realização de tratamentos oncológicos (radioterapia, quimioterapia com citostáticos ou hormonoterapia) atuais ou prévios foram elementos com um nível de unanimidade elevado. A análise compreensiva da relação da etiologia da dor com os achados analíticos e imagiológicos foi a que congregou uma menor taxa percentual (77%), todavia todos os indicadores desta categoria obtiveram uma concordância > 77%, pelo o que nenhum deles foi eliminado na primeira ronda.

Controlo farmacológico da dor. Nesta categoria, composta por 13 itens, foram eliminados na primeira ronda um total de 6. Estes itens reportavam-se à seleção da via de administração de opióides: subcutânea, transdérmica e oral, a utilização de corticóides, de cetamina, fármacos antidepressivos e/ou anticonvulsivantes como adjuvantes de 1ª linha de controlo da dor neuropática foram expurgados, pela inconsistência de consenso atribuída, possivelmente associado ao facto de a dor ser fortemente instável e severa no serviço de urgência, em que alguns dos medicamentos supra-citados somente atingem nível sérico terapêutico após uma semana da sua toma (Ritto *et al.*, 2012). Relativamente ao nível de consenso intermédio, com igual classificação atribuída (75%), surgem 6 indicadores, que se referem ao tratamento da dor oncológica norteado pela escala analgésica modificada proposta pela OMS, titulação e rotatividade de opióides fortes no adequado controlo da dor. As recomendações referentes a alteração do esquema analgésico, no caso da toma de doses de resgate frequentes, ao tratamento da dor irruptiva associado ao término da semi-vida do opióide e a seleção da via endovenosa, quando a subcutânea está contra-indicada também se enquadram neste patamar. A inclusão de laxantes no esquema terapêutico foi o indicador que assumiu um lugar mais proeminente na opinião dos peritos.

Controlo não farmacológico da dor. Fenómeno constituído por 13 indicadores, dos quais 8 se salientaram nos scores de concordância. Neste domínio a prestação de cuidados individualizados, com inclusão da pessoa significativa, a desmistificação dos receios associados à opioidofobia, o apoio psico-emocional, com valorização da comunicação honesta, o fornecimento do

esquema analgésico sob a forma de boletim informativo ou o posicionamento foram os itens considerados mais relevantes, no que concerne às medidas não farmacológicas. A realização de massagem terapêutica no controlo da dor ocupou um lugar intermédio. Foram excluídos 4 itens, com uma posição limiar, a musicoterapia e a aplicação de quente/ frio, em contexto de urgência foi de igual modo eliminada a hipnose e a estimulação eléctrica transcutânea, com percentagens significativamente inferiores.

Apreciação da dispneia. Quanto à avaliação da dispneia, foram inicialmente incorporadas 9 dimensões, das quais 6 foram classificadas com um nível de consenso $\geq 80\%$. A intensidade da dispneia foi o item mais valorizado, sucedendo-se a data de início/ frequência da ocorrência, factores de exacerbação e alívio, a associação com outros sintomas, os tratamentos já realizados anteriormente e os seus resultados, bem como qual o impacto da dispneia no próprio indivíduo. A utilização de instrumentos multidimensionais como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS ou a avaliação do Índice de Dispneia Modificado foram instrumentos de apreciação classificados com uma concordância considerada mediana (75%). Dos indicadores com menor consenso e, conseqüentemente suprimidos, destaca-se o impacto nos indivíduos que rodeiam a pessoa, com doença oncológica e o nível aceitável de dispneia para a pessoa.

Controlo farmacológico da dispneia. No que concerne às estratégias farmacológicas para o controlo da dispneia, foram contemplados 6 itens. Somente um dos mesmos reuniu consenso elevado, que engloba a utilização de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) temporária no alívio de condições severas reversíveis. Com uma concordância entre 80-75% foi incluída a realização de oxigenoterapia, nos casos de hipoxemia, a utilização de benzodiazepinas para o controlo da ansiedade e de opióides fortes, com titulação cuidadosa. A utilização de anti-psicóticos, nos casos de ansiedade, náuseas ou agitação e o aumento da dose de opióides fortes no controlo da dispneia, em pessoas não virgens de opióides foram os aspectos banidos

Controlo não farmacológico da dispneia. Esta categoria englobava um total de 10 indicadores, dos quais 5 reuniram uma taxa de concordância elevada, que se referem ao empoderamento, para a capacidade de reconhecer sinais de

alerta para a procura dos serviços de saúde e educação para a auto-gestão do regime terapêutico. A gestão da ansiedade, a referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde, mais capacitados para responder às necessidades da pessoa, bem como o posicionamento, para favorecer o relaxamento e reduzir o esforço dos músculos acessórios da respiração foram variáveis valorizadas, de semelhante modo. O controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios foi apreciado pelos peritos, de uma forma menos expressiva. O treino da tosse eficaz assistida e a realização de exercícios de relaxamento e visualização situaram-se próximo do nível de concordância considerado aceitável, tendo sido eliminados em conjunto com o incentivo para a adoção de estilos de vida saudáveis e a aplicação de frio facial.

Sugestões de recomendação de boa prática pelos peritos. Do discurso escrito dos peritos apenas emergiram sugestões relativas ao controlo da dor oncológica, sem padrão de repetição nas respostas emitidas. Particularmente, nas estratégias farmacológicas foi mencionada a recomendação de incluir a sedação paliativa e a utilização da via transmucosa no alívio da dor. No controlo não farmacológico foi sugerida a incorporação do reiki.

3.2. Segunda ronda da Técnica de Delphi

No segundo questionário, disponível em apêndice 3.2, o aspecto gráfico, a introdução e a forma de construção manteve-se para facilitar a familiaridade estabelecida já com a ronda anterior, bem como também se preservou a caracterização sócio-demográfica, dado que poderia haver variabilidade na amostra. Este questionário foi composto por 48 perguntas fechadas, que corresponderem de igual forma a um total de 48 recomendações, divididas em três partes. Na primeira parte foram apresentadas recomendações com nível de consenso \geq a 80%, face ao primeiro questionário e onde foi solicitado aos peritos que reconsiderassem a sua opinião, segundo uma escala dicotómica, ou seja, contemplou a utilização de uma escala nominal (Sim ou Não), que é qualitativamente diferente e mutuamente exclusiva (Maroco, 2003; Hill & Hill, 2000). Na segunda parte, foram apontados os indicadores que obtiveram níveis de consenso entre 75% e 80%, onde foi solicitada para cada um deles a sua

classificação por nível de importância, de acordo com uma escala ordinal, no sentido de se manter a sua representatividade na identificação das recomendações que sustentam a boa prática no controlo da dor oncológica e dispneia. Na terceira parte, foram apresentadas as recomendações sugeridas pelos peritos, face ao primeiro questionário, onde se solicitou que reconsiderem a sua opinião, segundo uma escala nominal (Sim ou Não).

No final da segunda ronda, apenas serão considerados os indicadores que acumularam um nível de consenso $\geq 85\%$, para minimizar a probabilidade de dispersão de opinião, tendo em conta a curva de Gaus e o intuito de assegurar uma elevada consistência dos dados.

Este questionário foi aplicado de 20 a 26 de Janeiro de 2015, de igual modo nos 20 peritos inicialmente contemplados, individualmente enviados e recebidos por correio eletrónico.

3.2.1. Caracterização dos peritos

A amostra da segunda ronda da Técnica de Delphi foi composta por 16 peritos, dos 20 inicialmente contactados, registando-se, deste modo, uma abstenção de resposta igualmente em 20% (4 participantes). Quanto ao perfil dos participantes, como exemplifica o Quadro III.2, é possível denotar que uma ampla faixa etária, com idades compreendidas entre os 31 e os 54 anos, com média de 38.5 anos. Continuam a predominar enfermeiros do sexo feminino, em número de 11 (68.8%), em detrimento do sexo masculino, onde se contabiliza um total de 5 (31.3%). Relativamente ao tempo de experiência profissional, existe um valor mínimo de 7 e um máximo de 31, sendo a média de 15.8 anos. Relativamente aos anos de experiência em serviço de urgência, a média é de 9.5 anos. O nível de formação académica dos peritos encontra-se distribuído entre o grau de Mestre (50%) e a Licenciatura em Enfermagem (43.8%), com menor expressão destaca-se o doutoramento (6.3%). No que concerne ao título de enfermeiro especialista, verifica-se que 68.8%, ou seja 11, dos mesmos possui esta habilitação. Os peritos selecionados exercem funções em diferentes contextos: urologia (1), pneumologia (1), centro clínico internacional (1), unidade/ clínica de dor (2), serviço de urgência (11).

Quadro III. 2. - Caracterização do perfil dos peritos submetidos à segunda ronda da técnica de Delphi

	Idade (anos)	Sexo	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de experiência profissional em Urgência (anos)	Formação acadêmica	Título de Especialista	Local de Trabalho
P1	35	Masculino	13	13	Mestrado	Sim	Centro Clínico Royal Caribbean International
P2	52	Feminino	32	1	Mestrado	Sim	Unidade de Dor
P3	33	Masculino	10	10	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P4	35	Feminino	10	8	Licenciatura em Enfermagem	Não	Urologia
P5	41	Masculino	20	0	Doutoramento	Sim	Pneumologia
P6	41	Feminino	18	18	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P7	39	Feminino	17	16	Mestrado	Sim	SUC
P8	36	Masculino	12	8	Mestrado	Sim	SUC
P9	54	Feminino	31	0	Mestrado	Não	Clínica de dor
P10	32	Masculino	7	7	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P11	36	Feminino	12	12	Mestrado	Não	SUC
P12	44	Feminino	23	23	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC
P13	31	Feminino	8	8	Mestrado	Sim	SUC
P14	37	Feminino	14	14	Mestrado	Sim	SUC
P15	31	Feminino	9	4	Licenciatura em Enfermagem	Não	SUC
P16	39	Feminino	17	10	Licenciatura em Enfermagem	Sim	SUC

Com base na descrição da amostra que se elaborou é possível inferir que, as opiniões provenientes dos peritos do painel de Delphi merecem consideração, na medida em que os enfermeiros possuem um perfil heterógeno, com uma vasta experiência profissional e académica, predominantemente superior a 10 anos, portadores do título de especialista na

sua maioria, em que pelo menos metade dos participantes possui grau acadêmico de mestrado ou superior.

3.2.2. Apresentação dos dados

Da análise dos dados efectuada na segunda ronda da Técnica de Delphi é possível constatar que, das 45 recomendações e 3 sugestões submetidas ao parecer de peritos, foram 46 dos mesmos tomados em consideração, dado que obtiveram um nível de concordância superior a 85%, tendo sido excluídos, deste modo, somente duas recomendações. A apresentação das novas evidências colhidas apresenta-se agrupada por categorias, para mais fácil leitura e compreensão, no Tabela III. 2.

Tabela III.2. Recomendações de boa prática no controlo da dor e dispneia da pessoa doença oncológica, no serviço de urgência, hierarquizadas por ordem de importância, na segunda ronda

Recomendações com nível de concordância \geq 85%	
Categorias	Nível de Consenso
Categoria I – Apreciação da Dor Oncológica	
Resposta ao esquema analgésico e de resgate	100%
Características da dor: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva)	100%
Factores de alívio e de exacerbação	100%
Existência de outros sintomas associados	100%
Instrumentos de auto-avaliação (como p.ex. Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Inventário Resumido da Dor)	100%
Estado psico-emocional	100%
Co-morbilidades pré-existentes	100%
Instrumentos de hetro-avaliação, na pessoa com alterações cognitivas ou incapacitadas de comunicar verbalmente (como p.ex. Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador e Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale)	100%
Existência de comportamentos aditivos	93.8%
Realização de tratamentos oncológicos: radioterapia, quimioterapia com citostáticos ou hormonoterapia	93.8%
Interferência nas atividades de vida diárias	93.8%
Categoria II – Controlo Farmacológico da Dor Oncológica	

Incluir laxantes no esquema terapêutico com opióides	100%
Rotatividade de opióides	100%
Titulação de opióides	100%
Ponderar sedação paliativa para controlo da dor	93.8%
Utilizar via transmucosa para rápido controlo	93.8%
Utilização da escada analgésica modificada Organização Mundial de Saúde	93.8%
Doses de resgate frequentes implicam alteração do esquema analgésico	93.8%
Medidas de controlo da dor irruptiva: titulação de opióides, introdução de adjuvantes e tomas a horas regulares	93.8%
Seleção da via endovenosa, quando a subcutânea está contra-indicada	93.8%
Categoria III – Controlo Não Farmacológico da Dor Oncológica	
Cuidados de enfermagem individualizados	100%
Desmistificação dos receios associados à opioidofobia	100%
Inclusão de pessoa significativa no plano de cuidados	100%
Apoio psico-emocional	100%
Follow-up telefónico	100%
Comunicação honesta	100%
Boletim informativo escrito, com o esquema analgésico	100%
Posicionamento	100%
Massagem terapêutica	100%
Utilização de reiki	93.8%
Categoria IV – Apreciação da Dispneia	
Intensidade de 0-10	100%
Data de início/ frequência da ocorrência	100%
Factores de exacerbação e de alívio	100%
Associação com outros sintomas (p. ex. dor, tosse, náuseas e vômitos, ansiedade, fadiga, etc.)	100%
Tratamentos realizados anteriormente e a sua eficácia	100%
Impacto no próprio	100%
Utilização de escalas de avaliação (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS e Índice de Dispneia Modificado)	93.8%
Categoria V – Controlo Farmacológico da Dispneia	
Ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) temporária no alívio de condições severas reversíveis	100%
Utilização de benzodiazepinas para o controlo da ansiedade	87.6%
Utilização de opióides fortes, com titulação cuidadosa	93.8%
Categoria VI – Controlo Não Farmacológico da Dispneia	
Empoderamento para a capacidade para reconhecer sinais de alerta	100%
Referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde	100%
Gestão da ansiedade	100%
Posicionamento para relaxamento dos músculos respiratórios	100%
Educação para a auto-gestão da saúde sobre regime terapêutico	100%
Controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios	93.8%
Indicadores com nível de consenso < 85%	
Categorias	Nível de Consenso
Categoria I – Apreciação da Dor Oncológica	
Achados imagiológicos e analíticos	81.3%

Categoria V – Controlo Farmacológico da Dispneia	
Oxigenoterapia na gasimetria arterial com hipoxemia ou com SpO ₂ < 90%	75,1%

Apreciação da dor oncológica. No que concerne à avaliação da dor oncológica foi atribuída um nível de consenso absoluto (100%) as suas características, que inclui a intensidade, frequência, tipo de dor, localização, duração e padrão de dor, bem como aos factores de alívio e de exacerbação, escalas de auto e hetero-avaliação, co-morbilidades pré-existentes, o estado psico-emocional, a existência de outros sintomas associados descontrolados e resposta ao esquema analgésico atual e de resgate. Consecutivamente, com 93.8% de concordância emergem os seguintes aspectos, a contemplar na apreciação da dor: interferência nas atividades de vida diárias, existência de comportamentos aditivos e a realização atual ou prévia de tratamentos oncológicos, como a radioterapia, quimioterapia com citostáticos e hormonoterapia. O único item excluído incidiu na análise compreensiva da etiologia da dor com achados analíticos e imagiológicos, com 81.3%.

Controlo farmacológico da dor. A rotatividade, titulação de opióides e a introdução de laxantes no esquema terapêutico com opióides foram as recomendações que reuniram maior nível de consenso (100%). Com 93.8% de concordância inseriram-se duas das recomendações sugeridas pelos peritos, na primeira ronda: ponderar a sedação paliativa no controlo da dor e a utilização da via transmucosa. O tratamento da dor oncológica norteada pelos pressupostos da escada analgésica modificada da OMS, a alteração do esquema analgésico, em caso de doses de resgate frequentes, a introdução de adjuvantes e as tomas regulares no controlo da dor irruptiva e a seleção da via endovenosa, quando a subcutânea está contra-indicada, foram medidas identificadas com o mesmo grau de relevância.

Controlo não farmacológico da dor. Dos 10 itens incorporados, 9 reuniram um consenso de 100%. Nesta área de intervenção autónoma os peritos atribuíram peculiar ênfase aos cuidados individualizados, com inclusão da pessoa significativa no plano terapêutico, desmistificação de receios inerentes à opiodofobia, comunicação honesta, apoio psico-emocional, *follow-up*

telefónico, posicionamento e massagem terapêutica. A utilização de reiki foi a recomendação não farmacológica discretamente menos valorizada (93.8%).

Apreciação da dispneia. Na avaliação da dispneia foram considerados 7 aspectos de particular relevância, que englobam a sua intensidade, a data de início e/ ou frequência da ocorrência, factores de alívio e de exacerbação, outros sintomas existentes em simultâneo, o tratamento já realizado anteriormente e a sua eficácia, o impacto no próprio, bem como a utilização de instrumentos de avaliação (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS e Índice de Dispneia Modificado).

Controlo farmacológico da dispneia. Esta foi a categoria com maior dispersão no nível de consenso, em que a utilização de ventilação não invasiva temporária, no alívio de condições respiratórias reversíveis foi a que reuniu maior unanimidade com 100%. A utilização de opióides fortes com titulação cuidadosa e inclusão de benzodiazepinas, para controlo da ansiedade foram consideradas medidas relevantes com a respetiva taxa percentual: 93.8 e 87.6. A recomendação referente à utilização de oxigenoterapia, em situações de hipoxemia, detetadas em gasimetria arterial ou com $SpO_2 < 90\%$ foi excluída pelos peritos com 75.1%, ou seja, $< 85\%$.

Controlo não farmacológico da dispneia. Os 7 itens incluídos congregaram elevado consenso, com valorização do empoderamento para a capacidade de reconhecer sinais de alerta para procura dos serviços de saúde, educação para a auto-gestão do regime medicamentoso, referenciação para outros serviços/profissionais de saúde, gestão da ansiedade e posicionamento favorecer o relaxamento dos músculos respiratórios. A recomendação de controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios ocupou um lugar de destaque ligeiramente inferior (93.8%).

3.3. Referências Bibliográficas

- Almeida, M., Spínola, A. & Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 20 (1), 49-58.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Chami, K.; Gavazzi, G. Wazières, B, Lejune, B.; Carrat, F.; Piette, F.; Haijjar, J. & Rothan-Tondeur. (2011). Guidelines for infection control in nursing homes: a Delphi consensus web-based survey. *Journal of Hospital Infection*, 79, 75-89.
- Chang, A; Garden, G.; Duffield, C. & Ramis M. (2010). A Delphi study to Validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2320-2330.
- Foddy, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Grundy, M. & Ghaz, F. (2009). Research priorities in haemato-oncology nursing: Results of a literature review and a Delphi study. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 235–249.
- Herminda, P. & Araújo, I. (2006). Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 59 (3), 314-20.
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hou, I.; Chang, P.; Chan, H. & Dykes. (2013). A modified Delphi translation strategy and challenges of International Classification for Nursing Practice (ICNP®). *International Journal of medical informatics*, 8 2, 418–426.
- Ito, C.; Ota, K. & Matsuda, M. (2011). Educational content in nurse education in Japan: A Delphi study. *Nurs Ethics*, 18: 441-454.

Jesen, J.; Croskerry, P. & Traves, A. (2011). Consensus on paramedic clinical decisions during high-acuity emergency calls: results of a Canadian Delphi study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*,13:310-318.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Lindqvist, O.; Lundquist, G.; Dickman, A.; Bukki, J.; Lunder, U.; Hagelin, C.; Rasmussen, B.; Sauter, S.; Tishelman, C. & Furst, C. (2013). Four essential drugs needed for quality care of the dying: a delphi-study based international expert consensus opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (1), 38-43

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: ReportNumber, Lda.

Mussak, E. (2004). *Metacompetência: Uma nova visão do trabalho e da realização pessoal*. Coimbra: Ariadne Editora.

Neves, E. & Boruchovitch, E. (2007). Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 20(3), 406-13.

Oliveira, A. (2010). Um olhar de dentro: perspectivas de professores acerca de necessidades de mudança na escola. *Sísifio: Revista de Ciências da Educação*, 11, 127-138.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com trauma vertebra-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Polit, F.; Beck, T. & Hungler P. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilisation* (5th ed). Philadelphia: Lippincott.

Potter, M; Gordon, S. & Hamer, P. (2004). The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *Journal of Physiotherapy*, 33 (3), 126-130.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramelet, A. & Gil, F. (2012). A Delphi study on national PICU nursing priorities in Australia and New Zealand. *Australian Critical Care*, 25, 41-57.

Ramos, A. (2011). Indicadores da individualização de cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem. Universidade de Humanidades e Tecnologia Lusófona. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa.

Ruquoy, Danielle. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarello, Luc [et al.] (Eds) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 35-50). Lisboa: Gadiva.

Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vignorali, E.; Bennet, M.; Nikolaichuck, C.; Lima, L.; Wenk, R; Ripamonti, C. & Bruera, E. (2012). Strategic pain management: the identification and development of the IAHPC opioid essential prescription package. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (2), 186-191.

Wright, J & Giovinazzo, R. (2000). Delphi: uma técnica de apoio ao planeamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, 1 (12), 54-65.

Yamaguchi, T.; Shima, Y.; Morita, T.; Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *J Clin Oncol*, 43 (9), 896-909.

Apêndice 3.1: Questionário da 1.^a ronda da Técnica de Delphi

CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLOGICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: RESULTADOS SENSÍVEIS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, subordinada ao tema “CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: RESULTADOS SENSÍVEIS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM”, venho convidá-lo(a) a participar num painel de peritos, utilizando a Técnica de Delphy. Com este painel pretende-se validar os resultados da revisão sistemática da literatura previamente realizada.

Este conjunto de procedimentos tem como objetivo o desenvolvimento de linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, contextualizadas e validadas na realidade da enfermagem portuguesa. Deste modo, pretende-se contribuir para a prática baseada na evidência, com a finalidade de aumentar a qualidade e proficiência dos cuidados prestados nos serviços de urgência. Várias entidades nacionais e internacionais (Ordem dos Enfermeiros, European Association for Palliative Care, American Society of Anaesthesiology, European Society for Medical Oncology, American Pain Society, National Comprehensive Cancer Network e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) recomendam o uso desta Metodologia de Delphy no desenvolvimento de consensos, para a elaboração de linhas orientadoras de boa prática.

Procedimento do painel de peritos (Metodologia de Delphy):

Cada perito é questionado acerca de um determinado assunto, do qual resulta um conjunto de ideias e opiniões que são analisadas e redistribuídas, solicitando-se então a cada perito que reconsidere sobre o consenso de opiniões. A realização de várias séries de reconsiderações de consenso pode tornar-se inútil, conseguindo-se estabilidade do consenso após duas séries.

Serão distribuídas duas séries de questionários.

Cronograma de realização do painel de peritos

	Entrega	Recolha
1.º Questionário	12 de Janeiro	16 de Janeiro
2.º Questionário	20 de Janeiro	26 de Janeiro

O período de resposta para cada questionário distribuído será de 5 dias úteis.

A distribuição e recolha dos questionários serão feitas via electrónica.

Será garantido o anonimato de cada elemento do painel de peritos.

* Required

Parte I - CARATERIZAÇÃO DOS PERITOS

1. **1. Idade (anos): ***

.....

2. **2. Sexo: ***

Mark only one oval.

Feminino

Masculino

3. **3. O nível mais elevado da sua formação em enfermagem. ***

Mark only one oval.

Bacharelato

Licenciatura em Enfermagem

Mestrado

Doutoramento

4. **4. Identifique a sua área de atuação profissional ***

Mark only one oval.

Prática de cuidados

Educação

Acessória

Gestão

5. **5. Experiência total em prestação de cuidados de enfermagem clínica (nº de Anos): ***

.....

6. **6. Tempo de experiência profissional em Serviço de Urgência (anos): ***

.....

7. **7. Possui o título de especialista em enfermagem: ***

Mark only one oval.

Sim

Não

8. **8. Se respondeu sim à alinea anterior, especifique em que área:**

Mark only one oval.

Médico-Cirúrgica

Reabilitação

Saúde Mental e Psiquiátrica

Outra

9. **9. Indique o serviço onde exerce funções atualmente: ***

.....

10. **10. Possui formação específica em Oncologia/ Cuidados Paliativos ***

Mark only one oval.

Sim

Não

PARTE II - CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: RESULTADOS SENSÍVEIS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Abaixo apresentam-se, por categorias, um conjunto de orientações para o controlo da dor oncológica e dispneia. Com o objectivo de desenvolver linhas de boa prática, pontue cada um dos códigos de acordo com o grau de concordância que lhe atribui, tendo em consideração a pessoa com doença oncológica, em todas as fases do seu percurso.

Deste modo, pontue cada um dos itens utilizando a seguinte escala:

1 - Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 -Discordo parcialmente; 4 - Não concordo nem discordo; 5 - Concordo parcialmente; 6- Concordo; 7 - Concordo totalmente.

Clique na alternativa que melhor descreve a sua opinião.

Na apreciação da dor oncológica recomenda-se...

11. **11. ...a utilização de instrumentos de auto-avaliação (como p.ex. Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Inventário Re-sumido da Dor) ***

Mark only one oval.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

12. **12. ...a utilização de instrumentos de hetro-avaliação, na pessoa com alterações cognitivas ou incapacitadas de comunicar verbalmente (como p.ex. Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador e Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale) ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13. **13. ...avaliação das suas caraterísticas: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva) ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

14. **14. ...avaliação de factores de alívio e de exacerbação ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

15. **15. ...avaliação da resposta ao esquema analgésico e de resgate ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

16. **16. ...avaliação da existência de outros sintomas associados ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17. **17. ...avaliação da interferência nas atividades de vida diárias ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

18. **18. ...avaliação do estado psico-emocional ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

19. **19. ...avaliação de outras co-morbilidades pré-existentes ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

20. **20. ...avaliar a realização atual ou prévia de tratamentos oncológicos: radioterapia, quimioterapia com citostáticos ou hormonoterapia ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

21. **21. ...avaliar a sua relação com achados imagiológicos e analíticos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

22. **22. ...avaliar a existência de comportamentos aditivos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Relativamente ao tratamento farmacológico da dor...

23. **23. ...deve ser norteado pela escada analgésica modificada proposta pela Organização Munidal de Saúde ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

24. **24. ...a titulação de opióides não é uma medida eficaz para o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

25. **25. ...a rotatividade de opióides deve ser considerada quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

26. **26. ...a dor deverá estar relativamente bem controlada antes de iniciar opióides transdérmicos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

27. **27. ...os antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados adjuvantes de 1.^a linha no tratamento da dor neuropática ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

28. **28. ...a cetamina pode ser utilizada como adjuvante na dor neuropática ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

29. **29. ...a utilização de corticóides pode ser útil na dor neuropática visceral e óssea, em situações de agudização ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Não concordo nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

30. **30. ...na dor visceral por oclusão intestinal maligna a administração de octreótido pode estar recomendada, por via SC ou EV ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Não concordo nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

31. **31. ...na dor irruptiva que surge associada ao término da semi-vida do opióide, não se deve antecipar a próxima toma, mas sim aumentar a dose do opióide regular de longa duração e/ ou reduzir o intervalo entre as doses ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Não concordo nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

32. **32. ...a necessidade de fazer frequentes doses de resgate significa que o esquema de toma regular deverá ser alterado ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Não concordo nem discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

33. **33. ...a titulação de opióides, a introdução de adjuvantes e as tomas sempre a horas regulares são medidas importantes no controlo na dor irruptiva ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

34. **34. ...deve se seleccionar preferencialmente a via de administração oral, porque reduz a incidência de efeitos adversos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

35. **35. ...a via de administração subcutânea é simples e eficaz para a administração de morfina, a primeira escolha quando via oral ou transdérmica não estão disponíveis ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

36. **36. ...a via endovenosa pode ser considerada quando a subcutânea está contra-indicada ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

37. **37. ...quando existe toma de opióides frequentes, os laxantes devem fazer parte do esquema terapêutico para profilaxia da obstipação ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

No tratamento não farmacológico da dor recomenda-se...

38. **38. ...a inclusão de pessoa significativa no plano de cuidados, para aumentar o sucesso terapêutico ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

39. **39. ...intervenção individualizadas, tendo em conta as preferências e expetativas da pessoa ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

40. **40. ...apoio psico-emocional, para aumentar a auto-eficácia ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

41. **41. ...follow-up telefónico, para aumentar o grau de satisfação com os cuidados de saúde ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

42. **42 ...comunicação honesta para a possibilidade de dor nos diferentes estadios da doença oncológica, decorrente directamente da neoplasia ou dos tratamentos anti-neoplásicos, para encorajar a notificação da eficácia da terapêutica/ efeitos adversos ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

43. **43. ...desmistificar os receios associados à opioidofobia, para aumentar a adesão terapêutica ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

44. **44. ...fornecimento de um boletim informativo escrito, com o esquema analgésico ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

45. **45. ...musicoterapia, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

46. **46. ...massagem terapêutica, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

47. **47. ...estimulação transcutânea eléctrica, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

48. **48. ...hipnose, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

49. **49. ...posicionamento, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

50. **50. ...aplicação de quente/ frio, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Na apreciação da dispneia recomenda-se...

51. **51. ...avaliar data de início e frequência da ocorrência ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

52. **52. ...avaliar factores de exacerbação e de alívio ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

53. **53. ...avaliar se existe associação com outros sintomas (p. ex. dor, tosse, náuseas e vômitos, ansiedade, fadiga, etc.) ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

54. **54. ...avaliar a sua intensidade de 0-10 ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

55. **55. ...avaliar tratamentos realizados anteriormente e a sua eficácia ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

56. **56. ...avaliar qual o impacto no próprio ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

57. **57. ...avaliar qual o impacto nas pessoas que o rodeiam ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

58. **58. ...avaliar qual o nível aceitável de dispneia para a pessoa, de 0-10. ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

59. **59. ...avaliar o estado psico-emocional ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

60. **60. ...considerar a utilização de escalas de avaliação (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS e Índice de Dispneia Modificado) ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

No tratamento farmacológico da dispneia recomenda-se...

61. **61. ...apenas a administração de oxigenoterapia, em pessoas com gasimetria arterial com hipoxemia ou com SpO₂ < 90% ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

62. **62. ...a utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições severas reversíveis ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

63. **63. ...evitar a utilização de broncodilatadores, corticóides e/ ou diuréticos em casos de estase pulmonar ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

64. **64. ...utilização de benzodiazepinas para o controlo da ansiedade ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

65. **65. ...utilização de anti-psicóticos se: ansiedade, náuseas ou agitação ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

66. **68. ...controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

67. **66. ...a utilização de opióides fortes, com titulação cuidadosa ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

68. **67. ...dose de opióides fortes superiores nas pessoas que já os realizam no seu esquema analgésico habitual ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

No tratamento não farmacológico da dispneia recomenda-se...

69. **70. ... posicionamento para reduzir o trabalho respiratório e aumentar a expansão pulmonar ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

70. **69. ...treino da tosse eficaz assistida para clearance brônquica ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

71. **71. ...aplicação de frio facial para estimular o nervo trigémio e reduzir a sensação de dispneia ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

72. **74. ...exercícios de relaxamento e visualização ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

73. **75. ...educação para a auto-gestão da saúde sobre regime terapêutico ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

74. **72. ...considerar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

75. **73. ...gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração da significação da dispneia para a pessoa, doença e expectativa de vida ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

76. **76. ...empoderamento para a capacidade para reconhecer a exacerbação de sinais e sintomas que exigem a procura de serviços de saúde ***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

77. **78. Considera importante a inclusão de outra(s) recomendações no controlo da dor oncológica? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

78. **Se respondeu Sim:**

Quais:

.....

79. **Justificação:**

.....

80. **77. ...referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde: unidade da dor, reabilitação funcional e respiratória, cuidados paliativos, saúde mental e psiquiátrica ***

Mark only one oval.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

81. **79. Considera importante a inclusão de outra(s) recomendações no controlo dispneia? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

82. **Se respondeu Sim:**

Quais:

.....

83. **Justificação:**

.....

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice 3.2: Questionário da 2.^a ronda da Técnica de Delphi

CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLOGICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: RESULTADOS SENSÍVEIS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO (2.º QUESTIONÁRIO)

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, subordinada ao tema “CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: RESULTADOS SENSÍVEIS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM”, venho convidá-lo(a) a participar num painel de peritos, utilizando a Técnica de Delphy. Com este painel pretende-se validar os resultados da revisão sistemática da literatura previamente realizada.

Este conjunto de procedimentos tem como objetivo o desenvolvimento de linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica, contextualizadas e validadas na realidade da enfermagem portuguesa. Deste modo, pretende-se contribuir para a prática baseada na evidência, com a finalidade de aumentar a qualidade e proficiência dos cuidados prestados nos serviços de urgência. Várias entidades nacionais e internacionais (Ordem dos Enfermeiros, European Association for Palliative Care, American Society of Anaesthesiology, European Society for Medical Oncology, American Pain Society, National Comprehensive Cancer Network e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) recomendam o uso desta Metodologia de Delphy no desenvolvimento de consensos, para a elaboração de linhas orientadoras de boa prática.

Procedimento do painel de peritos (Metodologia de Delphi):

Cada perito é questionado acerca de um determinado assunto, do qual resulta um conjunto de ideias e opiniões que são analisadas e redistribuídas, solicitando-se então a cada perito que reconsidere sobre o consenso de opiniões. A realização de várias séries de reconsiderações de consenso pode tornar-se inútil, conseguindo-se estabilidade do consenso após duas séries.

Esta é a segunda série de questionários. O tempo estimado de preenchimento é de 10 minutos.

Cronograma de realização do painel de peritos

	Entrega	Recolha
2.º Questionário	20 de Janeiro	26 de Janeiro

O período de resposta para cada questionário distribuído será de 5 dias úteis.

A distribuição e recolha dos questionários serão feitas via electrónica.

Será garantido o anonimato de cada elemento do painel de peritos.

* Required

1 - CARATERIZAÇÃO DOS PERITOS

1. **1. Idade (anos): ***

.....

2. **2. Sexo: ***

Mark only one oval.

Feminino

Masculino

3. **3. O nível mais elevado da sua formação em enfermagem. ***

Mark only one oval.

Bacharelato

Licenciatura em Enfermagem

Mestrado

Doutoramento

4. **4. Identifique a sua área de atuação profissional ***

Mark only one oval.

Prática de cuidados

Educação

Acessória

Gestão

5. **5. Experiência total em prestação de cuidados de enfermagem clínica (nº de Anos): ***

.....

6. **6. Tempo de experiência profissional em Serviço de Urgência (anos): ***

.....

7. **7. Possui o título de especialista em enfermagem: ***

Mark only one oval.

Sim

Não

8. **8. Se respondeu sim à alínea anterior, especifique em que área:**

Mark only one oval.

Médico-Cirúrgica

Reabilitação

Saúde Mental e Psiquiátrica

Outra

9. **9. Indique o serviço onde exerce funções atualmente: ***

.....

10. **10. Possui formação específica em Oncologia/ Cuidados Paliativos ***

Mark only one oval.

Sim

Não

2 - Procedimento do painel de peritos (Metodologia de Delphi)

Este questionário é dividido em Três Partes:

- Parte I – Apresentamos as recomendações com nível de consenso \geq a 80%, face ao primeiro questionário e pedimos-lhe que reconsidere a sua opinião, segundo uma escala dicotómica.
- Parte II – Indicamos as recomendações que obtiveram níveis de consenso entre 75% e 80%, onde é solicitado que pontue cada um deles, através de uma escala de importância descrita, no sentido de se ponderar o seu grau de relevância.
- Parte III – Apresentamos as recomendações sugeridas pelos peritos, face ao primeiro questionário e pedimos-lhe que reconsidere a sua opinião, novamente segundo uma escala dicotómica.

Parte I - Indicadores com níveis de consenso \geq 80%

Na apreciação da dor oncológica recomenda-se...

Concorda com a inclusão dos itens abaixo descritos nas futuras linhas de orientação de boa prática no controlo da dor oncológica?

11. **11. ...a utilização de instrumentos de auto-avaliação (como p.ex. Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Inventário Re-sumido da Dor) ***

Mark only one oval.

Sim

Não

12. **12. ...a utilização de instrumentos de hetero-avaliação, na pessoa com alterações cognitivas ou incapacitadas de comunicar verbalmente (como p.ex. Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador e Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale) ***

Mark only one oval.

Sim

Não

13. **13. ...avaliação das suas características: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva) ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

14. **14. ...avaliação de factores de alívio e de exacerbação ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

15. **15. ...avaliação da resposta ao esquema analgésico e de resgate ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

16. **16. ...avaliação da existência de outros sintomas associados ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

17. **17. ...avaliação da interferência nas atividades de vida diárias ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

18. **18. ...avaliação do estado psico-emocional ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

19. **19. ...avaliação de outras co-morbilidades pré-existentes ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

20. **20. ...avaliar a realização atual ou prévia de tratamentos oncológicos: radioterapia, quimioterapia com citostáticos ou hormonoterapia ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

21. **21. ...avaliar a existência de comportamentos aditivos ***

Mark only one oval.

Sim

Não

Relativamente ao tratamento farmacológico da dor...

22. **22. ...quando existe toma de opióides frequentes, os laxantes devem fazer parte do esquema terapêutico para profilaxia da obstipação ***

Mark only one oval.

Sim

Não

No tratamento não farmacológico da dor recomenda-se...

Concorda com a inclusão dos itens abaixo descritos nas futuras linhas de orientação de boa prática no controlo da dor oncológica?

23. **23. ...a inclusão de pessoa significativa no plano de cuidados, para aumentar o sucesso terapêutico ***

Mark only one oval.

Sim

Não

24. **24. ...intervenção individualizadas, tendo em conta as preferências e expetativas da pessoa ***

Mark only one oval.

Sim

Não

25. **25. ...apoio psico-emocional, para aumentar a auto-eficácia ***

Mark only one oval.

Sim

Não

26. **26. ...follow-up telefónico, para aumentar o grau de satisfação com os cuidados de saúde ***

Mark only one oval.

Sim

Não

27. **27 ...comunicação honesta para a possibilidade de dor nos diferentes estadios da doença oncológica, decorrente directamente da neoplasia ou dos tratamentos anti-neoplásicos, para encorajar a notificação da eficácia da terapêutica/ efeitos adversos ***

Mark only one oval.

Sim

Não

28. **28. ...desmistificar os receios associados à opioidofobia, para aumentar a adesão terapêutica ***

Mark only one oval.

Sim

Não

29. **29. ...fornecimento de um boletim informativo escrito, com o esquema analgésico ***

Mark only one oval.

Sim

Não

30. **30. ...posicionamento, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

Sim

Não

Na apreciação da dispneia recomenda-se...

Concorda com a inclusão dos itens abaixo descritos nas futuras linhas de orientação de boa prática no controlo da dispneia?

31. **31. ...avaliar data de início e frequência da ocorrência ***

Mark only one oval.

Sim

Não

32. **32. ...avaliar factores de exacerbação e de alívio ***

Mark only one oval.

Sim

Não

33. **33. ...avaliar se existe associação com outros sintomas (p. ex. dor, tosse, náuseas e vômitos, ansiedade, fadiga, etc.) ***

Mark only one oval.

Sim

Não

34. **34. ...avaliar a sua intensidade de 0-10 ***

Mark only one oval.

Sim

Não

35. **35. ...avaliar tratamentos realizados anteriormente e a sua eficácia ***

Mark only one oval.

Sim

Não

36. **36. ...avaliar qual o impacto no próprio ***

Mark only one oval.

Sim

Não

No tratamento farmacológico da dispneia recomenda-se...

Concorda com a inclusão dos itens abaixo descritos nas futuras linhas de orientação de boa prática no controlo da dispneia?

37. **37. ...a utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições severas reversíveis ***

Mark only one oval.

Sim

Não

No tratamento não farmacológico da dispneia recomenda-se...

Concorda com a inclusão dos itens abaixo descritos nas futuras linhas de orientação de boa prática no controlo da dispneia?

38. **38. ... posicionamento para reduzir o trabalho respiratório e aumentar a expansão pulmonar ***

Mark only one oval.

Sim

Não

39. **39. ...gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração da significação da dispneia para a pessoa, doença e expectativa de vida ***

Mark only one oval.

Sim

Não

40. **40. ...educação para a auto-gestão da saúde sobre regime terapêutico ***

Mark only one oval.

Sim

Não

41. **41. ...empoderamento para a capacidade para reconhecer a exacerbação de sinais e sintomas que exigem a procura de serviços de saúde ***

Mark only one oval.

Sim

Não

42. **42. ...referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde: unidade da dor, reabilitação funcional e respiratória, cuidados paliativos, saúde mental e psiquiátrica ***

Mark only one oval.

Sim

Não

Parte II - Indicadores com níveis de consenso de 75-80%

Na apreciação da dor oncológica recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

43. **43.avaliar a sua relação com achados imagiológicos e analíticos ***

Mark only one oval.

Nada Importante

Pouco Importante

Indiferente

Importante

Muito Importante

Relativamente ao tratamento da dor oncológica recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

44. **44. ...deve ser norteado pela escada analgésica modificada proposta pela Organização Mundial de Saúde ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

45. **45. ...a titulação de opióides é uma medida eficaz de controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

46. **46. ...a rotatividade de opióides deve ser considerada quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

47. **47. ...a necessidade de fazer frequentes doses de resgate significa que o esquema de toma regular deverá ser alterado ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

48. **48. ...a titulação de opióides, a introdução de adjuvantes e as tomas sempre a horas regulares são medidas importantes no controlo na dor irruptiva ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
 Pouco Importante
 Indiferente
 Importante
 Muito Importante

49. **49. ...a via endovenosa pode ser considerada quando a subcutânea está contra-indicada ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
 Pouco Importante
 Indiferente
 Importante
 Muito Importante

No tratamento não farmacológico da dor recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

50. **50. ...massagem terapêutica, para favorecer o controlo da dor ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
 Pouco Importante
 Indiferente
 Importante
 Muito Importante

Na apreciação da dispneia recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

51. **51. ...considerar a utilização de escalas de avaliação (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS e Índice de Dispneia Modificado) ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

No tratamento farmacológico da dispneia recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

52. **52. ...apenas a administração de oxigenoterapia, em pessoas com gasimetria arterial com hipoxemia ou com SpO₂< 90% ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

53. **53. ...utilização de benzodiazepinas para o controlo da ansiedade ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

54. **54. ...a utilização de opióides fortes, com titulação cuidadosa ***

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

No tratamento não farmacológico da dispneia recomenda-se...

De entre os indicadores apresentados em baixo pontue cada um, utilizando a seguinte escala: de 1 (nada importante), 2 (pouco importante), 3 (indiferente), 4 (importante), 5 (muito importante):

55. 55. ...controlo e ensino da dissociação dos tempos respiratórios *

Mark only one oval.

- Nada Importante
- Pouco Importante
- Indiferente
- Importante
- Muito Importante

Parte III - Recomendações sugeridas pelos peritos relativamente à dor oncológica

Concorda com a inclusão das recomendações abaixo sugeridas nas futuras linhas de orientação de boa prática?

56. 56. Em fase terminal, ponderar a sedação paliativa para controlo da dor *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

57. 57. Utilizar a via transmucosa no controlo da dor *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

58. 58. Utilização de Reiki no controlo da dor *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice 4: Resultados esperados e distribuição temporal dos campos de ensino clínico

Descrição da 1.ª Tarefa: Elaborar linhas de orientação de boa prática no controlo sintomático da dor e dispneia, na pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência, baseadas na melhor e mais atual evidência científica

Objetivos	Metodologia	Resultados Esperados	Indicadores de Avaliação	Instituições/ Serviços Envolvidos e Contributos
<p>1. Otimizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa que experiencia dor ou dispneia, em situações de agudização, ao longo do seu trajeto de sobrevivente.</p> <p>2. Motivar os enfermeiros peritos no contexto de intervenção, para um desempenho diferenciado, ao emitirem parecer sobre a adequação das <i>guidelines</i> produzidas</p>	<p>1. Realizar uma revisão sistemática da literatura, com recurso à pesquisa na EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), utilizando-se o método de PI[C]O, retrospectivamente até 2009;</p> <p>2. Validação da evidência obtida na realidade portuguesa, com recurso a peritos de diferentes contextos oncológicos, mediante a realização da Técnica de Delphi.</p>	<p>1. Obter uma matriz teórica que sistematize intervenções adequadas no controlo sintomático adequado da dor e dispneia, validadas por um painel de peritos para a sua contextualização na realidade portuguesa;</p> <p>2. Envolvimento dos enfermeiros peritos no serviço de urgência e motivação dos pares para inovação das práticas</p>	<p>1. Nível de consenso obtido na opinião dos peritos sobre as linhas de orientação de boa prática produzidas</p>	<p>1. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios 2. Clínica da dor Oncológica 3. Serviço de Atendimento Não Programado 4. Unidade Multidisciplinar da Dor Crónica 5. Serviço de Urgência Central</p> <p>Reunir um conjunto de peritos, no mínimo 7 e máximo 30 (Wright & Giovinazzo, 2000; Chang <i>et al.</i>, 2010) dos diferentes contextos envolvidos no controlo da dor oncológica e dispneia</p>
<p>➤ <i>Data de Início:</i> 29 Setembro de 2014</p>		<p>➤ <i>Tempo Previsto:</i> 8 semanas</p>		

Tabela 1: Descrição dos procedimentos metodológicos de consecução da tarefa 1

➤ **Descrição da 2.^a Tarefa:** Criação de um protocolo formal intra-hospitalar com a consulta da dor, para permitir a referenciação de pessoas com doença oncológica, com dor precariamente controlada.

Objetivos	Metodologia	Resultados Esperados	Indicadores de Avaliação	Instituições/ Serviços Envolvidos e Contributos
<p>1. Minimizar o impacto da dor no viver da pessoa com doença oncológica</p>	<p>1. Elaboração de um protocolo intra-hospitalar de referenciação do serviço de urgência para consulta da dor. Como instrumentos de avaliação da necessidade de referenciação sugere-se o Inventário Abreviado da Dor, o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, o Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (Azevedo <i>et al.</i>, 2007) ou a Avaliação da Dor na Pessoa Idosa não Comunicante: Escala da Dor de Doloplus 2 (Guarda, 2006).</p>	<p>1. Reduzir a necessidade de recurso ao serviço de urgência, nas pessoas com doença oncológica; 2. Favorecer a criação de redes de suporte da pessoa com doença oncológica</p>	<p>1. Preenchimento adequado do protocolo pré-estabelecido para referenciação; 2. N.º de pessoas com doença oncológica encaminhadas para a consulta da dor.</p>	<p>1. Unidade Multidisciplinar da Dor Crónica 2. Serviço de Urgência Central</p> <p>Colaboração na definição dos critérios de referenciação e assegurar a continuidade de cuidados, em regime de ambulatório.</p>
<p>➤ <i>Data de Início:</i> 1 de Dezembro de 2014</p>		<p>➤ <i>Tempo Previsto:</i> 3 semanas</p>		

Tabela 2: Descrição dos procedimentos metodológicos de consecução da tarefa 2

Descrição da 3.^a Tarefa: Conceber um programa formativo para os enfermeiros do serviço de urgência, com inclusão do diagnóstico de situação inicialmente realizado, no mesmo contexto e as orientações de boa prática, validadas por peritos, sobre o adequado controlo da dispneia e dor oncológica.

Objetivos	Metodologia	Resultados Esperados	Indicadores de Avaliação	Instituições/ Serviços Envolvidos e Contributos
1. Potenciar o desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço de urgência no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar sessões de formação em grupos mais e menos alargados, para dar primazia a um dispositivo formativo individualizado; 2. Avaliar mediante a realização de um inquérito por questionário pós-formação a pertinência e a adequação dos conteúdos e metodologia, de forma a refinar a estratégia pedagógica nas futuras sessões 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciação inicial adequada para caracterizar, tratar a dor e dispneia e/ ou referenciar adequadamente; 2. Existência de monitorização contínua da intensidade da dor e redução do nível de dor, com o mínimo aceitável de ligeira (< 3 na escala quantitativa 1-10) ou atingir o patamar expectável pela pessoa/família/ cuidador, antes da alta ou internamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusão das características de dor e terapêutica anterior nos registos escritos de enfermagem; 2. Intensidade da dor previamente à alta ou internamento 3. Grau de satisfação com a sessão formativa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Urgência Central <p>Permite diagnosticar as necessidades formativas, a reflexão na e sobre a prática, como modo de facilitar a introdução de processos de mudança, em parceria com os pares</p>
➤ <i>Data de Início:</i> 5 de Janeiro de 2015		➤ <i>Tempo Previsto:</i> 4 semanas		

Tabela 3: Descrição dos procedimentos metodológicos de consecução da tarefa 3

**Apêndice 5: Objetivos e atividades planejadas para a UCCI
Oncológica**

Objetivos Específicos	Atividades
a) Integrar a equipa multidisciplinar da UCII, no acompanhamento da pessoa com doença oncológica com dor e dispneia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, organização e dinâmica do serviço; 2. Conhecer normas e protocolos do serviço vigentes; 3. Conhecer a estruturação dos processos clínicos da pessoa com doença oncológica; 4. Colaborar na realização do processo de enfermagem e registos de continuidade de cuidados; 5. Realizar o acolhimento das visitas da pessoa com doença oncológica com dor ou dispneia; 6. Conhecer a articulação com outros serviços, nomeadamente Serviço de Atendimento Não Programado, Bloco Operatório e Serviços de Internamento.
b) Mobilizar conhecimentos sobre a fisiologia, etiologia, factores desencadeantes da dor oncológica e dispneia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma revisão sistemática da literatura, com recurso à pesquisa na EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), utilizando-se o método de PI[C]O, retrospectivamente até 2009, para realizar uma análise crítica da literatura sobre as boas práticas no controlo da dor oncológica e dispneia; 2. Analisar o referencial produzido pela OncoAnestesia sobre o controlo da dor pós-operatória; 3. Participar na apresentação da nova Norma Clínica de Enfermagem N.º 54 para avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor no dia 13/10/2014; 4. Consultar artigos científicos recentes, disponíveis no serviço/ normas/ protocolos, utilizados como orientadores de boa prática.
c) Identificar estratégias utilizadas para a apreciação e controlo da dor e dispneia da pessoa com doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar as estratégias de comunicação eficaz utilizadas no trabalho em equipa e de relação intra e interprofissional; 2. Analisar o impacto do Grupo Dinamizador dos Padrões de Qualidade dos

<p>oncológica, pela equipa multidisciplinar</p>	<p>Cuidados de Enfermagem: Dor 5.º Sinal Vital: Equipa de Enfermagem da Clínica da Dor na avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor na UCII;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Observar o controlo a dor e a dispneia, na pessoa em transição para cuidados paliativos; 4. Observar se os enfermeiros e outros profissionais de saúde adotam uma abordagem multimodal no controlo da dor e dispneia, com recurso a terapêutica adjuvante: anti-convulsivantes, anti-depressivos tricíclicos, corticóides, broncodilatadores, etc e a estratégias não farmacológicas: massagem terapêutica, apoio psico-emocional, etc.
<p>d) Refletir sobre a intervenção dos enfermeiros e equipa multidisciplinar no cuidar da pessoa oncológica com dor e dispneia, na UCII</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar na reunião semanal multidisciplinar, para permitir consolidar conhecimento sobre as estratégias adoptadas no controlo de sintomas, com enfoque na dor e dispneia, e a sua repercussão na pessoa com doença oncológica; 2. Analisar de forma crítica o <i>status</i> de dor e dispneia da pessoa oncológica que é admitida na UCII proveniente de outro serviço, como o SANP, BO, Serviços de Internamento; 3. Observar o modo de atuação do enfermeiro e da equipa multidisciplinar no controlo da dor e dispneia da pessoa oncológica admitida na UCII; 4. Observar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no adequado controlo da dor oncológica e dispneia; 5. Analisar a relação do <i>cluster</i> sintomas: dor oncológica e dispneia experienciadas em simultâneo.
<p>c) Colaborar na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica com dor e dispneia na UCII</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar na pessoa com doença oncológica a etapa em que se encontra na trajectória da sua doença; 2. Colher dados da pessoa e da sua doença, procurando identificar episódios anteriores de dor, dispneia e respetivas abordagem terapêuticas;

3. Verificar na prestação dos enfermeiros a adequação da utilização de escalas e ferramentas na monitorização da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica, consciente (auto-avaliação) ou com incapacidade de comunicar verbalmente ou sob sedação (hetero-avaliação), com base em indicadores comportamentais e neurofisiológicos: Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Avaliação da Dor na Demência Avançada, Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale;
4. Verificar na prestação dos enfermeiros a apreciação da dor em todas as suas características: evolução, intensidade, frequência, localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva), resposta ao esquema analgésico e de resgate, a existência de outros sintomas associados e a interferência nas atividades de vida diárias;
5. Verificar na prestação dos enfermeiros a obrigatoriedade da apreciação e registo da dor na pessoa oncológica, pelo menos uma vez por turno ou como maior regularidade em situações específicas: procedimento indutor de sensação dolorosa, intervenção anti-álgica e pós-operatório imediato;
6. Verificar na prestação dos enfermeiros a necessidade de validação para a realidade portuguesa de uma escala de avaliação da intensidade da dispneia: Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS, Índice de Dispneia Modificado (MDI) ou Numerical Rating Scale (NRS) for Breathlessness.
7. Verificar na prestação dos enfermeiros a identificação de factores de alívio e exacerbação da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica;
8. Analisar se na prestação dos enfermeiros a intensidade dor e dispneia na pessoa com doença oncológica é re-avaliada;
9. Aplicar o modelo de escada analgésica modificada da OMS na decisão terapêutica;

10. Identificar os fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica, tendo em conta as suas indicações, farmacocinética, interações, efeitos sinérgicos e secundários;
11. Identificar situações em que existe benefício no uso de adjuvantes no controlo da dor e dispneia;
12. Atuar na gestão da dor oncológica, atendendo a doses iniciais de opióides, titulação, manutenção, rotatividade de opióides, equialgesia e diferentes vias de administração;
13. Analisar se existe utilização de opióides no controlo da dispneia, nas decisões terapêuticas interdisciplinares;
14. Participar na realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêuticos (lavagem brônquica): laringoscopia e fibroscopia, no controlo da dispneia;
15. Observar os cuidados de enfermagem na ventilação não invasiva ou mecânica, com colocação de via aérea artificial definitiva ou provisória: entubação orotraqueal, traqueostomia e traqueotomia, no controlo da dispneia;
16. Participar na adopção de medidas não farmacológicas no alívio da dor e dispneia, em situações de agudização;
17. Participar na prestação de apoio psico-emocional à pessoa com doença oncológica e família.

**Apêndice 6: Objetivos e atividades planejadas para a
Clínica da Dor Oncológica**

Objetivos Específicos	Atividades
a) Integrar a equipa multidisciplinar da Clínica da Dor, no acompanhamento da pessoa com doença oncológica com dor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, organização e dinâmica do serviço; 2. Conhecer normas e protocolos do serviço vigentes; 3. Conhecer a estruturação dos processos clínicos da pessoa com doença oncológica; 4. Colaborar na realização do processo de enfermagem e registos de continuidade de cuidados; 5. Conhecer as áreas de influência da Clínica de Dor e proveniência das pessoas com dor oncológica atendidas neste serviço; 6. Conhecer a articulação com outros serviços, nomeadamente com Serviço de Atendimento Não Programado e Serviços de Internamento.
b) Mobilizar conhecimentos sobre a neurofisiologia, etiologia, factores desencadeantes e diferentes tipos de dor oncológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terminar a realização da revisão sistemática da literatura, com recurso à pesquisa na EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), utilizando-se o método de PI[C]O, retrospectivamente até 2009, para realizar uma análise crítica da literatura sobre as boas práticas no controlo da dor oncológica; 2. Observar os aspectos contemplados na edificação de um guia de boa prática: Norma Clínica de Enfermagem para avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor, implementada no dia 13/10/2014; 3. Realizar a leitura do Livro: Manual de Dor Crónica (2012), produzido pela equipa multidisciplinar da Clínica de Dor; 4. Consultar artigos científicos recentes, disponíveis no serviço/ normas/ protocolos, utilizados como orientadores de boa prática.
c) Identificar estratégias utilizadas para a apreciação e controlo da dor da pessoa com doença oncológica, pela	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar na pessoa com doença oncológica a etapa em que se encontra na trajectória da sua doença; 2. Participar na elaboração da história de dor/ colheita de dados;

<p>equipa multidisciplinar da Clínica da Dor</p>	<ol style="list-style-type: none">3. Observar a adequação dos instrumentos utilizados de colheita de dados, quanto à inclusão das características de dor (evolução, intensidade, frequência, localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor: contínua ou irruptiva resposta ao esquema analgésico e de resgate), a existência de outros sintomas associados, formas habituais de comunicar/ manifestar a dor, factores de alívio e exacerbação, estratégias de coping, interferência nas atividades de vida diárias e conhecimento/ percepção acerca da doença/ expectativas acerca da dor e tratamento;4. Colher dados da pessoa e da sua doença, procurando identificar episódios anteriores de dor e respetivas abordagem terapêuticas;5. Observar as escalas e ferramentas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, com capacidade de auto-avaliação, com por exemplo: Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa e Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory);6. Observar as escalas e ferramentas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, com alterações cognitivas ou incapacidade de comunicação verbal, com necessidade de recurso à hetro-avaliação, com por exemplo: Escala de Doloplus (Avaliação Comportamental na Pessoa Idosa) e Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD);7. Observar as escalas e ferramentas híbridas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, como por exemplo: Questionário de Dor Neuropática em 4 questões e Questionário de Dor Neuropática – PainDetect;8. Observar os critérios utilizados para determinar a periodicidade da re-avaliação da pessoa com dor oncológica;9. Presenciar a intervenção do Grupo Dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Dor 5.º Sinal Vital: Equipa de Enfermagem da Clínica da Dor no papel de formação de outros serviços.
---	---

d) Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento farmacológico da dor da pessoa com doença oncológica	<ol style="list-style-type: none">1. Aplicar o modelo de escada analgésica modificada da OMS na decisão terapêutica;2. Identificar os fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica, tendo em conta as suas indicações, farmacocinética, interações, contra-indicações, efeitos sinérgicos e secundários;3. Reconhecer situações em que existe benefício no uso de adjuvantes (anti-convulsivantes, anti-depressivos, corticóides, relaxantes musculares, benzodiazepinas, etc.) no controlo da dor;4. Observar como as doses iniciais de opióides fortes são designadas, a titulação, manutenção, rotatividade de opióides e equialgesia realizada;5. Observar quais as formas de apresentação de fármacos disponíveis na farmacêutica portuguesa mais utilizadas;6. Participar na seleção da via de administração invasiva e/ ou não invasiva mais adequada, tendo em conta a bioequivalência, absorção, conforto, preferência individual e adesão terapêutica;7. Participar no controlo farmacológico de condições crónicas dolorosas de difícil reconhecimento e tratamento: dor neuropática, óssea e irruptiva;8. Participar no controlo da dor da pessoa oncológica com antecedentes pessoais relevantes: comportamentos aditivos, doença renal crónica terminal, insuficiência cardíaca e/ou pulmonar grave, etc.9. Participar nas estratégias de minimização de efeitos adversos dos analgésicos não opióides e AINES: toxicidade gastrointestinal, renal, SNC, cutânea, cardiovascular e alterações da coagulação;10. Participar nas estratégias de minimização de efeitos adversos dos opióides: náuseas e vômitos, obstipação, neurotoxicidade, prurido, depressão respiratória e
---	---

	imunossupressão.
e) Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento não farmacológico da dor na pessoa com doença oncológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar no apoio psico-emocional prestado à pessoa com dor oncológica; 2. Participar no esclarecimento de dúvidas, receios, mitos e validação do plano terapêutico com a pessoa com dor e família/ pessoa significativa; 3. Observar o modo como é realizada a educação para a auto-gestão da dor, com inclusão da instrução/ treino para a auto-avaliação da dor, identificação de estímulos que antecedem a dor e modos de atuação; 4. Observar a existência de outras modalidades não farmacológicas, como a estimulação eléctrica transcutânea, massagem, relaxamento e distração dirigida.
c) Refletir sobre a importância da articulação da equipa multidisciplinar da Clínica de Dor com outros serviços	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar qual o papel do enfermeiro no controlo da dor no seio da equipa multidisciplinar; 2. Participar nas reuniões da equipa multidisciplinar para consolidar os conhecimentos sobre estratégias de tratamento e controlo da dor, a sua relação com a doença e repercussões na pessoa com doença oncológica; 3. Observar quais os critérios necessários para a referenciação de pessoas com dor oncológica para a Clínica da Dor, como a avaliação imagiológica e analítica prévia, com identificação de etiologia; 4. Participar na articulação com outros serviços intra-hospitalares com a equipa multidisciplinar; 5. Verificar se o Serviço de Atendimento Não Programado possui capacidade para sinalização de pessoas com dor oncológica para a Clínica da Dor e qual o fluxograma utilizado; 6. Analisar a estrutura da rede de referenciação/ suporte estabelecida com cuidados de saúde primários.

**Apêndice 7: Objetivos e atividades planejadas para a
Unidade Multidisciplinar de Dor Crônica**

Objetivos Específicos	Atividades
<p>a) Integrar a equipa da Unidade Multidisciplinar da Dor, no acompanhamento da pessoa com doença oncológica com dor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, organização e dinâmica do serviço; 2. Conhecer normas e protocolos do serviço vigentes; 3. Conhecer a estruturação dos processos clínicos da pessoa com doença oncológica; 4. Colaborar na realização do processo de enfermagem e registos de continuidade de cuidados; 5. Conhecer as áreas de influência da Unidade da Dor e proveniência das pessoas com dor oncológica atendidas neste serviço; 6. Conhecer a articulação com outros serviços, nomeadamente com cuidados de saúde primários, serviços de internamento e serviço de urgência central.
<p>b) Mobilizar conhecimentos sobre a neurofisiologia, etiologia, factores desencadeantes e diferentes tipos de dor oncológica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confrontar a evidência obtida na revisão sistemática da literatura realizada, com recurso à pesquisa na EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), com o método de PI[C]O, retrospectivamente até 2009, sobre as boas práticas no controlo da dor oncológica com a práticas clínicas; 2. Consultar artigos científicos recentes, disponíveis no serviço/ normas/ protocolos, utilizados como orientadores das práticas de enfermagem na problemática; 3. Conhecer o referencial de boa prática no controlo da dor oncológica utilizado pela Unidade de Dor.
<p>c) Identificar estratégias utilizadas para a apreciação e controlo da dor da pessoa com doença oncológica, pela equipa multidisciplinar da Unidade da Dor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar na pessoa com doença oncológica a etapa em que se encontra na trajectória da sua doença; 2. Participar na elaboração da história de dor/ colheita de dados; 3. Observar a adequação dos instrumentos utilizados de colheita de dados, quanto à inclusão das características de dor (evolução, intensidade, frequência, localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor: contínua ou irruptiva) resposta ao esquema analgésico e de resgate), a existência de outros sintomas

	<p>associados, formas habituais de comunicar/ manifestar a dor, factores de alívio e exacerbação, estratégias de coping, interferência nas atividades de vida diárias e conhecimento/ percepção acerca da doença/ expectativas acerca da dor e tratamento;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Colher dados da pessoa e da sua doença, procurando identificar episódios anteriores de dor e respetivas abordagem terapêuticas; 5. Observar as escalas e ferramentas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, com capacidade de auto-avaliação, com por exemplo: Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa e Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory); 6. Observar as escalas e ferramentas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, com alterações cognitivas ou incapacidade de comunicação verbal, com necessidade de recurso à hetro-avaliação, com por exemplo: Escala de Doloplus (Avaliação Comportamental na Pessoa Idosa) e Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD); 7. Observar as escalas e ferramentas híbridas utilizadas na apreciação da dor na pessoa com doença oncológica, como por exemplo: Questionário de Dor Neuropática em 4 questões e Questionário de Dor Neuropática – PainDetect; 8. Observar os critérios utilizados para determinar a periodicidade da re-avaliação da pessoa com dor oncológica; 9. Presenciar a intervenção da Unidade Multidisciplinar da Unidade da Dor no papel de formação de outros serviços.
<p>d) Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento farmacológico da dor da pessoa com doença oncológica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar o modelo de escada analgésica modificada da OMS na decisão terapêutica; 2. Identificar os fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica, tendo em conta as suas indicações, farmacocinética, interações, contra-indicações, efeitos

	<p>sinérgicos e secundários;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Reconhecer situações em que existe benefício no uso de adjuvantes (anti-convulsivantes, anti-depressivos, corticóides, relaxantes musculares, benzodiazepinas, etc.) no controlo da dor; 4. Observar como as doses iniciais de opióides fortes são designadas, a titulação, manutenção, rotatividade de opióides e equialgesia realizada; 5. Observar quais as formas de apresentação de fármacos disponíveis na farmacêutica portuguesa mais utilizadas; 6. Participar na seleção da via de administração invasiva e/ ou não invasiva mais adequada, tendo em conta a bioequivalência, absorção, conforto, preferência individual e adesão terapêutica; 7. Participar no controlo farmacológico de condições crónicas dolorosas de difícil reconhecimento e tratamento: dor neuropática, óssea e irruptiva; 8. Participar no controlo da dor da pessoa oncológica com antecedentes pessoais relevantes: comportamentos aditivos, doença renal crónica terminal, insuficiência cardíaca e/ou pulmonar grave, etc. 9. Participar nas estratégias de minimização de efeitos adversos dos analgésicos não opióides e AINES: toxicidade gastrointestinal, renal, SNC, cutânea, cardiovascular e alterações da coagulação; 10. Participar nas estratégias de minimização de efeitos adversos dos opióides mais frequentes: náuseas e vômitos, obstipação, neurotoxicidade, prurido, depressão respiratória.
<p>e) Identificar as estratégias utilizadas pela equipa multidisciplinar no tratamento não farmacológico da dor na pessoa com doença oncológica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar no apoio psico-emocional prestado à pessoa com dor oncológica; 2. Participar no esclarecimento de dúvidas, receios, mitos e validação do plano terapêutico com a pessoa com dor e família/ pessoa significativa; 3. Observar o modo como é realizada a educação para a auto-gestão da dor, com inclusão da instrução/ treino para a auto-avaliação da dor, identificação de

	<p>estímulos que antecedem a dor e modos de atuação;</p> <p>4. Observar a existência de outras modalidades não farmacológicas, como a estimulação eléctrica transcutânea, massagem, relaxamento e distração dirigida.</p>
c) Analisar a importância da articulação da equipa multidisciplinar da Unidade de Dor com outros serviços	<ol style="list-style-type: none">1. Analisar qual o papel do enfermeiro no controlo da dor no seio da equipa multidisciplinar;2. Participar nas reuniões da equipa multidisciplinar para consolidar os conhecimentos sobre estratégias de tratamento e controlo da dor, a sua relação com a doença e repercussões na pessoa com doença oncológica;3. Observar quais os critérios necessários para a referência de pessoas com dor oncológica para a Unidade da Dor, como a avaliação imagiológica e analítica prévia, com identificação de etiologia;4. Participar na articulação/ suporte com outros serviços intra-hospitalares com a equipa multidisciplinar;5. Verificar a existência de protocolos/ fluxogramas de referência/ apoio da intervenção terapêutica com outros serviços de internamento e Serviço de Urgência Central;6. Verificar a possibilidade de criar um protocolo intra-hospitalar de referência de pessoas com dor oncológica descontrolada, que recorrem ao Serviço de Urgência Central para a Unidade Multidisciplinar da Dor;7. Construir o protocolo de referência intra-hospitalar de referência de pessoas com dor oncológica descontrolada, que recorrem ao Serviço de Urgência Central para a Unidade Multidisciplinar da Dor, se existir viabilidade;8. Analisar a estrutura da rede de referência/ suporte estabelecida com cuidados de saúde primários.

Apêndice 8: Estudo de Caso de uma situação de descontrolo sintomático: dor oncológica e dispneia

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de
Intervenção em Enfermagem Oncológica

ESTUDO DE CASO

Uma Situação de Descontrolo Sintomático: Dor Oncológica e Dispneia

Ana Filipa Nunes Ramos

Lisboa

2015

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de
Intervenção em Enfermagem Oncológica

ESTUDO DE CASO

Uma Situação de Descontrolo Sintomático: Dor Oncológica e Dispneia

Ana Filipa Nunes Ramos

Sr.ª Professora Orientadora: Eunice Sá

Lisboa

2015

Introdução

Um guião de colheita de dados é o primeiro momento de apreciação do processo de enfermagem, onde se sistematiza a informação objetiva e subjetiva sobre o nível de funcionamento de pessoa. Conhecer o outro torna-se uma etapa de extrema importância, que se enquadra na observação inicial, que consiste em um dos instrumentos básicos de enfermagem (Amendoeira, 2003).

O interesse em conhecer o outro sustenta-se na necessidade de averiguar como os seus padrões de vida afetam o seu estilo de vida, de como consegue satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, para averiguar a sua capacidade de auto-cuidado, em que aspetos carece de ajuda, bem como qual é a sua percepção sobre o contínuo saúde/ doença, as suas expectativas, os seus receios e as suas preocupações (Weber & Kelly, 2010). Deste modo, a colheita de dados permite conhecer a sua condição atual, a sua vontade, as suas inquietações, os factores geradores de *stress*, com a finalidade de ajudar a preservar a sua identidade, com as suas características do passado, as suas projeções de futuro e grupo de pertença. Nortvedt (2003) destaca a necessidade desde encontro com o outro, em situação de fragilidade, como uma obrigação moral da enfermagem. Morse (2001) enfatiza que, em circunstâncias de sofrimento a integridade da pessoa doente é facilmente ameaçada. Neste sentido, emerge necessidade de sensibilidade ética caracterizada pela capacidade de tomar decisões com perícia, mobilização de saberes, auto-conhecimento, compaixão e respeito pelas preferências individuais, dada a incerteza e complexidade inerente ao cuidar (Weaver, Morse & Mitcham, 2008).

Neste sentido, com o presente estudo de caso pretende-se conhecer a situação que um senhor com neoplasia do colórectal, com metástase óssea, pulmonar, hepática e ganglionar, assistido em uma Unidade de Cuidados Paliativos da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com necessidade de múltiplas idas ao Serviço de Urgência Central, onde foi possível o acompanhamento em ambos os contextos.

Este trabalho tem início com uma breve exposição sobre os dados demográficos, inclusão de antecedentes de saúde/ doença médicos, cirúrgicos,

familiares e história da doença atual. O contexto familiar, económico e social é incorporado, como modo de compreender a pessoa como uma unidade, com múltiplas e intrincadas relações com o meio exterior e a sua observação objetiva, fornece informações sobre a sua aparência e auto-estima. Consequentemente, analisa-se o impacto da doença no viver humano, com base nas necessidades humanas fundamentais alteradas propostas por V. Anderson e na apreciação cognitiva e emocional, que proporciona uma análise sobre o descontrolo sintomático, no trajeto da pessoa com doença oncológica. Paralelamente, propõe-se um plano de cuidados, fundamentados nos pressupostos de Doran (2011) e nos cuidados de enfermagem centrados na pessoa de McCance e McCormack (2006).

1. Dados Demográficos

Nome: M. A. E.

Nome pelo qual gosta de ser tratada: Manuel

Género: Masculino

Idade: 77 anos

Naturalidade: Braga

Nacionalidade: Portuguesa

Local de Residência: Póvoa de Santo Adrião

Religião: Católica não praticante

Profissão: Reformado de taxista e técnico de laboratório farmacêutico

Habilitações Literárias: Correspondente ao 4.ºano

Estado Civil: Casado

Pessoas significativas: A esposa e filho: M. E. e A. E.

Contactos: 91 XXX XXX

Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde

Grupo sanguíneo: RHA⁺

Alergias: Desconhecidas

2. História de Saúde

2.1. *Antecedentes pessoais cirúrgicos, médicos, internamentos anteriores e regime medicamentoso habitual*

Relativamente aos *antecedentes cirúrgicos*, foi submetido a um cateterismo cardíaco, com angioplastia e colocação de *stent* em Novembro 2012, por Enfarte Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento de ST. Os *internamentos hospitalares* foram circunscritos a este evento, durante 10 dias e com recuperação total da capacidade funcional após um mês. No que concerne aos *antecedentes médicos* tem Hipertensão Arterial, Hipercolesterolémia, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Arterial e Trombose Venosa Profunda a 16/11/2013. A *medicação habitual* é composta por Furosemida 40 mg (1+0+0); Brometo de Ipatrópio 17mcg (6puffs+0+6puffs); Beclometasona 40mcg: inalatório (2puff+0+2puffs), Ranitidina 150 mg (1+0+0); Sinvastatina 20mg (0+0+1), Enoxaparina 40mg SC (24/24h), Pentoxifilina 400 mg (1+0+0), MST[®] 10 mg (12h/12h) e Sevredol[®] 10 mg SOS.

2.1. **Antecedentes familiares**

Na linha paterna em duas gerações consecutivas anteriores (pai e avô) refere perda de vida ocasionada por problemas cardiovasculares, com diagnóstico fatal de Enfarte Agudo do Miocárdio Maciço. Atribui a causa de morte da mãe a Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico extenso, sendo a hipertensão arterial e a dislipidémia comum a todas as gerações maternas e paternas. Na família refere não existir história documentada de doença oncológica.

2.2. **Vigilância de saúde e estilos de vida**

O Sr. Manuel refere que, durante a sua ativa não existiram problemas de saúde major, apenas gripes e mialgias decorrentes da actividade profissional. As refeições eram realizadas em um horário regular, compostas somente por 3 grandes refeições diárias, frequentemente ricas em gorduras saturadas, hidratados de carbono de rápida absorção, sem tempo disponível para a prática de exercício. Desde que se reformou refere a preocupação em seguir uma dieta saudável, com preferência por cozidos e grelhados, apesar de ser fortemente apreciador de charcutaria, que relaciona com as suas origens nortenhas. Refere

ingestão etanólica moderada (2 copos de bebida) em épocas festivas, nega hábitos tabágicos ou de outras substâncias aditivas.

O Plano de Vacinação Nacional encontra-se actualizado, com vigilância de, 2/3 meses, em cuidados de saúde primários, acompanhado por médico de família, sem ainda referência para enfermeiro de família.

3. História de Saúde Atual

No início de 2011 o Sr. Manuel começou com um quadro de rectorragias, em que após estudo imagiológico e histológico foi estabelecido o diagnóstico de adenocarcinoma do colon recto-sigmoide, com necessidade de ressecção abdominoperineal em Abril de 2011, com realização de quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, com colostomia definitiva.

Em Julho de 2012, em controlo imagiológico verifica-se a existência de metastização supra-renal esquerda, tendo sido submetido a adrenelectomia. Posteriormente, em Dezembro de 2012 emerge novo diagnóstico de metastização pulmonar e óssea.

Em Setembro de 2014, inicia um quadro de hematoquesias, em que a colonoscopia realizada revelou presença de lesão ulcerante aos 35cm, com biopsia compatível com adenocarcinoma. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, sem indicação para radioterapia por risco de perfuração e enterite rádica, com proposta para seguimento em cuidados paliativos.

No trajeto da doença oncológica houve necessidade de recorrer 7 vezes ao serviço de urgência, por prolemas relacionados com a sua progressão, que se especificam:

- 16/ Novembro/ 2013 – Dor, edema e empastamento no membro inferior direito e dispneia, com o diagnóstico de TVP.
- 13/ Janeiro/ 2014 – Cansaço fácil, tosse irritativa e dispneia
- 1/ Maio/ 2014 – Vómitos alimentares, hipertermia e dor por mucosite pós-QT;
- 10/ Junho/ 2014 – Hemorragia digestiva alta, mucosite pós-QT, hipocalémia e hiponatrémia, com necessidade de uma semana de internamento em serviço de medicina;
- 01/ Julho/ 2014 – Febre paraneoplásica

- 13/ Dezembro/ 2014 – Obstipação com 10 dias de evolução, dor abdominal e dificuldade respiratória
- 15/ Dezembro/ 2014 – Obstipação com 12 dias de evolução

O quadro de obstipação permanente, acompanhados de vômitos alimentares, sem resposta a laxantes (Lactulose, Bekunis, Sene, Clean Preap[®]) instituídos pelos cuidados paliativos, em regime de ambulatório, com eficácia em episódios anteriores (10/11/2014; 24/11/2011; 5/12/ 2014), conduziu à impressão diagnóstica de sub/ oclusão intestinal. Este foi o motivo, recente, pelo qual o serviço de urgência foi mais utilizado. Esteve internado de 15 a 17 de Dezembro de 2014 na Sala de Observação do Serviço de Urgência por estenose proximal importante da colostomia, com subocclusão intestinal para realizar tratamento médico conservador e, em última instância, ileostomia descompressiva. Com restabelecimento do trânsito intestinal após entubação nasogástrica, dieta 0, fluidoterapia e antibioterapia endovenosa, introdução de laxantes e procinéticos orais e início de dieta ligeira, com posterior alta para domicílio.

Dos exames de diagnósticos realizados destaca-se:

➤ Analiticamente:

- Hemoglobina= 11.4 g/dL (valor de referência: 13.0 – 17.5)
- Hematócrito=38,6% (valor de referência: 40.0 – 50.0)
- Neutrófilos= 81.7/8.84% (valor de referência: 1.9 – 7.5)
- LDH= 1035 U/L (valor de referência: 208 – 378)
- Proteína C Reactiva= 7.7 mg/dL (valor de referência: <0.5)

➤ Tomografia Computadorizada abdomino-pélvica:

Sinais de evidente progressão da doença local e à distância, que se traduzem por:

- Aumento das dimensões da lesão parietal do colon descendente distal com maior densificação esteriada e retráctil da gordura envolvente, mas sem condicionar valorizável distensão das ansas a montante;
- Sem líquido ou ar livre intraperitoneal;
- Aumento das dimensões do componente de massa da lesão osteolítica do sacro à esquerda (S3 e S4), com maior densificação retráctil da gordura pré-sagrada suprajacente, com aparente repuxamento e obliteração do ureter pélvico esquerdo e ao nível de S1, condicionado

ligeira uretro-hidronefrose a montante. Coexiste alteração da densidade do corpo de L5 (com colapso parcial por afundamento do planalto inferior) e de S1.

- Nódulo de novo na glândula supra-renal direita com 2cm de diâmetro.
- Aumento das dimensões e número de lesões sólidas pulmonares nas bases visualizados, moderado derrame pericárdico e ligeiro pleural direito.

O valor de hemoglobina *borderline* e a LDH aumentada encontram-se correlacionadas com a existência de doença oncológica metastática em evolução. A LDH é uma enzima libertada após lesão celular, a sua elevação em situações neoplásicas é frequente, apesar da sua inespecificidade, tem sido observada em múltiplas situações tumorais: leucemias, neuroblastomas, cancro hepático, pulmonar, do testículo, mama, gástrico e colón. O nível sérico desta enzima está associado à progressão da doença (Fortes, 2011). O aumento dos parâmetros inflamatórios pode ser atribuído à presença de lesão intestinal ulcerante, com hiperémia, que associada à desidratação, visível na hemoconcentração, contribuiu para quadro de obstipação persistente. No aumento dos parâmetros inflamatórios, o derrame pleural bilateral e pericárdico podem ser factores contributivos.

4. História Social e Caracterização Familiar

A Sr. Manuel habita em apartamento em Póvoa de Santo Adrião, no 2.º andar, sem elevador, com saneamento básico, electricidade, sistema de aquecimento geral, descrita como confortável pela própria. No que se reporta às condições socioeconómicas, a aplicação da permite inferir que, com um score de 16 se insere na classe média (Anexo 1). No que se refere às relações sociais de proximidade, a esposa, o filho, a nora e os netos são a rede de suporte social mais coeso. As estruturas da comunidade mais valorizada são os vizinhos classificação social internacional de Graffar e o centro de saúde, de modo menos expressivo. Não se verifica a existência de relações tensas no discurso do Sr. Manuel.

5. Observação Objetiva

O Sr. Manuel tem uma aparência cuidada, com idade aparente semelhante à real, que valoriza o seu aspecto físico, dado que tenta sempre manter a sua barba aparada e a pele hidratada. Tem presença de cateter subcutâneo implantado na subclávia esquerda e edema acentuados dos membros inferiores (Godet +++), com lesões tróficas dispersas. Realizava de forma autónoma todas as suas atividades de vida, comunica com um discurso assertivo, ponderado e mantém o contato visual.

6. Impacto da Doença Oncológica

6.1. Identificação de problemas na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais Alteradas

NHF Comer e beber. *Presença de lesões afetosas dolorosas na língua e gengivas, disgeusia, xerostomia e vômitos alimentares frequentes pós-pandiais.*

Factores facilitadores: Ingestão de alimentos frios, com consistência suave, como gelatina, iogurtes e sopa bem triturada, em situações de agudização, com dieta polifracionada ao longo do dia e em pequenas quantidades. Realização de bochechos compostos 3x/ dia. IMC= 27 Kg/m² (altura= 1.78m; peso= 86Kg), o que significa pré-obesidade, com risco de comorbilidade aumentado, que minora o risco imediato de desnutrição (DGS, 2005). Na escala de avaliação dos itens de Fois da gravidade da disfagia, corresponde ao nível de menor severidade =7, ou seja, dieta totalmente oral, com múltipla consistência, sem preparação especial, mas com limitações de alguns alimentos, nomeadamente ácidos/condimentados, disponível em Anexo 2 (Vieira, 2009).

Factores inibidores: Reduzida possibilidade de degustar das refeições que mais aprecia e dor ligeira na cavidade oral, durante as refeições.

NHF Dormir e Repousar. *Insónia parcial, pela necessidade de dormir em folwer.*

Factores Facilitadores: O apoio prestado pela esposa e filho, o suporte psico-emocional e esclarecimento de dúvidas realizado pelos enfermeiros. Partilhar a mesma cama com a esposa, suportando a região dorsal posterior em almofadas

adaptadas, que a mesma costurou. Refere que a presença de TV, no quarto, ajuda na indução do sono.

Factores Inibidores: Dificuldade respiratória exacerbada pela posição de semi-fowler ou decúbito dorsal.

NHF Evitar Perigos. NHF Mover-se e manter uma postura correcta. NHF Vestir e despir. NHF Estar limpo e proteger os tegumentos. NHF Manter a temperatura dentro de limites normais. *Deficit* de tónus muscular, causado pela longa permanência na posição de sentado. Presença de cansaço fácil a pequenos esforços, relacionado edemas periféricos acentuados e progressão da doença oncológica. Presença de dor moderada na região sagrada, com irradiação lombar e para os membros inferiores, com claudicação intermitente.

Factores Facilitadores: Treino da marcha no domicílio e para a pastelaria próxima do mesmo. Descansa várias vezes ao longo do dia com elevação dos membros inferiores, na posição de folwer. Plano terapêutico centrado na valorização dos pequenos ganhos, em termos de autonomia. O nível de dor avaliado na Escala de Avaliação Numérica (no momento) = 1. Risco ligeiro de desenvolvimento de úlceras de pressão, avaliado pela Escala de Braden (Anexo 3), com um score de 17. Existe baixo risco de queda avaliado pela escala de Morse (Anexo 4), com uma pontuação total de 45. Na avaliação da independência nas NHF's mediante a Escala Modificada de Barthel (Anexo 5) obtém-se um score de 81, que representa dependência discreta.

Factores Inibidores: Sentimentos de dependência, perda funcional e incapacidade. Exaustão da cuidadora informal: esposa, com status pós-AVC em 02/10/2014, com um score de 65 avaliado na escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, que significa sobrecarga intensa (>56) (Ferreira *et al.*, 2010).

NHF Respirar. NHF Comunicar com os seus semelhantes. Dispneia permanente, exacerbada por pequenos esforços, com 2 ou 3 períodos de agudização ao longo do dia, acompanhados de tosse irritativa e não produtiva.

Factores Facilitadores: Introdução de terapêutica basal e de resgate para controlo da dor. Procura de ar fresco nas situações de agudização.

Factores Inibidores: Ansiedade causada pelo receio de asfixia. A dispneia é encarada como o sintoma mais angustiante (Costa & Antunes, 2009). Privação de contacto social, pelo exuberante impacto que as agudizações, com dispneia

severa, tosse irritativa e pieira, provocam em si próprio e pelo distúrbio que causam em seu redor, bem como pela sua frequente imprevisibilidade.

NHF Eliminar. Incapacidade para prestar cuidados ao estoma intestinal. Incapacidade para integrar o estoma na sua imagem corporal. Obstipação permanente, com necessidade de internamento para resolução de episódios de sub-oclusão intestinal.

Factores Facilitadores: Dieta rica em fibras, com cumprimento terapêutico dos laxantes combinados. Disponibilidade/ aceitação da esposa para prestar cuidados ao estoma.

Factores Inibidores: A ostomia ao inferir mutilação corporal, constituiu um obstáculo ao processo evolutivo do Sr. Manuel, visível em sentimentos de negação. Leal e Ramos (2011) alertam que, as profundas modificações induzidas na forma e função do corpo abalaram o modo como as pessoas psicologicamente se situam nas relações. O sentimento de perda de capacidades e apetências exacerba-se consideravelmente nos casos de disfunção erétil originada pela ressecção abdominoperineal, que se institui como algo insuperável. A etiologia da obstipação ao ser mecânica (compressão tumoral) evidencia a irreversibilidade da doença e a dependência crescente dos serviços de saúde.

NHF Ocupar-se com vista a realizar-se e recrear-se. NHF Aprender. Impossibilidade de retorno ao desempenho dos seus padrões de vida habituais, nomeadamente conduzir e deslocar-se autonomamente.

Factores Facilitadores: Motivação e interesse da esposa e filho para serem incluídos na prestação de cuidados, de forma assegurar um suporte sustentado no domicílio. Esperança em poder voltar a passear de carro com a sua esposa, bem como assistir ao aniversário e espectáculos escolares dos seus netos.

Factores Inibidores: Humor deprimido, em momentos de maior introspeção, despoletado pelas profundas alterações no viver humano e pela incerteza do futuro. A aplicação da escala de readaptação social de Holmes e Rahe, que avalia o esforço exigido ao indivíduo para o reajuste à sociedade após mudanças significativas na sua vida, fornece um *score* de 170, que significa 50% de probabilidade de adoecer por doença psíquica (Figueiredo, 2012).

NHF Agir segundo as suas crenças. Preocupação com o futuro e a interrupção de projeto de vida.

Factores Facilitadores: Conhecimento informado e esclarecido sobre o seu diagnóstico e prognóstico. Realiza um balanço de vida positivo, com serenidade, verbalizando que já desfez todos os nós da sua vida, dado que o optimismo e a solidariedade, sempre foram aspectos presente na sua forma (con)viver.

Factores Inibidores: Receio de sofrimento na fase terminal e de hospitalizações prolongadas, com deterioração do seu estado progressivo, impeditivas de assistir ao crescimento dos netos e de realizar companhia à esposa.

6.2. O descontrolo sintomático no viver humano: apreciação cognitiva e emocional

O conceito de sobrevivente de cancro, incorporado neste estudo de situação, apreende todas as etapas vivenciadas, desde o momento do diagnóstico ao fim de vida (Morgan, 2009; Richardson *et al.*, 2011). O Sr. Manuel encontra-se na vivência do estadio final, que se caracteriza pela fase paliativa. O Sr. Manuel está consciente e orientado em todas as dimensões, com *Glasgow Coma Scale* de 15.

As transformações radicais e súbitas que surgiram com o diagnóstico de doença oncológica e cirurgia desfigurante e limitativa dos seus padrões de vida, repercutiram-se na instalação do receio da morte por incapacidade e dificuldade respiratória/ asfixia, com tradução na elevação do *distress* emocional, ansiedade e depressão. Os fatores que podem resultar no surgimento de *distress* estão ligados ao impacto psicossocial e à capacidade de adaptação à doença oncológica e as suas implicações, com repercussões na qualidade de vida. O *distress* pode ser considerado uma perturbação na resposta adaptativa (com ansiedade e/ou depressão ou mista), sendo este o transtorno emocional mais comum no decurso da doença oncológica. Mais de um terço da população oncológica em geral, experienta e apresenta níveis significativos de *distress*, entre 28 a 43%, com necessidade de intervenção psicológica, devido à sua importância é considerado o sexto sinal vital (Mitchell, 2012; Teodoro, 2013). Neste sentido, utilizaram-se dois instrumentos de auto-avaliação: o termómetro de *distress* e a escala de ansiedade e depressão clínica – HADS, em que para não se sobrecarregar o Sr. Manuel com o preenchimento, foram colocadas as questões do seu conteúdo no decurso das entrevistas ao longo dos 4 dias de

relação interpessoal. Quanto ao primeiro instrumento, de um modo genérico, é composto por diferentes dimensões: sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e impacto significativo, classificados entre 6/7 (0-10), onde são apontados vários aspectos potenciadores: preocupação, aparência física, cuidados de higiene, dificuldades respiratórias, diarreia/ obstipação, alteração da mucosa oral, cansaço/ fadiga, distúrbios do padrão de sono e dificuldade na marcha (Anexo 6). No segundo instrumento aplicado obteve-se um score de 8/11, que representa risco ligeiro de desenvolver depressão (Anexo 7).

7. Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

A clarificação do impacto da intervenção de enfermagem nos ganhos em saúde é uma responsabilidade profissional, que oferece a oportunidade de assinalar a importância dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, frisando bem a sua relevância nas políticas de custo-efectivo e no sistema de saúde (Donabedian, 1980; Doran, 2003; Griffiths, Richardson & Blackwell, 2009).

A literatura enuncia os ganhos inerentes aos cuidados paliativos, na redução significativa do tempo de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, na duração da hospitalização, diminuição da necessidade de internamento, do encarniçamento terapêutico e no proporcionar uma melhor qualidade de vida (Massa, 2010). Dyar *et al.* (2012), revelam os efeitos positivos das consultas de cuidados paliativos, realizadas por enfermeiros em pessoas com neoplasia, em estadio terminal comparativamente a quem não foi incluído. Intervenções direcionadas para *follow-up*, educação para a auto-gestão de sintomas, contribuíram para melhorar a qualidade de vida, estado emocional, mental e funcional, bem como otimizou o bem-estar, enfatizados também por Skrutkowski *et al.* (2008). Mok *et al.* (2012) referem como resultados sensíveis a diminuição do *distress* existencial e espiritual, nas pessoas em estadio avançado, com intervenções de enfermagem orientadas para o sentido de vida. McFarlane *et al.* (2011) identificam a partilha de informação sobre a função intestinal, regime nutricional adequado e disfunção sexual, como aspectos benéficos para o indivíduo, com capacidade para empoderar e diminuir a

sobrecarga do cuidador informal, que ao compreender todo o processo, fomenta a sua participação ativa no plano de cuidados.

Neste sentido, procede-se à realização do plano de cuidados, com os contributos de enfermagem da teórica de enfermagem Diane Doran.

7.1. Plano de cuidados no internamento da Sala de Observação do Serviço de Urgência Central, após encaminhamento da Unidade de Cuidados Paliativos

Problemas	Resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem	Intervenções	Avaliação
<p>NHF Comer e beber 13/ Dez/2014</p> <p>Presença de lesões afetosas na cavidade oral e vômitos alimentares frequentes pós-pandiais, manifestados por dor ligeira, disgeusia, xerostomia e períodos de intolerância alimentar > 12h, relacionados com picos de hipertermia, status pós-quimioterapia e episódios frequentes de sub-oclusão intestinal</p>	<p>Segurança/ controlo de efeitos adversos e dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar educação para a auto-gestão da saúde sobre os cuidados de higiene oral recomendados: escovar os dentes com uma escova dentária macia ao levantar, deitar e após as refeições; realizar bochechos com elixir sem álcool e remover temporariamente ortóteses dentárias parciais ou totais; ➤ Remover e limpar, pelo menos uma vez por dia, a ortótese dentária, mergulhando a mesma em solução de nistatina (1 frasco) diluída em 100ml de água; ➤ Providenciar bochechos, durante a presença de lesões afetosas, 4x/dia com solução de Bicarbonato de sódio 1.4% (500ml) + Lidocaína 2% gel (1 bisnaga) + Nistatina (2 embalagens), armazenado no frigorífico até 48h; ➤ Incentivar a realização bochechos frequentes com água ou infusão fria de camomila, para reduzir a xerostomia; ➤ Ajudar a evitar estímulos dolorosos, como alimentos muito quentes ou frios, condimentados, ácidos ou de textura fibrosa (ex: maioria dos frutos e vegetais crus, bebidas alcoólicas, especiarias e abuso do consumo de sal); ➤ Incentivar a realização de uma dieta polifracionada, hipercalórica e hiperproteica, como pudins, papas de cereais com leite, gelatinas, gelados, púres, sopas, sufflés com carne e peixe e frutas cozidas; ➤ Desencorajar a realização de sesta imediatamente após as refeições, aconselhando-se posição de sentado, para aumentar a tolerância alimentar; ➤ Avaliar, em equipa multidisciplinar, a necessidade de realizar procinético de 2x/dia para 3x/dia, antes das refeições; ➤ Informar sobre opções não farmacológicas: pulseira sea-band (adquirida na farmácia), que realiza pressão no ponto P6 (Nei-Kuan) situado na região radial; 	<p>17/ Dez/ 2014</p> <p>Lesões afetosas, vômitos e xerostomia em regressão, com apetite mantido.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar, em equipa multidisciplinar, a etiologia das náuseas (patologia do SNC, hipercaliémia, oclusão intestinal, etc.); ➤ Avaliar o IMC e o turgor cutâneo de 15 em 15 dias 	
<p>NHF Eliminar 13/ Dez/ 2014</p> <p>Presença de obstipação, relacionada com evolução da doença oncológica (compressão mecânica), manifestada por ausência de emissão de conteúdo fecal ou gasoso pela colostomia com 10 dias de evolução e aumento do perímetro abdominal</p>	Controlo de efeitos adversos: obstipação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar entubação nasogástrica para descompressão gastro-intestinal, até redução do perímetro abdominal e ausência de níveis hidro-áereos em Rx abdómen; ➤ Iniciar dieta 0 e fluidoterapia endovenosa, para minimizar distúrbios hidro-electrolíticos e manter estabilidade da glicémia capilar; ➤ Administrar lactulose 3x/ dia, metoclopramida 3x/dia e antibioterapia endovenosa, para regularizar o peristaltismo; ➤ Realizar balanço hídrico de 8/8h, para detectar/ corrigir estados de desidratação ou sobrecarga hídrica; ➤ Estimular o levante para o cadeirão e idas à casa-de-banho, para ativar o peristaltismo; ➤ Vigiar o saco coletor da colostomia, pelo menos, 1x/turno, para averiguar o seu funcionamento e existência da regularização do trânsito intestinal; ➤ Realizar instrução sobre a realização de massagem suave abdominal no sentido dos ponteiros do relógio; ➤ Aplicar a escala fecal de bristol na monitorização das características do conteúdo eliminado pela colostomia, para determinar risco de desidratação/ obstipação; ➤ Manter a parceria com a Unidade de Cuidados Paliativos, para assegurar a continuidade no controlo de sintomas e monitorização telefónica, realizada pela mesma. 	<p>19/ Dez/ 2015</p> <p>Alta do Serviço de Urgência, a tolerar dieta ligeira, com 3dejeções/ dia, sem necessidade de realizar ileostomia descompressiva</p>
<p>NHF Evitar Perigos. NHF Mover-se e manter uma postura correcta. NHF Vestir e despir. NHF Estar</p>	Controlo da dor oncológica	<p>a) Utilizar instrumentos de auto-avaliação na apreciação na dor: Escala de Avaliação Numérica (1x/turno, pelo menos) ou Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Edmonton System Assessment Scale) e/ ou ou o Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory), em cada ida à consulta de cuidados paliativos</p> <p>b) Avaliar as características da dor oncológica: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor</p>	<p>17/ Dez/ 2014</p> <p>Dor avaliada da EAN no momento=0, com EANmáxima=1.</p>

<p>limpo e proteger os tegumentos.</p> <p>13/ Dez/ 2014</p> <p>Dor moderada na região sagrada, com irradiação lombar e para os membros inferiores tipo choque eléctrico, relacionada com metastização óssea, manifestada pela claudicação intermitente e verbalização da intensidade na EAN</p>		<p>(contínua ou irruptiva), factores de alívio e de exacerbação, resposta ao esquema analgésico e de resgate, a existência de outros sintomas associados e a interferência nas atividades de vida diárias, para aferir necessidade de re-avaliação do esquema analgésico;</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Avaliar o estado psico-emocional: grau de preocupação com a doença, ansiedade, depressão, ideação suicida, preocupações espirituais e distúrbios de personalidade, na colheita de dados inicial do serviço de urgência e em cada consulta de cuidados paliativos; d) Realizar uma análise compreensiva da etiologia da dor, baseada nos achados laboratoriais, de imagem, tratamentos anteriores: radioterapia, quimioterapia e cirurgia, para avaliar se existe relação com a progressão da doença oncológica, em parceria com o Sr. Manuel; e) Avaliar a existência de comportamentos aditivos (Ex. abuso dos resgastes de opióides, sem dor ou dispneia significativa associada) ou a evicção da utilização dos SOS; f) Encorajar a comunicação da eficácia da terapêutica e desmistificar os receios associados à opioidofobia; g) Aferir a necessidade de introdução de analgésicos não-opioides, se experienciar dor contínua com o uso regular de opioides; h) Validar a necessidade de introdução de antidepressivos e/ ou anticonvulsivantes (adjuvantes de 1.ª linha no tratamento da dor neuropática) ou corticóides; i) Incentivar o aporte hídrico (1L/dia), para evitar a acumulação de metabólitos séricos, responsáveis pela sonolência e falência renal, associada a toma de opioides; j) Despistar a existência de outros efeitos adversos associados à toma de opioides: sedação, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária e neurotoxicidade: o delírio, confusão mental, alucinações, mioclonias, hiperalgia ou alodínias; k) Informar a pessoa para a possibilidade de dor nos diferentes 	
--	--	--	--

		<p>estádios da doença oncológica, decorrente directamente da neoplasia ou dos tratamentos anti-neoplásicos;</p> <p>l) Realizar a educação para a auto-gestão do esquema analgésico, identificação precoce de efeitos adversos e necessidade de procura de cuidados de saúde;</p> <p>m) Averiguar a recetividade para a musicoterapia antes e durante procedimentos indutores de desconforto para controlo da dor (punção de cateter subcutâneo implantado, entubação nasogástrica, colheita de sangue, etc.) na sala de tratamento no serviço de urgência;</p> <p>n) Incentivar ao treino de capacidade de coping, incluindo técnicas de relaxamento, imagem guiada e adoção de posição antiálgica (sentado), nos períodos de exacerbação da dor;</p> <p>o) Incentivar a utilização de meias contenção para redução dos edemas periféricos e desconforto associado.</p>	
<p>NHF Respirar. NHF Comunicar com os seus semelhantes.</p> <p>13/Dez/2014</p> <p>Dispneia permanente, exacerbada por pequenos esforços, com 2 ou 3 períodos de agudização ao longo do dia, relacionada com edemas periféricos acentuados e progressão da doença, manifestada por presença de tosse irritativa e não</p>	<p>Controlo de sintomas: dispneia/ Manutenção do estado funcional/ Promoção do Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar data de início da dispneia, duração, intensidade, frequência de ocorrência, ➤ Avaliar factores de alívio e de exacerbação, a existência de associação com outros sintomas, terapêuticas já ensaiadas e atuais, significação atribuída e qual o objetivo no seu controlo para o Sr. Manuel; ➤ Avaliar a existência de outras co-morbilidades relevantes descompensadas, como a insuficiência cardíaca e necessidade e introdução de diuréticos para redução de edemas periféricos; ➤ Considerar a pontuação atribuída na Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton realizada nas consultadas da Unidade de Cuidados Paliativos; ➤ Aplicar o preenchimento da Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS, para uma avaliação mais objectiva do estado psico-emocional, em cada consulta na Unidade Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos; ➤ Instruir sobre como realizar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e a sua vantagem no controlo da dispneia; 	<p>19/Dez/2014</p> <p>Dispneia avaliada em ligeira na Escala de avaliação de Edmonton no momento da alta, sem períodos de agudização ao longo do internamento</p>

<p>produtiva, cansaço fácil a pequenos esforços, taquipneia, tiragem supra-costal e incapacidade para dormir em decúbito dorsal</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar treino da tosse eficaz assistida para aumentar a eficácia da clearance brônquica; ➤ Privilegiar a posição de folwer ou semi-folwer para reduzir o trabalho respiratório e aumentar a expansão pulmonar, nos episódios de agudização; ➤ Aplicar frio facial, para estimular o nervo trigêmio (5.º par craniano) para reduzir a sensação de dispneia, nos episódios de agudização; ➤ Educação para a auto-gestão da saúde sobre regime terapêutico e da eficácia da realização do Severdol SOS na agudização da dispneia; ➤ Promover capacidade para reconhecer a exacerbação de sinais e sintomas que exigem a procura de serviços de saúde ao Sr. Manuel e esposa. 	
<p>NHF Agir segundo as suas crenças. NHF Ocupar-se com vista a realizar-se e recrear-se.</p> <p>16/ Dez/ 2014</p> <p>Preocupação com o futuro e a interrupção de projeto de vida, relacionado com a aproximação com o fim de vida, manifestada pela escala de readaptação social de Holmes e Rahe e verbalização pelo próprio</p>	<p>Estratégias de adaptação eficazes Utilização dos serviços de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Providenciar apoio psico-emocional e gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração do significado da deterioração do estado geral para a pessoa, doença e expectativa de vida; ➤ Estabelecer uma relação interpessoal/ de ajuda capaz de ajudar o Sr. Manuel a realizar um balanço de vida e a definir aquilo que ainda deseja realizar; ➤ Averiguar a informação que detém sobre o seu processo de saúde/ doença e aquela que deseja um maior conhecimento, em contexto multiprofissional; ➤ Incluir as pessoas significativas: esposa e filho, na consecução do seu projeto de saúde; ➤ Compreender, com a Unidade de Cuidados Paliativos, os recursos existentes na comunidade capacitados para dar suporte às necessidades crescentes do Sr. Manuel: articulação com centro de saúde, apoio domiciliário e referência para a Rede Nacional de Cuidados Integrados, com internamento de curta ou longa; ➤ Ponderar informar sobre a possibilidade de ser acompanhado por psicologia ou pelo o capelão, na própria instituição hospitalar, se 	<p>19/ Dez/2014</p> <p>O Sr. Manuel verbaliza receio sobre a sua dependência crescente e da possibilidade de sofrer no fim de vida, bem como constituir um fardo para os lhe são próximos. Considera a possibilidade de aceitar o apoio ou internamento em uma unidade de cuidados</p>

Risco de sobrecarga da cuidadora informal, relacionado com o discurso da própria na Unidade de Cuidados Paliativos e score de 65 avaliado na escala de Zarit, que significa sobrecarga intensa		manifestar interesse.	paliativos.
--	--	-----------------------	-------------

8. Conclusão

A relação interpessoal revelou-se uma ferramenta essencial para avaliar as necessidades e recursos da pessoa com doença oncológica, sendo da mesma forma um instrumento central na construção de uma relação empática e de confiança. A apreciação inicial possibilitou a compreensão da transição para o ter e viver com doença oncológica mediante a perspectiva de quem a experiencia e, conseqüentemente, identificar necessidades de cuidados a nível físico, psico-emocional, espiritual e sócio-familiar, com recurso a escalas e instrumentos adequados (OE, 2010). A apreciação inicial pode tornar a pessoa menos vulnerável e facilitar transições saudáveis e aumentar a sensação de bem-estar do outro (Meleis, 2007). O foco na abordagem centrada na pessoa através deste estudo de situação revelou-se um instrumento crucial para o desenvolvimento da *expertise* na comunicação, apoio psico-emocional e relação de ajuda (ONS, 2013).

A relação interpessoal eficaz é identificada de igual forma como uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa essencial para facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Simultaneamente, favoreceu para aumentar o auto-conhecimento, mediante a análise da forma como me expresso verbal e não verbalmente, como me posiciono, como faço a gestão das minhas emoções e sentimentos, que me permitiu aumentar a consciência de mim, enquanto enfermeira e pessoa (OE, 2011). De acordo com Collière (2003), uma apreciação inicial contaminada com ideias pré-concebidas e estereótipos, limita as possibilidades de apreender o desconhecido, bem como a capacidade de um olhar positivo e uma escuta ativa. Assim, torna-se essencial um modo de estar, caracterizado por uma presença reflexiva para conhecer o que de mais singular existe no outro e na sua situação.

Neste encontro com o outro, existem responsabilidades éticas ao qual o enfermeiro se deve ancorar como modo a garantir a preservação da dignidade do outro e do seu direito à informação e tomada de decisão, patentes no código deontológico da profissão (OE, 2009), bem como responder às suas necessidades de cuidados complexas.

9. Referências Bibliográficas

1. Amendoeira, J. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Santarém: ESES.
2. Collière, M-F.. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
3. Costa, M. & Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Referência*, 7, 63-72.
4. Dempster, M.; McCorry, N.; Brennan, E.; Donnelly, M.; Murray, L. & Johnston, B. (2011). Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-Oncology*, 20, 698–705.
5. Direcção-Geral da Saúde. (2005). Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
6. Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: State of the Science*. 2ª ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
7. Ferreira, F.; Pinto, A.; Laranjeira, A.; Pinto, A.; Lopes, A.; Viana, A.; Rosa, B.; Esteves, C.; Pereira, I.; Nunes, I.; Miranda, J.; Fernandes, P.; Miguel, S.; Leal, V e Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3 (2), 13-19.
8. Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
9. Fortes, O. (2011). *Emergências oncológicas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado Integrado em Medicina. Porto.
10. McCance, T.; Slater, P. & McCormack, B. (2009). Using the caring dimension inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (3), 409-417.
11. McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
12. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. (4ª Ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

13. Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
14. Mitchell, A., Lord, K. & Slattery, J., *et al.* (2012). How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer*, 1 (10),6260-6269.
15. Morgan, M. (2009). Cancer survivorship: history, quality-of-life issues and the evolving multidisciplinary approach to implementation of cancer survivorship care plans. *Oncology Nursing Forum*, 26 (4), 429-436.
16. Morse. J. (2001). Toward a practice theory of suffering. *Adv Nurs Sci*. (1):47, 1-21.
17. Norvedt, P. (2003). Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nursing Philosophy*, 4, 222-230.
18. Oncology Nursing Society. (2013). *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
19. Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
20. Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
21. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
22. Poochikian-Sarkissian, S.; Sidani, S; Ferguson-Pare, M. & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32 (4), 14-21.
23. Richardson, A. *et al.* (2011). Knowledge, ignorance and priorities for research in key áreas of cancer survivorship: findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105, 582-594.
24. Teodoro, R. (2013). O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro. Lisboa: ISPA, tese para a obtenção do grau de mestre.

25. Ugaldel, A.; Krishnasamy, M. & Scho, P. (2013).Development of an instrument to measure self-efficacy in caregivers of people with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 1428–1434.
26. Weaver, K.; Morse, J. & Mitcham, C. (2008). Ethical sensivity in professional practice: concept analysis. *Journal Compilation*, 607-618.
27. Weber, J. & Kelly, J. (2010). *Health assessment in nursing*. 4^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Anexo 1: Classificação social internacional de Graffar

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL DE GRAFFAR

Profissão

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai. Se a mãe exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso servirá de base para a classificação da família.

1º Grau : Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

2º Grau : Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.

3º Grau : Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.

4º Grau : Operários especializados com ensino primário completo (motoristas, polícias, cozinheiros).

5º Grau : Trabalhadores manuais ou operários não especializados (jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza).

Nível de instrução

As categorias são as seguintes:

1º Grau : Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.

2º Grau : Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.

3º Grau : Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.

4º Grau : Ensino primário completo (6 anos de estudo).

5º Grau : Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).

Fontes de rendimento familiar

Segundo a principal fonte de rendimento da família, adoptam-se as cinco categorias seguintes:

1º Grau : A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).

2º Grau : Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados (encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).

3º Grau : Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes).

4º Grau : Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários).

5º Grau : O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Conforto do alojamento

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva. Estabelecem-se cinco categorias:

1º Grau : Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.

2º Grau : Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.

3º Grau : Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.

4º Grau : Categoria intermédia entre 3 e 5.

5º Grau : Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

3

Aspecto do bairro onde habita

1º Grau : Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.

2º Grau : Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.

3º Grau : Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.

4º Grau : Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos-de-ferro.

5º Grau : Bairros de lata.

Classificação Social

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I : Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II : Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III : Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV : Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V : Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Anexo 2: Escala de avaliação dos itens de Fois da gravidade da disfagia

ITEMS FOIS

Processo de adaptação do FOIS de Michael A. Crary, PhD, Giselle D. Carnaby Mann, PhD, MPH & Michael E. Groher, PhD, (1990)

Adaptado por Daniela Vieira, SLP (2009)

Nível 1 Nada pela boca

Nível 2 Dependente de entubação com tentativas mínimas de ingestão de alimentos ou líquidos

Nível 3 Dependente de entubação com ingestão oral sistemática de alimentos ou líquidos

Nível 4 Dieta totalmente oral de uma só consistência

Nível 5 Dieta totalmente oral com múltipla consistência mas requerendo preparação especial ou compensações

Nível 6 Dieta totalmente oral com múltipla consistência sem preparação especial mas com limitações de alimentos específicos

Nível 7 Dieta totalmente oral sem restrições

Anexo 3: Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

Anexo 4: Escala de Morse

Critérios	Escore
1. História de quedas; imediatas ou ocorridas no período de três meses	Não = 0 Sim = 25
2. Diagnóstico secundário	Não = 0 Sim = 15
3. Ajuda para deambular	Nenhuma, repouso no leito, cadeira de rodas, enfermeiro = 0 Muletas, bengala, andador = 15 Mobiliário = 30
4. EV/Uso de heparina	Não = 0 Sim = 20
5. Modo de andar/transferência	Normal, repouso no leito, imóvel = 0 Fraco = 10 Prejudicado = 20
6. Estado mental	Orientado para a própria capacidade = 0 Esquece as limitações = 15

Nível de Risco	Escore EMQ	Ação
Sem risco	0-24	Nenhuma
Risco baixo	25-50	Implementar precauções padronizadas contra quedas.
Risco elevado	≥ 51	Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas.

Anexo 5: Escala Modificada de Barthel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ___/___/___ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiarse.
CATEGORIA 2: BANHO <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente para banhar-se.2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO <ol style="list-style-type: none">1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOILETE <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente no uso do vaso sanitário.2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário.3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de subir escadas.2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário.3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zíper, amarrar sapatos, etc.5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA) <ol style="list-style-type: none">1. O paciente apresenta incontinência urinária.2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

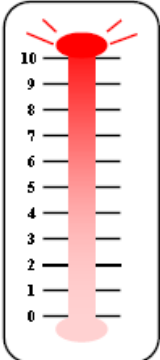
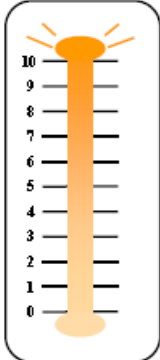
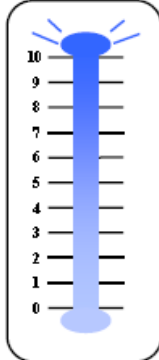
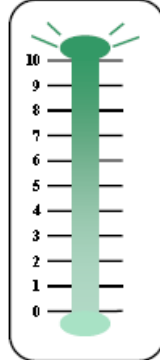

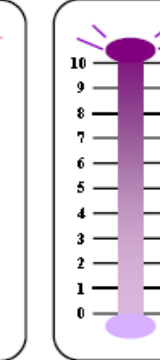
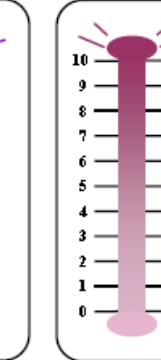
Anexo 6: Termómetro de *distress*

ANEXO D - TERMÓMETROS DA EMOÇÃO

(Mitchell, 2010; Bizarro, Patrão & Deep, 2011)

Nas primeiras quatro colunas, por favor coloque um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia/sofrimento (*distress*) que tem sentido durante a última semana, incluindo hoje.

Nas últimas três colunas, por favor indique qual o impacto isso teve em si.

1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Duração	6. Impacto	7. Necessidade de ajuda
Extremo	Extrema	Extrema	Extrema	+ 10 meses	Não consigo funcionar	Desesperadamente
						
Nenhum	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhum	Nenhuma

A seguir, indique se alguma das seguintes questões **tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje**. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

PROBLEMAS DO DIA-A-DIA

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidar dos filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tarefas domésticas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despesas de saúde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deslocações/transportes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabalho/escola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Económicos |

ASPECTOS RELIGIOSOS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de fé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com Deus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de significado ou sentido de vida |

PROBLEMAS EMOCIONAIS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medos/ receios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosismo/ansiedade |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupação |

PROBLEMAS FAMILIARES

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com os filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com marido/parceiro(a) |

PROBLEMAS FÍSICOS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aparência física |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomar banho/vestir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificuldades respiratórias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações urinárias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prisão de ventre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarreia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apetite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansaço/fadiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inchaço |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Febre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carunhar/vaguear |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfartamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feridas na boca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nariz congestionado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dores |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pele seca/comichão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações do sono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fornigueiros nas mãos e pés |

OUTROS PROBLEMAS:

ANTES DE ENTREGAR:

Verifique se respondeu a **todas** as questões.

Anexo 7: Escala de ansiedade e depressão clínica – HADS

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

**Apêndice 9: Guia orientador de boas práticas no controlo
da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no
serviço de urgência**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de
Intervenção em Enfermagem Oncológica

Guia Orientador de Boa Prática

Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência

Ana Filipa Nunes Ramos

Lisboa

2015

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de
Intervenção em Enfermagem Oncológica

Guia Orientador de Boa Prática

Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência

Ana Filipa Nunes Ramos

Sr.ª Professora Orientadora: Eunice Sá

Lisboa

2015

INTRODUÇÃO	60
1.FINALIDADE.....	60
60Erro! Marcador não definido.	
2.CONTROLO DE SINTOMAS	61
2.1.Dor Oncológica	61
2.2.Dispneia	61
3.METODOLOGIA	62
4. DOR ONCOLÓGICA.....	64
4.1. Apreciação da dor	64
4.2. Tratamento da Dor	65
4.2.1.Recomendações na dor ligeira (WHO step I – EAN 1-3):.....	65
4.2.2.Recomendações na dor ligeira a moderada (WHO setp II – EAN 4-6).....	65
4.2.3.Recomendações na dor moderada a severa (WHO step III – EAN 7-10).....	66
4.2.4. Técnicas invasivas na dor moderada a severa refratária (WHO step IV – EAN 7-10).....	66
4.3.Titulação	67
4.4.Rotatividade de Opióides	67
4.5.Dor neuropática.....	68
4.6.Dor proveniente da oclusão intestinal maligna (Dor visceral)	69
4.7.Dor Irruptiva.....	70
4.8.Vias de Administração.....	72
4.9.Efeitos Secundários.....	72
4.9.1.Obstipação.....	72
4.9.2.Sobredosagem.....	73
4.9.3.Depressão Respiratória	73
4.9.4.Náuseas e Vômitos.....	74
4.10.Estratégias Não Farmacológicas.....	75
5. DISPNEIA	76
5.1.Apreciação da Dispneia.....	76
5.2.Oxigenoterapia e Ventilação Não Invasiva	77
5.3.Estratégias Farmacológicas.....	77
5.3.1.Dispneia ligeira (ESAS 1-3)	77
5.3.2.Dispneia moderada (ESAS 4-6).....	77
5.3.3.Dispneia severa (ESAS 7-10).....	78
5.4. Estratégias não farmacológicas	79
6.CONCLUSÃO	79
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

O cancro é considerado uma das principais causas de morte antes dos 70 anos em Portugal. Paralelamente, no mundo todos os anos surgirão mais 14 milhões de novos casos, em que o número de pessoas com cancro é expectável que triplique em 2030, como resultado também da sobrevivência (Ferlay *et al.*, 2013; DGS, 2012; WHO, 2014). Os sobreviventes continuam a experienciar significativas limitações físicas comparativamente com todos aqueles sem história de cancro (Zucca *et al.*, 2012). A presença de sintomas persiste permanentemente, derivado dos efeitos adversos directos da neoplasia, do tratamento, da exacerbação e/ ou do surgimento de novos associados a recidiva ou segundo tumor (Sun *et al.*, 2008; Brant *et al.*, 2011).

O hospital, particularmente, o serviço de urgência, continua a ser um dos sistemas de suporte mais utilizado (Feio, 2006; Massa, 2010; Veiga *et al.*, 2009). Historicamente, os sintomas têm sido estudados separadamente, todavia investigações recentes suportam a necessidade de uma visão integrativa. A dor, a dispneia, a fadiga, o *distress* emocional surgem em simultâneo e são interdependentes. Deste modo, advém a designação de cluster sintomas, quando dois ou mais sintomas apresentam uma inter-relação entre si, tendo em conta que podem partilhar a mesma etiologia e produzir efeito cumulativo no funcionamento da pessoa (Cleeland & Sloan, 2010). A dor assume particular ênfase ao ser um item presente em todas as múltiplas escalas de avaliação de sintomas (Kim *et al.*, 2009), bem como é o motivo mais frequente de recurso ao serviço de urgência (Veiga *et al.*, 2009; Richard *et al.*, 2011), assim como a evidência sugere que também predomina um inadequado controlo analgésico neste contexto (Motov & Khan, 2009; Bhakta & Marco, 2014). Em uma fase avançada da doença a dispneia surge frequentemente associada a dor (cerca de 45%), representado um *cluster* sintomas indutor de maior ansiedade e fadiga responsável pela procura de cuidados de saúde, pelo o que é fundamental um sério investimento no seu controlo (Dong *et al.*, 2014). Consecutivamente, discriminam-se os conceitos considerados essenciais ao entendimento da problemática: sintomas, dor oncológica e dispneia.

1. FINALIDADE

A produção deste guia, orientador de boas práticas, tem como objectivo geral contribuir para a otimização do controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência.

2. CONTROLO DE SINTOMAS

O sintoma pode ser descrito como uma evidência subjectiva e multidimensional resultante da doença, tratamento ou de distúrbio físico e/ ou psicológico, percebido e reportado pela pessoa (Barbosa & Neto, 2010), sendo o discurso do próprio o *gold standard* (Spichiger *et al.*, 2011).

2.1. Dor Oncológica

A incidência da dor no início do trajeto da doença está estimada em 50% e que é incrementada para aproximadamente 75% em estádios avançados, o que significa que o sobrevivente não a experiencia apenas como resultado imediato do tratamento (Sun *et al.*, 2008; Cleeland & Sloan, 2010). A dor oncológica pode ser classificada quanto à etiologia (doença neoplásica 60%-80%, terapia 25%-20% e mista 10%-5%) e mecanismos fisiopatológicos (dor nociceptiva 50%-70%, dor neuropática 10%-30%, dor mista 20%-40%). No entanto, a etiologia da dor não se esgota na dimensão somática, dado que é afetada de igual forma por questões psico-emocionais, sociais e culturais, pelo que se revela imprescindível estar alerta para a especificidade da configuração da dor total (Capelas, 2008).

2.2. Dispneia

A dispneia é um dos sintomas mais prevalente com a progressão da doença oncológica, sobretudo em estadios neoplásicos avançados, com uma incidência oscilante entre os 48 e 70%, podendo alcançar os 90% em situações terminais. O conceito de dispneia pode ser interpretado como uma sensação subjectiva de falta de ar, dificuldade respiratória ou de obstrução da via aérea, referida como uma sensação perturbadora, resultante do aumento do trabalho respiratório e

utilização dos músculos acessórios, fonte de grande sofrimento para a pessoa e familiares/ cuidadores (Barbosa & Neto, 2010; Harding & Simmons, 2012).

3. METODOLOGIA

Como ponto de partida para a elaboração do presente guia orientador foi realizada uma revisão sistemática da literatura, onde foi formulada a seguinte questão de partida em formato PI[C]O: Quais as linhas orientadoras de boa prática (Intervention) no controlo da dor e dispneia (*Outcomes*) na pessoa com doença oncológica (*Population*)? A base de dados eletrónica utilizada incidu sobre a EBSCO (MEDLINE with Full TEXT, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), onde os descritores foram procurados com a seguinte ordem: [*guideline OR practice guideline OR evidence-based practice OR randomized controlled trial*] AND [*symptoms control OR dyspnea OR tachypnea OR cheyne-stokes respiration OR respiratory sounds OR chronic pain OR cancer pain OR breakthrough pain*] AND [*oncology nursing OR emergency care OR acute care OR palliative care*]. Os descritores foram pesquisados, retrospectivamente de Setembro de 2014 até 2009, resultando um total de 12 artigos. Nos critérios de inclusão englobam-se ainda as *guidelines* emanadas por entidades de referência na problemática: Oncology Nursing Society (2011), National Comprehensive Cancer Network (2011; 2014) e Cancer Care Ontario (2010). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia ambígua ou repetidos em ambas as bases de dados (N= 3), todos aqueles sem correlação com o objeto de estudo, idade inferior a 18 anos e com data anterior a 2009, perfazendo um total de 15 artigos, submetidos a apreciação crítica e síntese do conhecimento.

Na elaboração das linhas de orientação de boa prática é crucial estabelecer quais os contornos para a sua aplicabilidade no contexto clínico, sendo, portanto, fundamental analisar a qualidade da evidência encontrada. Neste sentido, optou-se por seguir um dos modelos aprovado e publicado pela Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), através da National Guideline Clearinghouse, com foco na oncologia (Heidenreich, A. *et al.*, 2013). Esta revisão sistemática da literatura atende aos critérios do National Comprehensive Cancer Network (2014) que, para emanar linhas orientações de boas práticas apenas são

aceitáveis níveis de evidência considerados de elevada qualidade, ou seja, até 2a, discriminados na tabela 1 e 2.

Tabela 1. Níveis de evidência adaptados de Heidenreich, A. *et al.* (2013). *Guidelines on prostate cancer*. Netherlands: European Association of Urology.

Nível	Tipo de Evidência
1^a	Evidência de alta qualidade, obtida a partir de meta-análises, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (RCT)
1b	Evidência obtida a partir de pelo menos um RCT
2^a	Evidência obtida a partir de estudos de caso-controle de alta qualidade ou de coorte, com um risco muito baixo de viés e uma grande probabilidade de relação causal
2b	Evidência obtida a partir de pelo menos outro tipo de estudo bem desenhado quase-experimental
3	Evidência obtida a partir de estudos não-experimentais bem desenhados, como estudos de co-relação ou estudos de caso
4	Evidência obtida a partir da opinião de especialistas ou de Identidades reconhecidas/ autoridades respeitáveis

Tabela 2. Graus de recomendação adaptados de Heidenreich, A. *et al.* (2013). *Guidelines on prostate cancer*. Netherlands: European Association of Urology.

Grau	Natureza da Recomendação
A	Baseado nos estudos clínicos de boa qualidade, consistência e especificidade, com inclusão de pelo um RCT
B	Baseado em estudos clínicos bem conduzidos, mas sem inclusão de RCT
C	Desprovido de estudos clínicos de boa qualidade, sem recomendação para aplicação direta na prática

Posteriormente, recorreu-se à utilização técnica de Delphi, com duas rondas, com aplicação frequente no âmbito da oncologia e cuidados paliativos, para aferir *guidelines* de orientação para a prática (Yamaguchi et al., 2012) e de controlo da segurança e eficácia farmacológica para controlo de sintomas (Vignaroli et al., 2012; Lindqvist et al., 2013). A sua utilização pela Ordem dos Enfermeiros (2009) na construção de guias de boa prática é encarada como um procedimento basilar na validação das recomendações, para a realidade portuguesa. A amostra das duas rondas da Técnica de Delphi foi composta por 16 peritos, dos 20 inicialmente contactados, que decorreu de 12 a 26 de Janeiro de 2015. Foi concedida primazia a enfermeiros com um perfil heterógeno, com uma

vasta experiência profissional e acadêmica, predominantemente superior a 10 anos, portadores do título de especialista na sua maioria, em que pelo menos metade dos participantes possui grau acadêmico de mestrado ou superior. Das 63 recomendações, inicialmente, sugeridas pela literatura, após este processo de refinação, com consenso $\geq 85\%$ foram incorporadas 43 das mesmas.

4. DOR ONCOLÓGICA

4.1. Apreciação da dor

- p) Utilizar instrumentos de auto-avaliação na apreciação na dor: Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton System Assessment Scale*), Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*)^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- q) Utilizar instrumentos de hetero-avaliação, na pessoa com alterações cognitivas ou incapacitadas de comunicar verbalmente Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador e Versão Portuguesa da Escala da Dor Behavioral Pain Scale^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- r) Para a avaliação das características da dor oncológica sugerem-se os seguintes itens: intensidade, frequência, tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), localização, presença de irradiação, duração da dor, padrão de dor (contínua ou irruptiva), factores de alívio e de exacerbação, resposta ao esquema analgésico e de resgate, a existência de outros sintomas associados e a interferência nas atividades de vida diárias^{3,5,9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- s) Avaliar o estado psico-emocional: grau de preocupação com a doença, ansiedade, depressão, ideação suicida, preocupações espirituais e distúrbios de personalidade^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- t) Avaliar a presença de outras co-morbilidades (Ex. Diabetes Mellitus, insuficiência renal, hepática, etc..) ^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).

- u) Avaliar a realização atual ou passada de tratamentos oncológicos: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- v) Avaliar a existência de comportamentos aditivos (Ex. hábitos etanólicos e consumo de estupefacientes)^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).

4.2. Tratamento da Dor

4.2.1. Recomendações na dor ligeira (WHO step I – EAN 1-3):

- a) A administração de paracetamol deve ser considerada nas pessoas com doença oncológica, com dor ligeira (dose máxima: 4g/dia)^{5,9,13} (*Nível de evidência: 1a, Grau de recomendação: A*).
- b) A administração de AINES (Anti-inflamatórios não esteróides) pode ser considerada nas pessoas com doença oncológica. A sua utilização previne a síntese de prostaglandinas e ao reduzir a inflamação, atua no controlo da dor. A dose máxima diária recomendada para o ibuprofeno é de 3200mg e para o cetorolac de 15-30mg EV 6/6h no máximo 5dias^{5,9,13,14} (*Nível de evidência: 1b, Grau de recomendação: A*).
- c) Os inibidores da bomba de prótons ou bloqueadores do receptores de H2 devem ser considerados na prevenção da úlcera péptica no tratamento com AINES. Descontinuar a utilização de AINES se a avaliação laboratorial da função hepática aumentar 1.5 do limite normal. Recomenda-se vigilância apertada aquando toma de terapêutica hipo-coagulante em simultâneo, pelo elevado risco hemorrágico^{5,13} (*Nível de evidência 1ª; Grau de recomendação: A*)

4.2.2. Recomendações na dor ligeira a moderada (WHO setp II – EAN 4-6):

- a) Se paracetamol e AINES PO não controlam adequadamente a dor pode se considerar a introdução ou a substituição por opióides fracos: codeína (≤ 360 mg/dia) ou tramadol (≤ 400 mg/dia: 100mg 4x/dia) PO^{4,9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*).
- b) Se controlo inadequado pode se optar por fármacos opióides fortes em pequenas doses: morfina (≤ 30 mg/dia), oxicodéina (≤ 20 mg/dia) e

hidromorfona (≤ 4 mg/dia)^{4,9} (Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A).

4.2.3. Recomendações na dor moderada a severa (WHO step III – EAN 7-10)

- a) Deve se considerar a administração de opióides fortes na pessoa com dor moderada-severa ou na dor inadequadamente controlada com analgésicos não opióides^{5,9} (Nível de evidência 1b; Grau de recomendação: A);
- b) Em pessoas com dor severa e instável recomenda-se a utilização de fórmulas de rápida absorção, em que a via parentérica pode ser considerada⁵ (Nível de evidência 1b; Grau de recomendação: A);
- c) Analgésicos não-opióides devem ser utilizados em simultâneo com os opióides em pessoas que experienciam dor contínua com o uso regular de opióides, ou seja, a abordagem deve ser multimodal^{5,6} (Nível de evidência 1b; Grau de recomendação: A);
- d) A dose de regular de opióides pode ser aumentada em pessoas que experienciam dor contínua⁵ (Nível de evidência 2a; Grau de recomendação: B);
- e) O fentanil ou a bupremorfina são alternativas às fórmulas de opióides transdérmicos, quando existe incapacidade de deglutição ou insuficiência renal de grau 4 ou 5^{4,9,13} (Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A).
- f) A utilização de bupremorfina TD deve ser limitada a 20mcg por hora, dado que pode induzir prolongamento do QT¹³ (Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A).
- g) Ponderar sedação paliativa no controlo da dor (sugerido pelos peritos).

4.2.4. Técnicas invasivas na dor moderada a severa refratária (WHO step IV – EAN 7-10)

- a) Cerca de 10% das pessoas com doença oncológica possui dor de difícil controlo com analgésicos por via oral e parentérica, onde podem estar recomendadas técnicas invasivas, classificadas de acordo com a sua atuação: bloqueios do sistema nervoso simpático, bloqueios de nervos periféricos e bloqueios do neuroeixo. A utilização de técnicas invasivas está recomendada quando existe dor intensa referenciada a zonas de inervação de plexos nervosos, sem resposta à rotatividade de opióides,

necessidade de administração de grandes doses de opióides e efeitos colaterais significativos pelos métodos convencionais^{9,13} (*Nível de evidência: 1a; Grau de recomendação: A*)

b) A utilização de técnicas invasivas está desaconselhada em pessoas com coagulopatias, imunocomprometidas e com uma expectativa de vida inferior a 6 meses^{9,13} (*Nível de evidência: 1a; Grau de recomendação: A*)

4.3. Titulação

a) A titulação quer dos opióides de rápida ou de longa ação deve ser feito com um suplemento (equivalente a 10-15% da dose total habitual) do mesmo fármaco, mas sempre de rápida ação^{4,9} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).

b) A titulação pode ser realizada por via oral ou endovenosa^{4,9} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).

c) A titulação por via endovenosa está indicada quando é necessário um rápido controlo da dor^{4,9} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).

d) A metadona tem uma semi-vida variável, pelo que se recomenda a sua titulação durante 5-7 dias, habitualmente com 5mg/dose, tendo a conta a sua fórmula de longa ação em comprimidos (5mg e 10mg) e rápida ação disponível em solução oral (10mg/ml). Dose diárias superiores a 100mg/ dia recomenda-se follow-up com ECG, pelo risco de prolongamento de QT, potenciado por doença coronária ou toma em simultâneo de anti-depressivos tricíclicos¹³ (*Nível de evidência 2a; Grau de recomendação: B*)

4.4. Rotatividade de Opióides

a) A rotatividade opióides, considerada no step III da WHO, significa a substituição de um por outro opióide forte, que deve ser considerada quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos^{2,4,5} (*Nível de evidência: 1b, grau de recomendação: A*)

b) A rotatividade de opióides pode ser um método eficaz no controlo da dor^{2,3,5} (*nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*)

c) Na rotatividade de opióides deve se começar com uma dose mais baixa do que aquela calculada pelos rácios de equinalgesia (Tabela 3) e recorrer à titulação para mitigar a dor. Para calcular a equinalgesia dever ser

contabilizada a dose total de opióide realizada nas 24h para controlo efetivo da dor ⁴ (*Nível de evidência: 1b; grau de recomendação A*).

- d) Se a dor está precariamente controlada, pode se começar com 100% ou 125% da dose equinalgésica, dividindo a dose total diária obtida pelo número de tomas, para determinar a dose de cada uma delas⁴ (*Nível de evidência: 1b; grau de recomendação A*).
- e) A dor deverá estar relativamente bem controlada antes de iniciar fentanil TD, dado que não está recomendado para a dor instável, com frequentes necessidades de re-ajuste. Estados de hipertermia ou aplicação de calor no local de colocação do *patche* contra-indicam a sua utilização, dado que aceleram a sua absorção. Recomenda-se a utilização de opióide de rápida ação nas primeiras 8 a 24h da sua aplicação, para controlo da dor. A duração do fentanil TD é habitualmente de 72h, mas em alguns casos pode existir necessidade de substituição e 48/ 48h⁴ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*).

Vias	Fármaco	Unid	Doses Equi-analgésicas de Opióides														
			60	90	180	210											
Oral	Codeína	mg/ dia	60	90	180	210	Tem dose-tecto*										
	Tramadol		25	50	75	100	150	200	300	400	Tem dose-tecto**						
	Morfina		5	10	15	20	30	40	60	80	100	120	160	180	200	240	320
	Hidromorfona								8		16		24	32		40	48
TD	Buprenorfina	mcg/							35		53	70	88	105		140	
	Fentanilo	h					12,5		25		38	50	63	75		100	125
EV/ SC	Morfina	mg/			5		10		20		30	40	50	60		80	110
	Tramadol	dia					100		200								
*Dose máxima: 300mg (codeína isolada) ou 240mg (em associação com paracetamol)																	
**Dose máxima: 400mg (adulto jovem); 300mg (>75anos); 150mg (desnutrido, caquético)																	

Tabela 3: Relação equinalgésica de opióides

4.5. Dor neuropática

- a) Os antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados adjuvantes de 1.^a linha no tratamento da dor neuropática¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)

- b) Na dor neuropática sob opióides recomenda-se a inclusão de anti-convulsivantes: carbamazepina (100mg 2x/dia até máximo de 400mg/dia), gabapentina (100 a 300mg em dose única à noite para limitar a sedação, pode ser titulada até um máximo de 900mg-3600/dia repartida em 2 ou 3 tomas) e pregabalina (iniciar com uma dose de 50mg 3x/dia e aumentar para 100mg, até um máximo de 600mg) estão recomendados para a dor neuropática neurálgica lancinante (tipo choque)^{4,5,9} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- c) Os anti-depressivos tricíclicos, como a amitriplina, devem ser iniciados em baixas doses 10-25mg/dia e raramente ultrapassam os 75mg (doses mais baixas que no controlo da depressão e devem ser titulados no decurso de 1 ou 2 semanas para minimizar efeitos secundários: sedação, xerostomia e urgência urinária)^{4,5,9,13} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- d) A utilização de massagem com diclofenac gel 1% 4x/dia pode ser utilizada como adjuvante analgésico¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)
- e) A utilização de corticóides pode ser útil na dor neuropática visceral e óssea, em situações de agudização^{4,5,9} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*). O corticóide sugerido é a dexametasona (4 a 8mg 2 a 3x/dia)^{4,5,9} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*).
- f) Após a crise de dor debelada deve-se descontinuar o uso de corticóides, pelos efeitos adversos associados secundários (hiperglicémia, úlcera péptica, imunossupressão e síndrome de Cushing)^{4,5} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).

4.6. Dor proveniente da oclusão intestinal maligna (Dor visceral)

- a) A administração de octreótido está recomendada na oclusão maligna intestinal por via SC ou EV (0.1 a 0.2mg de 8/8h ou 12/12h) para reduzir as secreções gastrointestinais^{5,13} (*Nível de evidência 2a; Grau de recomendação: B*).
- b) A butilescopamida e os corticóides também podem ser utilizados em associação⁵, bem com a pausa alimentar e a entubação gástrica para descompressão¹³ (*Nível de evidência 2a; Grau de recomendação: B*).

4.7. Dor Irruptiva

- a) A dor irruptiva (BTCP) caracteriza-se como uma exacerbação transitória da intensidade da dor, que ocorre quando a dor basal está relativamente controlada. A dor irruptiva surge como um episódio súbito de dor lancinante, que atinge um máximo aos 5 minutos, com uma curta duração (entre 30-60min), que ocorre 3-4 vezes/ dia.^{3,4,5} (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*)
- b) A BTCP caracteriza-se quanto à (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*)^{3, 5}:
- localização: frequentemente na região habitual;
 - intensidade: mais severa que o habitual;
 - factores precipitantes: espontânea, atividades voluntárias: movimento ou esforço físico, ou induzida: intervenções terapêuticas.
 - Fisiopatologia: nociceptiva, neuropática ou mista;
 - Etiologia: cancro, relacionado com tratamento ou sem relação com o cancro.
- c) Na BTCP que surge associada ao término da semi-vida do opióide, não se deve antecipar a próxima toma, mas sim aumentar a dose do opióide regular de longa duração e/ ou reduzir o intervalo entre as doses^{5,13} (*Nível de evidência 1b; Grau de recomendação: A*);
- d) Na BTCP incidental, que é quando o estímulo desencadeante está identificado, recomenda-se implementar uma dose profilática de resgate (10-20% da dose diária habitual de rápida absorção), antes do estímulo desencadeante^{5,9,13} (*Nível de evidência 1b; Grau de recomendação: A*);
- e) As doses de resgate de rápida ação devem ser 10 a 20% da dose total de opióides realizada nas 24h, podendo ser repetida de 1 em 1h, se necessário. A necessidade de fazer frequentes doses de resgate significa que o esquema de toma regular deverá ser alterado (*Nível de evidência 2a; Grau de recomendação: B*);
- f) Para diagnóstico diferencial da dor não controlada, recomenda-se uma apreciação inicial, com inclusão das seguintes questões³ (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*):

- A pessoa está a cumprir a toma dos fármacos para a dor basal prescrita à hora certa?
 - Será necessário aumentar a dose de opióides de longa ação para reduzir a frequência e a possibilidade de BTCP?
 - Existe alguma fármaco adjuvante que poderá ser introduzido para tratar algum aspecto da dor que não está a ser conseguido a nível ótimo com a terapêutica habitual?
 - A existência de múltiplos sintomas em simultâneo descontrolados está a influenciar a ocorrência de BTCP?
- g) Os opióides são aconselhados no tratamento de 1.^a linha (dor moderada a severa), tendo em conta a intensidade da dor e não a severidade da doença³ (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*);
- h) A titulação de opióides, a introdução de adjuvantes e as tomas sempre a horas regulares são medidas importantes no controlo da BTCP^{3,4,9,13} (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*);
- i) Na BTCP de etiologia neuropática recomenda-se a inclusão de anti-depressivos e anti-convulsivantes³ (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*);
- j) Para terapêutica de resgate recomenda-se opióides com farmacodinâmica de rápida ação, como a morfina orodispersível e o fentanil transmucoso^{3,4,5,9,13} O fentanil transmucoso tem uma biodisponibilidade absoluta de 50%, sendo absorvido aproximadamente 25% pela mucosa oral, a dose residual (25%) é deglutida e absorvida pela via gastro-intestinal, atinge o pico aos 15min e tem uma semi-vida de 1h¹⁵. Na BTC a morfina EV comparativamente ao fentanil transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos, mas aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa¹⁵ (*Nível de evidência 1a; Grau de recomendação: A*).
- k) Sempre que possível, utilizar o mesmo opióide de ação rápida e mante-lo nas fórmulas de ação prolongada¹³ (*Nível de evidência: 2a, grau de recomendação: B*);
- l) Não existe evidência suficiente para realizar uma dose equinalgésica para o fentanil transmucoso, pelo que se deverá começar com baixas doses e ser cuidadosamente titulado¹³ (*Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B*).

4.8. Vias de Administração

- a) Deve se selecionar preferencialmente a via de administração oral, reduz a incidência de efeitos adversos^{4,9,13} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- b) A via de administração subcutânea é simples e eficaz para a administração de morfina, sendo a primeira escolha quando via oral ou transdérmica não estão disponíveis^{4,13,14} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- c) A via endovenosa pode ser considerada quando a subcutânea está contraindicada: anasarca, distúrbios na coagulação, hipoperfusão periférica, necessidade de infusão de volumes ou doses elevadas)⁴ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).

4.9. Efeitos Secundários

Os efeitos adversos mais comuns notificados dos opióides são a sonolência/ sedação, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária e neurotoxicidade: o delírio, confusão mental, alucinações, mioclonias, hiperalgia, alodínias^{2,6,9} (*Nível de evidência: 2a*)

4.9.1. Obstipação

- a) Os laxantes devem fazer parte do esquema terapêutico para profilaxia da obstipação^{4,5,9,10,13} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- b) Na obstipação persistente recomenda-se a combinação de laxantes, com diferentes modos de atuação^{4,13}, o enema de limpeza nunca deve ser considerado como tratamento de 1.^a linha¹³ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*)
- c) Na obstipação severa recomenda-se o despiste de oclusão intestinal¹³ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*)
- d) Na obstipação crônica recomenda-se a rotação de opióides¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)
- e) O incentivo a uma dieta rica fibras, ingestão hídrica adequada e exercício físico são medidas não farmacológicas complementares¹³ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*)

4.9.2. Sobredosagem

- a) Na pessoa com insuficiência renal (índice de filtração glomerular < 30mL/min que corresponde à insuficiência renal de grau 4 ou 5) recomenda-se a administração de doses mais baixas de opióides, seguida de uma cuidadosa titulação⁴ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*).
- b) Os efeitos adversos da quimioterapia, especialmente os inibidores da angiogênese, como a trombocitopenia, coagulopatia, toxicidade renal, hepática e cardiovascular pode aumentar com a prescrição em simultâneo de AINES¹³ (*Nível de evidência: 2a, Grau de recomendação: B*)
- c) Recomenda-se um aporte hídrico adequado para evitar a acumulação de metabólitos séricos, responsáveis pela sonolência e falência renal¹⁰ (*Nível de evidência: 2a; Grau de Recomendação: B*).

4.9.3. Depressão Respiratória

- a) A pessoa com um ou mais dos factores de riscos infra-mencionados deve ser considerada de alto risco para depressão respiratória induzida por opióides⁶ (*Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A*).
 - Idade > 55anos
 - Obesidade (IMC \geq 30kg/m²)
 - Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono subtratada
 - História de bradipneia prévia recente
 - Sonolência/ prostração diurna
 - Circunferência do pescoço > 17,5''
 - Pré-existência de doença ou disfunção cardíaca ou pulmonar
 - Falência orgânica major (albumina sérica < 30g/L e ou deterioração da função renal)
 - Dependência prévia nas AVD's
 - Hábito tabágicos ativos (> 20 UMA -> UMA = anos de fumador x número de cigarros dia/20)
 - Classificação de risco anestésico (ASA) entre 3-5
 - Controlo da dor após um período de dor descontrolada

- Cirurgia prolongada (>2horas)
 - Incisão torácica ou com outra localização que interfira com a adequada expansão pulmonar
 - Administração concomitante com sedativos, como benzodiazepinas e anti-histamínicos
 - Perfusão contínua de opióides, sem a sua existência no regime analgésico regular
 - Pós-administração de naloxona por depressão respiratória, existe risco de repetir novo episódio
 - Combinação de administração de opióides por via epidural e via parentérica
 - A administração em simultâneo de opióides com anti-convulsivantes (gabapentina e pregabalina) ou anti-depressivos tricíclicos
- a) Na depressão respiratória induzida por opióides recomenda-se a diluição de uma ampola de naloxona (0.4mg/1ml) em 9ml de soro fisiológico e administrar 1-2ml todos os 30-60seg. Pode existir necessidade de repetição, dado que a semi-vida dos opióides é superior à naloxona (30-60minutos)¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)

4.9.4. Náuseas e Vômitos

- a) A utilização da metoclopramida, 10-15mg PO 4x/ dia, como antidopaminérgico ou haloperidol 0.5-1mg PO de 6-8h, podem ser recomendados na redução de náuseas e vômitos, com atenção a ocorrência de discinesia na utilização prolongada^{9,10,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*).
- b) Realizar a identificação da etiologia das náuseas (patologia do SNC, quimioterapia, radioterapia e hipercaliémia)¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)
- c) Na náusea/ vômitos persistentes considerar a administração de antagonista da serotonina, como o ondansetrom ou granisetrom¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)

- d) A utilização de dexametasona pode ser considerada e de olanzapina 2.5-5mg, sobretudo nas situações de oclusão intestinal¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)

4.10. Estratégias Não Farmacológicas

- a) Inclusão de pessoa significativa na colheita de dados e na consecução do plano de cuidados pode aumentar o sucesso terapêutico^{3,6,7,9} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- b) Delinear intervenções individualizadas, tendo em conta as preferências e expectativas da pessoa, aumenta os resultados em saúde.^{3,6,7,14} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação: A*).
- c) O enfermeiro como gestor de caso, com intervenções a nível do aconselhamento, literacia para a saúde e apoio psico-emocional aumenta a adesão terapêutica e a auto-eficácia da pessoa com doença oncológica¹⁴ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação: A*).
- d) A existência de aconselhamento e/ ou follow-up via telefónica aumenta a satisfação da pessoa com doença oncológica e do respetivo cuidador¹⁴ (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação: A*).
- e) Informar a pessoa para a possibilidade de dor nos diferentes estadios da doença oncológica, decorrente diretamente da neoplasia ou dos tratamentos anti-neoplásicos, encorajando a comunicação da eficácia da terapêutica e desmistificar os receios associados à opioidofobia^{9,13} (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação: B*).
- f) Realizar a educação para a auto-gestão do esquema analgésico, identificação precoce de efeitos adversos e necessidade de procura de cuidados de saúde^{5,6,13} (*Nível de evidência: 1a; grau de recomendação A*)
- g) Realização da massagem terapêutica, aplicação de quente e/ ou frio e o posicionamento são medidas sinérgicas das ações farmacológicas¹³ (*Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B*)
- h) Criar um boletim informativo, com o esquema analgésico, potenciais efeitos adversos e a linha telefónica para os profissionais de referência para contactar para esclarecimento de dúvidas, problemas em obter nova prescrição médica ou na incapacidade de toma, dor descontrolada, náuseas/ vômitos impeditivos da ingestão por 24h, ausência de movimentos

peristálticos, insónia ou confusão¹³ (Nível de evidência: 2a; grau de recomendação B);

- i) Utilização de Reiki em combinação com outras técnicas não farmacológicas (sugerida pelos peritos).

5. DISPNEIA

5.1. Apreciação da Dispneia

Para a apreciação da dispneia pode ser utilizado o acrónimo O, P, Q, R, S, T, U e V¹⁰ (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B):

- **Onset:** Quando começou? Há quanto tempo dura? Com que frequência ocorre?
 - **Provoking/ Palliating:** O que despoleta a dispneia? Quais os factores de alívio e de exacerbação?
 - **Quality:** Como a consegue descrever?
 - **Region/ Radiation:** Existe associação com outros sintomas?
 - **Severity:** Qual é a intensidade da dispneia (Escala Numérica de 0 a 10)?
 - **Treatment:** Qual a medicação habitualmente utilizada para o seu controlo? Qual a sua eficácia? Quais os seus efeitos adversos? Quais outros tratamentos já realizados anteriormente?
 - **Understanding:** O que acha que lhe está a provocar esta sintomatologia? Como este sintoma o afecta a si próprio e aos outros que o rodeiam?
 - **Values:** Qual é o seu objetivo para o controlo deste sintoma? Qual é o nível aceitável de conforto de 0 a 10?
- a) A avaliação do estado psico-emocional e outras co-morbilidades associadas devem ser parte integrante da colheita de dados¹⁰ (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B);
 - b) A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale*) é um instrumento a considerar na exploração mais profunda da dispneia¹⁰ (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B);
 - c) Para a apreciação da dispneia recomenda-se a utilização das seguintes escalas validadas em português: Escala de ansiedade e depressão clínica

– HADS, Índice de Dispneia Modificado (MDI) e não validadas na realidade portuguesa: Numerical Rating Scale (NRS) for breathlessness, modified Borg e Chronic Respiratory Questionnaire

- d) Despistar as causas da dispneia subtratadas, que exijam pericardiocentese, pelurodese, toracocentese, broncofibroscopia, suporte transfusional, antibioterapia, etc.¹¹ (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B).

5.2. Oxigenoterapia e Ventilação Não Invasiva

- a) Nas situações de hipoxemia, associada a Hb<10g/L, doença pulmonar obstrutiva crónica ou hábitos tabágicos exacerbados pode se recorrer à administração de oxigénio, preferencialmente, por óculos nasais até 2L/min^{8,10} (nível de evidência: 1a; grau de recomendação A).
- b) No alívio da dispneia a utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições severas reversíveis^{11,12} (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B).
- c) A utilização de broncodilatadores e/ ou diuréticos é fortemente recomendada, sobretudo quando existe estase pulmonar^{11,12} (Nível de evidência: 2a; Grau de recomendação: B).

5.3. Estratégias Farmacológicas

5.3.1. Dispneia ligeira (ESAS 1-3)

- a) A administração de opióides pode ser considerada, com uma titulação cuidadosa^{10,12} (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

5.3.2. Dispneia moderada (ESAS 4-6)

Para pessoas sem regime medicamentoso habitual com opióides:

- a) A administração oral de 5mg morfina de rápida ação pode ser considerada de 4 em 4h, com 2,5mg de resgate se após 2h existir manutenção da dispneia refractária^{10,11} (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).
- b) Se a via oral não se encontra disponível, pode ser considerar a administração de 3mg de morfina SC de 4 em 4h, com 1,5mg de resgate

se após 1h existir manutenção da dispneia refractária¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

Para pessoas com regime medicamentoso habitual opióides:

- a) Aumentar 25% da dose habitual, considerando as doses de resgate de opióides utilizadas nas últimas 24h¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).
- b) A dose de resgate para controlo da dispneia é 10% da dosagem total de opióides realizados nas últimas 24h, mantendo a mesma via e dose. Na via oral pode ser repetida de 2 em 2h e na via SC de 1 em 1h¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

Recomendações Gerais

- a) A utilização de benzodiazepinas pode ser considerada no controlo da ansiedade^{10,11} (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).
- b) As pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) podem beneficiar da utilização durante 5 dias de dexametasona (8mg/dia) ou prednisolona (50mg/dia)¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).
- c) As pessoas sem DPOC podem beneficiar da utilização de corticóides durante 5 dias para estimular o apetite ou controlar a dor¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

5.3.3. *Dispneia severa (ESAS 7-10)*

Para pessoas sem regime medicamentoso habitual com opióides:

- a) A administração SC ou EV de 2,5mg de morfina pode ser considerada, se for bem tolerada pode se repetir a dose após 30 minutos¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

Para pessoas com regime medicamentoso habitual opióides:

- a) Considerar a administração de bólus de 10% da dosagem total de opioídeos realizados nas últimas 24h, após realizar a equianalgesia de PO para SC ou EV. Se a dispneia persistir a dose pode ser aumentada para 25%¹⁰ (Nível de evidência: 1b; Grau de recomendação: A).

5.4. Estratégias não farmacológicas

- a) Controlo e dissociação dos tempos respiratórios^{7,10} (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A)
- b) Treino da tosse eficaz assistida para clearance brônquica^{7,10} (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A)
- c) Posicionamento para reduzir o trabalho respiratório e aumentar a expansão pulmonar^{7,10} (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A)
- d) Apoio psico-emocional e gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração da significação da dispneia para a pessoa, doença e expectativa de vida^{7, 10,11} (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A)
- e) Educação para a auto-gestão do regime terapêutico⁷ (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A)
- f) Capacidade para reconhecer a exacerbação de sinais e sintomas que exigem a procura de serviços de saúde¹⁰ (Nível de evidência 3, Grau de recomendação: B)
- g) Referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde: unidade de dor, reabilitação funcional e respiratória, cuidados paliativos, saúde mental e psiquiátrica^{7,10,12} (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação: A).

6. CONCLUSÃO

A eficácia do regime medicamentoso e/ou controlo de efeitos adversos pode ser potenciada pela utilização, em simultâneo, de técnicas não farmacológicas, que contribuem para a redução da intensidade da dor basal e controlo das exacerbações, aumentam o conforto, bem-estar, reduzem o nível de ansiedade, dor e dispneia, que são resultados sensíveis aos cuidados de

enfermagem (Doran, 2003). Concomitantemente, a manifestação de um sintoma raramente ocorre de forma isolada, pelo que tanto a avaliação, como o tratamento demandam uma abordagem compreensiva e multimodal. Dado que, a combinação de dois ou mais sintomas vivenciados em simultâneo, podem conduzir a níveis elevados de distress, que quando subvalorizados ou subtratados, predispõe ao surgimento do *burden symptoms*. Neste sentido, a literatura recomenda a existência de linhas orientadoras de boa prática para o controlo sintomático, desenvolvidas com base na evidência científica, para uma tomada de decisão mais sustentada, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Coleman *et al.*, 2009; Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014). Paralelamente, a Ordem dos Enfermeiros (2012) reconhece a sua produção como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, neste caso no *setting* do Serviço de Urgência.

Este guia orientador pretende, assim, contribuir para a boa prática de enfermagem no controlo da dor oncológica e dispneia, na pessoa com doença oncológica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bharkta, H. & Marco, C. (2014). Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 46 (4), 456-464.

2. Brant, J.; Beck, S.; Dudley, W.; Cobb, P.; Pepper, G. & Miaskowki, C. (2011). Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31 (1), 67-77
3. Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. et al. (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68.⁴
4. Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in an acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69.¹
5. Cleeland, C. & Sloan, J. (2010). Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 1077-1085.
6. Dale, O.; Moksnes, K. & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects: a systematic review. *Palliative Medicine*, 25 (5), 494-503.²
7. Dong, S.; Butow, P.; Costa, D.; Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1-32.
8. Doran, D. (2003). *Preface*. In Doran, D. (eds). *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
9. Farquhar, M.; Prevost, A.; McCrone, P.; Higginson, I.; Gray, J.; Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.⁷
10. Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Ervik, M.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Forman, D. & Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancerBase*. France: International Agency for Research on Cancer.
11. Fielding, F.; Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 584-591.

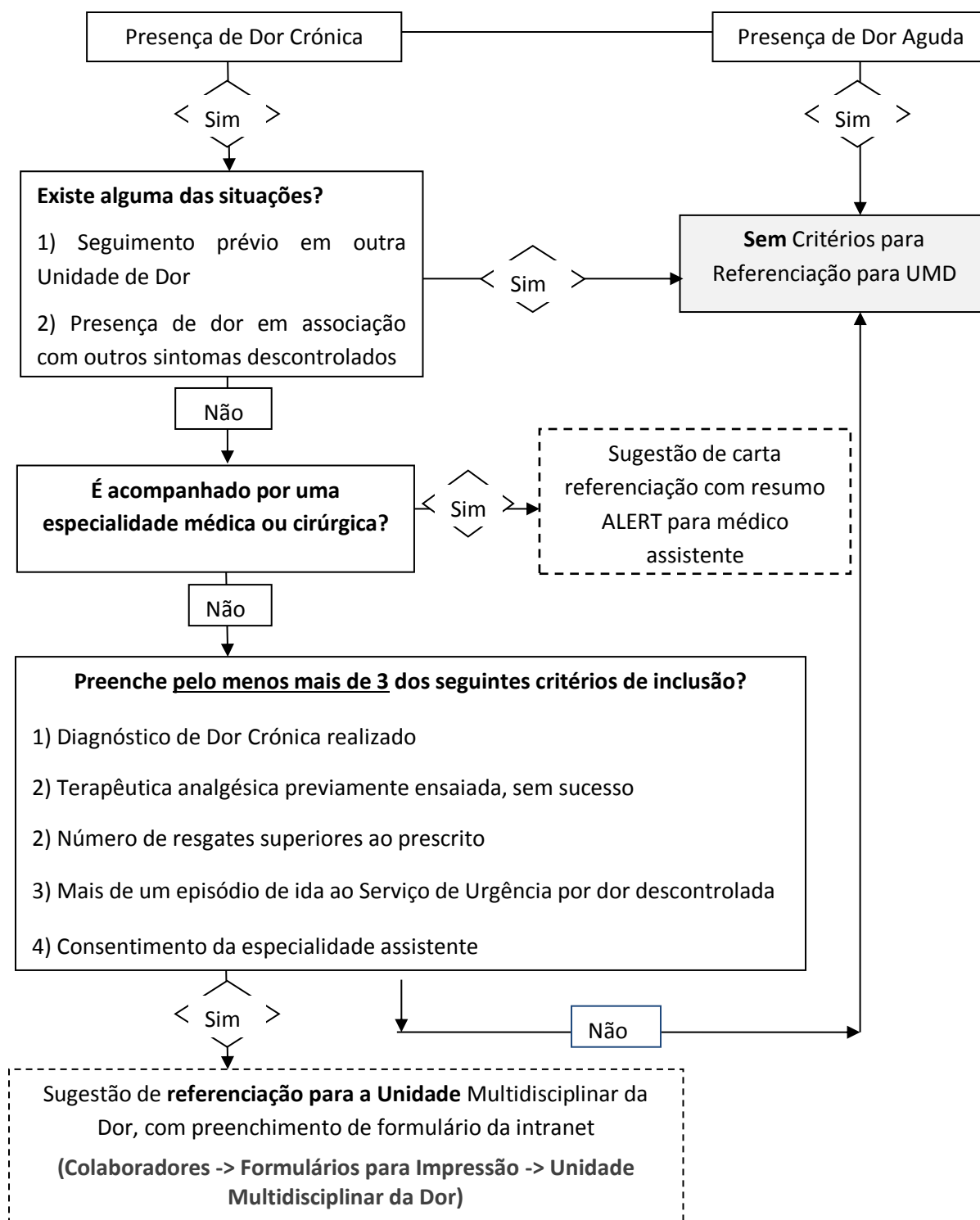
12. Guyatt, G.; Oxman, A.; Vist, G.; et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924-6.
13. Heidenreich, A.; Bastian, P.; Bellmunt, J.; Bolla, M.; Joniau, S.; Mason, M.; Matveev, V. et al. (2013). *Guidelines on prostate cancer*. Netherlands: European Association of Urology.
14. Jarzyana, D.; Jungquist, C.; Pasero, C.; Willens, J.; Nisbet, A.; Oakes, L.; Dempsey, S.; Santangelo, D. & Polomano, R. (2011). American society for pain management nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing*, 12 (3), 118-145.⁶
15. Kim, J.; Dodd, M.; Aouizerat, B.; Jahan, T. & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 715-735.
16. LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12 (7), 989–992.⁸
17. Lindqvist, O.; Lundquist, G.; Dickman, A.; Bukki, J.; Lunder, U.; Hagelin, C.; Rasmussen, B.; Sauter, S.; Tishelman, C. & Furst, C. (2013). Four essential drugs needed for quality care of the dying: a delphi-study based international expert consensus opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (1), 38-43.
18. Massa, E. (2010). *Análise da necessidade de recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa.
19. National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.¹¹
20. National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.¹³
21. Ministério da Saúde. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Orientações Programáticas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

22. Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.¹²
23. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
24. Raymond, V.; Bak, K.; Kiteley, C.; Martelli-Reid, L.; Poling, M.; Cameron, A.; Maddison, G.; Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.¹⁰
25. Richards, C.; Gisondi, M.; Chang, C.; Courtney, M.; Engel, K.; Emanuel, L. & Quest, T. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 757-764.
26. Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzo, E.; Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23, 139-154.⁹
27. Sun, V.; Borneman, T.; Piper, B.; Koczywas, M. & Ferrel, B. (2008). Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *Journal of Cancer Surviv*, 2 (65), 65-71.
28. Vallerand, A.; Musto, S. & Polomano, R. (2011). Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*, 15, 250-262.¹⁴
29. Veiga, A.; Barros, C.; Couto, P. & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Referência*, 10, 47-56.
30. Vignorali, E.; Bennet, M.; Nikolaichuck, C.; Lima, L.; Wenk, R; Ripamonti, C. & Bruera, E. (2012). Strategic pain management: the identification and development of the IAHPIC opioid essential prescription package. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (2), 186-191.
31. Wengström, Y.; Geerling, J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127-131.³
32. World health Organization. (2014). *Global battle against cancer won't be won with treatment alone effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crises*. London: International Agency of Research on Cancer.

33. Yamaguchi, T.; Shima, Y.; Morita, T.; Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *J Clin Oncol*, 43 (9), 896-909.⁵
34. Zeppetella, G. (2010). Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: A systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5) 516–524.¹⁵
35. Zucca, A.; Boyes, A.; Linden, W. & Girgs, A. (2012). All's well that ends well? Quality of life and physical symptoms clusters in long-term cancer survivors across cancer types. *Journal of Pain as Symptom Management*, 43 (4), 720-731.

**Apêndice 10: Fluxograma de referência da dor crónica
descontrolada do Serviço de Urgência para a Unidade
Multidisciplinar da Dor**

Fluxograma de Critérios de Referência do SUC para a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) do CHLN, EPE da pessoa com dor crónica não controlada



➤ **Contactos Telefónicos: 55360; 55556**

- Coordenadora: Dr.ª [REDACTED]

- Enf.ª Chefe [REDACTED]

➤ **Horário de Funcionamento: 8-16h, de segunda a sexta-feira**

Apêndice 11: Sessão de Formação: “Controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência: linhas orientadoras de boa prática”

Apêndice 11.1: Plano de Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO

“Controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica no Serviço de Urgência: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem”

Objetivo Geral: Contribuir para otimização das práticas de enfermagem no controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência

Local: Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, EPE

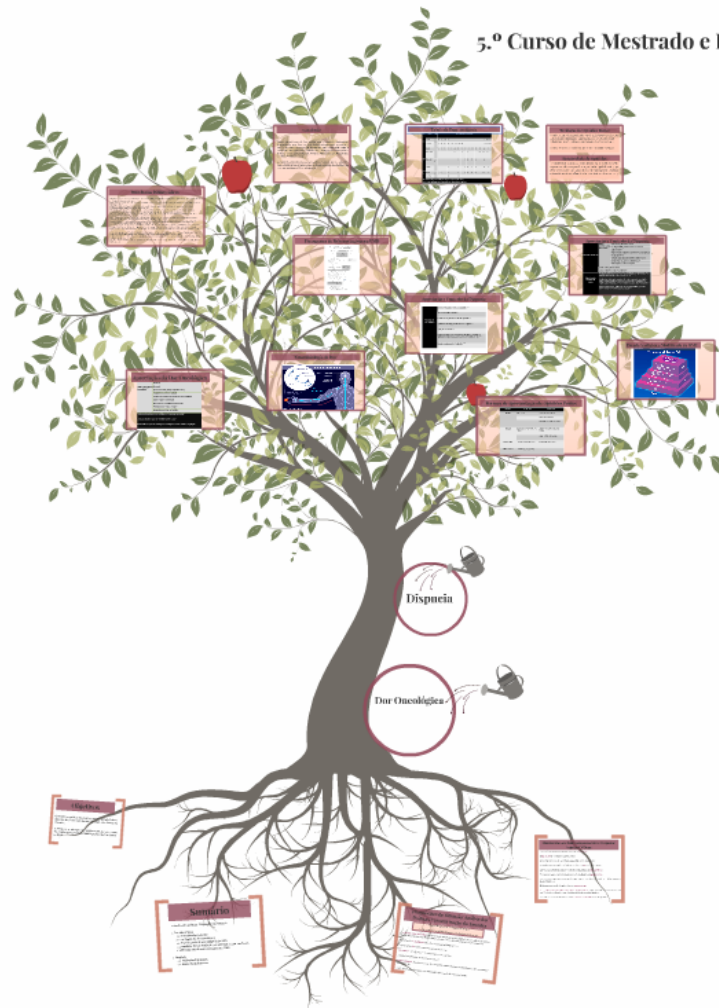
Data: Fevereiro/ 2015

	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Meios e Recursos	Avaliação	Tempo previsto
Introdução	1) Apresentação da problemática 2) Objetivos da sessão de formação 3) Análise das práticas: diagnóstico de situação sobre as práticas no controlo da dor oncológica e dispneia em 29 pessoas assistidas no serviço de urgência	Expositiva	PowerPoint	Diagnóstica	5 min
Desenvolvimento	4) Dor oncológica 4.1. Apreciação da dor oncológica 4.2. Neurofisiologia da dor 4.3. Escada modificada analgésica da OMS 4.4. Opióides fortes: titulação, rotação e equianalgesia 5) Dispneia 5.1. Apreciação da dispneia 5.2. Controlo da dispneia	Expositiva Demonstrativa	PowerPoint	Formativa, avaliada pelas questões	10 min
Conclusão	6) Apresentação do fluxograma de referenciação da pessoa com dor crónica, para a Unidade Multidisciplinar da Dor 7) Síntese da sessão 8) Avaliação da sessão	Expositiva Ativo- participativa	Esquema do fluxograma de referenciação para a unidade Multidisciplinar da Dor Inquérito de satisfação	Formativa, avaliada no feedback obtido, discussão e pontuação obtida no questionário de avaliação	5 min

**Apêndice 11.2: PowerPoint da Apresentação da Sessão de
Formação**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica



Controlo da Dor e Dispneia da Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem

Linhas Orientadoras de Boa Prática

Ana Filipa Ramos

Enf.º Orientador: Carlos Neto
Prof.ª Orientadora: Eunice Sá

Objetivos

- 1) Otimizar as práticas de enfermagem no controlo da dor e dispneia, da pessoa com doença oncológica no Serviço de Urgência;**
- 2) Promover o adequado encaminhamento da pessoa com dor crónica para a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD), no HSM**

Sumário

- 1. Análise das práticas: diagnóstico de situação**
- 2. Dor Oncológica**
 - 2.1. Neurofisiologia da dor**
 - 2.2. Avaliação da dor oncológica**
 - 2.3. Escada analgésica modificada da OMS**
 - 2.4. Opióides fortes: titulação, rotatividade e equi-analgesia**
 - 2.5. Fluxograma de referenciação para UMD**
- 3. Dispneia**
 - 3.1. Avaliação da dispneia**
 - 3.2. Controlo da dispneia**

Diagnóstico de Situação: Análise das Práticas Caracterização da Amostra

Amostra de 29 pessoas em situação oncológica

37,9% de mulheres e 62,% foram homens, com idade média de 62 anos

A **neoplasia gastro-intestinal** revelou-se a mais incidente (20,7%), seguindo-se a neoplasia cerebral, os órgãos anexos gastro-intestinais, pulmão e laringe, dos 10 diferentes tipos de cancro incluídos;

Existência de **mestastização** em 19 das 29 pessoas incluídas (65,5%);

A presença de **dor** ocorre em 22 das 29 pessoas (75,9%);

Intensidade: 9% é ligeira, 45.5% é moderada e 45.5% é severa;

A dispneia manifestou-se em 8 pessoas (27,6%);

Cluster sintomas: 11 pessoas (37,9%) experienciaram outros sintomas em simultâneo, sendo as náuseas o mais frequente

8,6% está sob quimioterapia, 34,5% sob radioterapia e 6,9% sob hormonoterapia.

Monitorização e Intervenção na Dor e Dispneia: Aspetos Críticos

Em 42, 9% as pessoas a intensidade da dor não foi **reavaliada**

O **tipo de dor** não consta nos registos escritos

Alta ou internamento em 23,8% das pessoas ainda com dor moderada

78, 9% da terapêutica analgésica é administrada por via **EV**, 10,5% IM e 5,7% PO;

Em 7 pessoas com dor moderada (5-7) apenas 1 é medicada com **opióides fracos**;

Em 8 pessoas com dor severa (8-10) apenas 2 são medicadas com **opióides fortes**;

Das 8 pessoas que experienciaram dispneia, apenas 2 realizaram morfina e 1 hidrocortisona e broncodilatadores;

Todas as pessoas em fim de vida realizaram **oxigenoterapia**

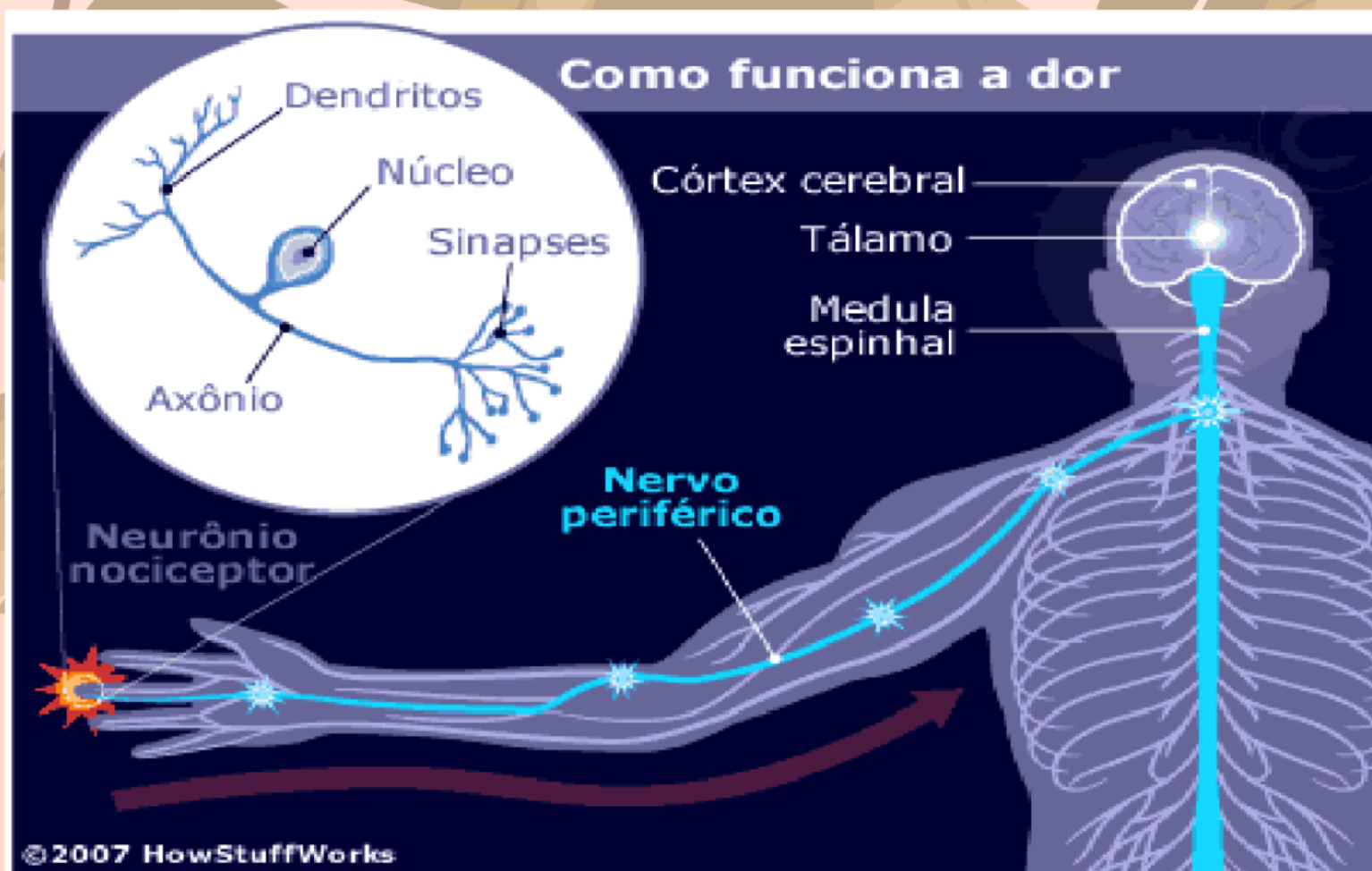
34, 5% das pessoas tem alta sem reajuste medicamentoso, 13,8% necessita de internamento para controlo da dor ou dispneia e 27,6% ficou hospitalizado por outros motivos

Em 22 das pessoas com dor 11 ou não tem **seguimento estruturado** ou não foi apurado

Dor Oncológica



Neurofisiologia da Dor



Apreciação da Dor Oncológica

Avaliar as características da dor oncológica^{3,5,9,13}

Intensidade

Frequência

Tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista),

Localização e/ ou presença de irradiação

Duração da dor e padrão de dor (contínua/ fim de dose/ **irruptiva**)

Factores de alívio e de exacerbação

Resposta ao esquema analgésico atual e de resgate

Existência de outros sintomas associados

Interferência nas atividades de vida diárias

Averiguar a existência de outras co-morbidades e/ ou comportamentos aditivos^{9,13}

Averiguar realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais^{9,13}

Realizar análise compreensiva da etiologia da dor oncológica com achados analíticos e imagiológicos¹³

Escada Analgésica Modificada da OMS

Medscape®

www.medscape.com

Treatment of Cancer Pain



Formas de Apresentação de Opióides Fortes

Opióides	Longa Ação	Rápida Ação
Morfina	MST® 1, 3, 6	Sevredol® SL 10 e 20mg
		Oramorph® 20mg/ml
		Cloridrato de morfina 10mg/ml
Fentanil	Fentanilo TD 12,5; 25; 50; 75 e 100µg	Abstral® SL 100, 200, 300, 600 e 800mg
		Actiq® TM 200, 400 e 600µg
Buprenorfina	Transtec® TD 35; 52,5; 70µg	Buprenorfina SL 2 e 8mg
Hidromorfona	Jurnista 4, 8, 16, 32, 64mg	

Titulação de Opióides Fortes

A titulação quer dos opióides de rápida ou de longa ação deve ser feito com um suplemento (equivalente a 10-15% da dose total habitual) do mesmo fármaco, mas sempre de rápida ação^{4,9}

A titulação pode ser realizada por via oral ou endovenosa^{4,9}

Rotatividade de Opióides

A rotatividade opióides, considerada no step III da WHO, significa a substituição de um por outro opióide forte, que deve ser considerada quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos ^{2,4, 5}

Vias	Fármaco	Unid	Doses Equi-analgésicas de Opióides																	
Oral	Codeína	mg/ dia	60	90	180	210											Tem dose-tecto*			
	Tramadol		25	50	75	100	150	200	300	400								Tem dose-tecto**		
	Morfina		5	10	15	20	30	40	60	80	100	120	160	180	200	240	320			
	Hidromorfona							8		16		24	32		40	48	64			
TD	Buprenorfina	mcg/ h							35		53	70	88	105		140				
	Fentanilo					12,5		25		38	50	63	75		100	125				
EV/ SC	Morfina	mg/ dia		5		10		20		30	40	50	60		80	110				
	Tramadol					100		200												

*Dose máxima: 300mg (codeína isolada) ou 240mg (em associação com paracetamol)

**Dose máxima: 400mg (adulto jovem); 300mg (>75anos); 150mg (desnutrido, caquético)





Dispneia

Apreciação e Controlo da Dispneia

Apreciação da Dispneia	Utilizar o acrónimo O, P, Q, R, S, T, U e V¹⁰	Onset: Começo, frequência e duração
		Provoking/ Palliating: factores de alívio e exacerbação
		Quality: descrição
		Region/ Radiation: existência de associação com outros sintomas
		Severity: intensidade
		Treatment: regime terapêutico, eficácia e efeitos adversos
		Understanding: compreender a etiologia atribuída
	Values: objetivo no controlo da dispneia	
	Avaliar o estado psico-emocional ¹⁰	
	Avaliar a existência de outras co-morbilidades ¹⁰	
Oxigenoterapia e Ventilação Não Invasiva	Na dispneia refractária, não se recomenda a administração de oxigenoterapia, com gasimetria arterial sem hipoxemia ou com SpO ₂ > 90% ^{8,10,11,12}	
	Nas situações de hipoxemia, associada a Hb < 10g/L, doença pulmonar obstrutiva crónica ou hábitos tabágicos exacerbados pode se recorrer à administração de oxigénio, preferencialmente, por óculos nasais até 2L/min, em situações terminais ^{8,10}	
	A utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições severas reversíveis ^{11,12}	

Apreciação e Controlo da Dispneia

Estratégias não farmacológicas

Controlo e dissociação dos tempos respiratórios^{7,10}

Treino da tosse eficaz assistida^{7,10}

Posicionamento para reduzir o trabalho respiratório^{7,10}

Aplicação de frio facial, para estimular o nervo trigémio^{10,12}

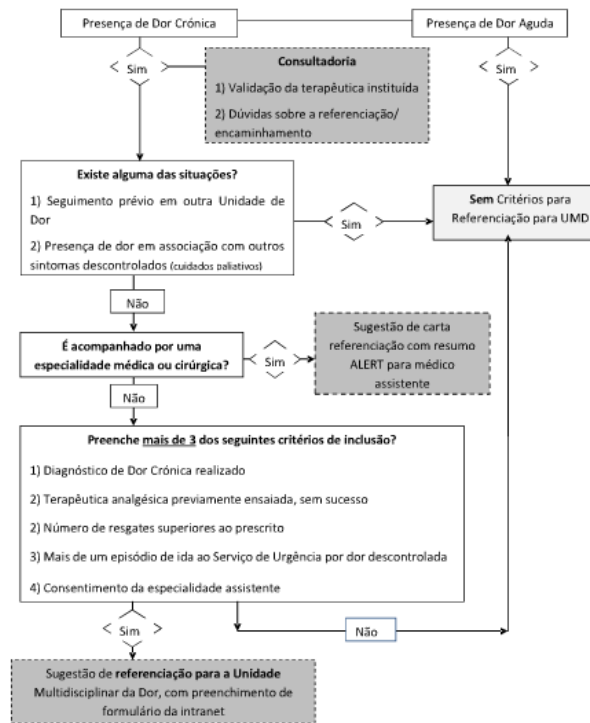
Apoio psico-emocional^{7, 10,11}

Gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração da significação da dispneia para a pessoa, doença e expectativa de vida^{7, 10,11}

Exercícios de relaxamento e visualização^{7,10,11,12}

Fluxograma de Referenciação para UMD

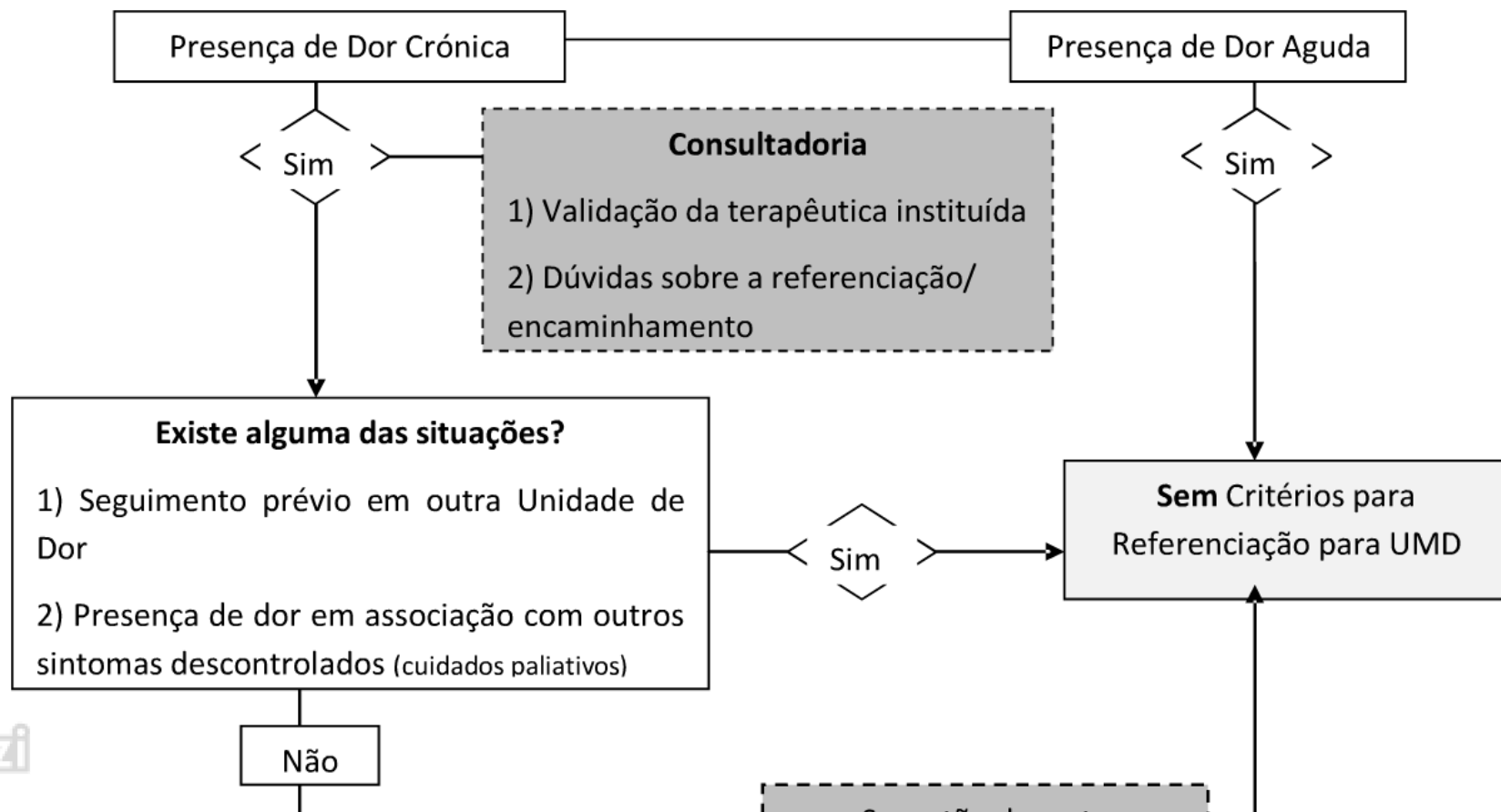
Fluxograma de Critérios de Referenciação do SUC para a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) do CHLN, EPE da pessoa com dor crónica não controlada



- **CONTACTOS TELEFÓNICOS: 55360 - 55556**
 - Dr.ª Teresa Fontinhas (Coordenadora da UMD)
 - Enf.ª Chefe Amélia Matos
- **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 8-16h, de segunda a sexta-feira**

ma de Referenciação

Fluxograma de Critérios de Referenciação do SUC para a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) do CHLN, EPE da pessoa com dor crónica não controlada



Existe alguma das situações?

- 1) Seguimento prévio em outra Unidade de Dor
- 2) Presença de dor em associação com outros sintomas descontrolados (cuidados paliativos)

Não

É acompanhado por uma especialidade médica ou cirúrgica?

Sim

Sugestão de carta
referenciação com resumo
ALERT para médico
assistente

Não

Preenche mais de 3 dos seguintes critérios de inclusão?

- 1) Diagnóstico de Dor Crónica realizado
- 2) Terapêutica analgésica previamente ensaiada, sem sucesso
- 2) Número de resgates superiores ao prescrito
- 3) Mais de um episódio de ida ao Serviço de Urgência por dor descontrolada
- 4) Consentimento da especialidade assistente

Sem Critérios para
Referenciação para UMD

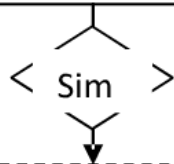
1) Diagnóstico de Dor Crónica realizado

2) Terapêutica analgésica previamente ensaiada, sem sucesso

2) Número de resgates superiores ao prescrito

3) Mais de um episódio de ida ao Serviço de Urgência por dor descontrolada

4) Consentimento da especialidade assistente



Não

Sugestão de **referenciação para a Unidade**
Multidisciplinar da Dor, com preenchimento de
formulário da intranet

➤ **CONTACTOS TELEFÓNICOS: 55360 - 55556**

- *Dr.ª Teresa Fontinhas (Coordenadora da UMD)*

- *Enf.ª Chefe Amélia Matos*

➤ **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 8-16h, de segunda a sexta-feira**

Conclusão

Linhas orientadoras de boa prática para o controlo sintomático, desenvolvidas com base em contributos internacionais, nacionais e locais, permitem uma tomada de decisão mais sustentada, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (Coleman et al., 2009; Vallerand, Musto & Polomano, 2011; Wengström, Geerling & Rustoen, 2014).

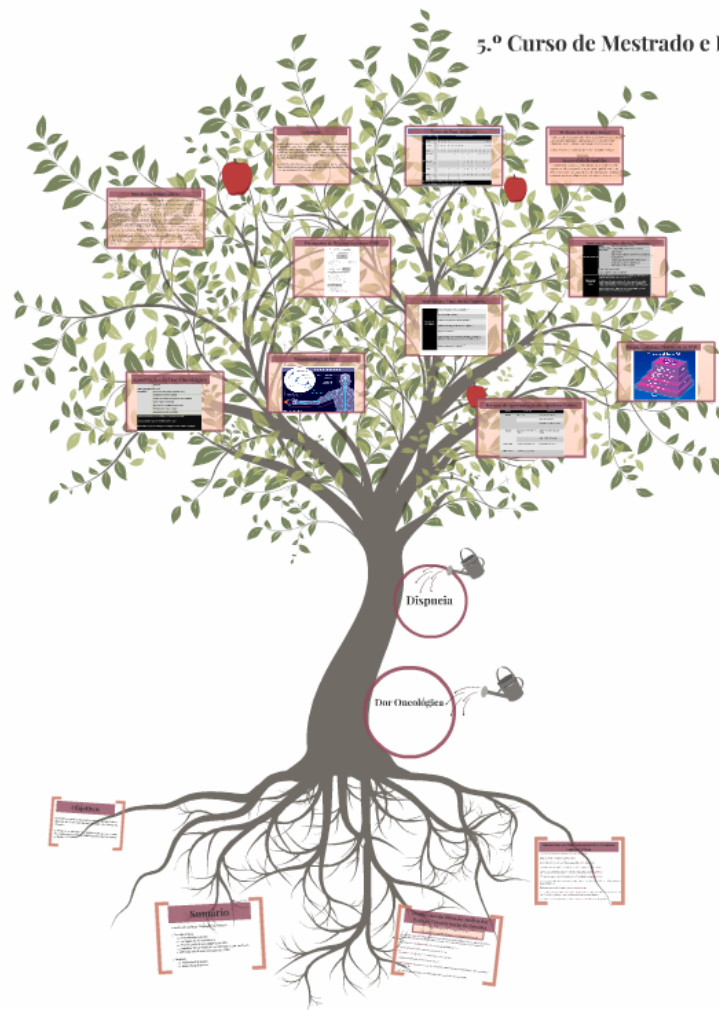
A Ordem dos Enfermeiros (2012) reconhece a sua produção como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Bharkta, H. & Marco, C. (2014). Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 46 (4), 456-464.
- Brant, J.; Beck, S.; Dudley, W.; Cobb, P.; Pepper, G. & Miaskowki, C. (2011). Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31 (1), 67-77
- Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. et al. (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68.4
- Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in an acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69.1
- Cleeland, C. & Sloan, J. (2010). Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 1077-1085.
- Dale, O.; Moksnes, K. & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects: a systematic review. *Palliative Medicine*, 25 (5), 494-503.2
- Dong, S.; Butow, P.; Costa, D.; Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1-32.
- Doran, D. (2003). Preface. In Doran, D. (eds). *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Farquhar, M.; Prevost, A.; McCrone, P.; Higginson, I.; Gray, J.; Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.7
- Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Ervik, M.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Forman, D. & Bray, F. (2013). GLOBOCAN 2012, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancerBase. France: International Agency for Research on Cancer.
- Fielding, F.; Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 584-591.
- Guyatt, G.; Oxman, A.; Vist, G.; et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924-6

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica



Controlo da Dor e Dispneia da Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem

Linhas Orientadoras de Boa Prática

Ana Filipa Ramos

Enf.º Orientador: Carlos Neto
Prof.ª Orientadora: Eunice Sá

**Apêndice 11.3: Questionário de Avaliação da Sessão de
Formação**

Questionário sobre a Sessão de Formação “Controlo da Dor e da Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência”

I. De acordo com a sua opinião, face a sessão que terminou de assistir, pontue, de 1 (inadequado) a 5 (totalmente adequado), cada um dos seguintes itens de avaliação.

	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Bastante adequado	Totalmente adequado
Pertinência da temática	1	2	3	4	5
Conteúdos apresentados	1	2	3	4	5
Tempo da formação	1	2	3	4	5
Metodologia de apresentação	1	2	3	4	5

II. Para analisar a relevância da problemática apresentada no prática de enfermagem, solicite o seu parecer em uma escala dicotómica (sim ou não).

	Sim	Não
Considera que esta formação terá impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem que presta à pessoa com doença oncológica, que experiencia dor ou dispneia?		
Já possuía conhecimentos sobre como fazer titulação, rotatividade e equi-analgesia de opióides?		
Já implementava na sua prática medidas não farmacológicas no controlo da dispneia?		
Considera importante a referenciação de doentes para a Unidade de Dor?		
Considera importante existir um guia de orientação de boas práticas sobre o controlo da dor oncológica e dispneia, no SUC?		

Tem outras sugestões para a implementação deste projeto no serviço. Se sim, indique quais, por favor.

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade

Fevereiro/ 2015

**Apêndice 11.4: Análise estatística da avaliação da Sessão de
Formação**

Análise Estatística sobre a Opinião da Sessão de Formação - “Controlo da Dor e Dispneia da Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem”

Tabela 1: Distribuição da opinião dos enfermeiros face à pertinência da temática exposta na sessão de formação

Pertinência da temática	Frequência	Percentagem (%)
Inadequado	0	0
Pouco Adequado	0	0
Adequado	2	3.1
Bastante Adequado	9	13.8
Totalmente adequado	54	83.1

Tabela 2: Distribuição da opinião dos enfermeiros face aos conteúdos programáticos apresentados na sessão de formação

Conteúdos Apresentados	Frequência	Percentagem (%)
Inadequado	0	0
Pouco Adequado	0	0
Adequado	1	1.5
Bastante Adequado	10	15.4
Totalmente adequado	54	83.1

Tabela 3: Distribuição da opinião dos enfermeiros face ao tempo da sessão de formação

Tempo da Formação	Frequência	Percentagem (%)
Inadequado	1	1.5
Pouco Adequado	2	3.1
Adequado	9	13.8
Bastante Adequado	15	23.1
Totalmente adequado	38	58.5

Tabela 4: Distribuição da opinião dos enfermeiros face à metodologia selecionada para a sessão de formação

Metodologia da Apresentação	Frequência	Percentagem (%)
Inadequado	0	0
Pouco Adequado	0	0
Adequado	3	4.6
Bastante Adequado	20	30.8
Totalmente adequado	42	64.6

Tabela 5: Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre o impacto da sessão de formação na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados

Impacto da Formação na Prática Clínica	Frequência	Percentagem (%)
Sim	65	100
Não	0	0

Tabela 6: Distribuição do conhecimento prévio dos enfermeiros sobre titulação, rotatividade e equi-analgésia de opióides fortes

Existência de conhecimento prévio sobre titulação, rotatividade e equi-analgésia de opióides	Frequência	Percentagem (%)
Sim	26	40
Não	39	60

Tabela 7: Distribuição da utilização prévia de técnicas não farmacológicas no controlo da dispneia, prévias à sessão de formação

Utilização Prévia de Técnicas Não Farmacológicas no Controlo da Dispneia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	47	72.3
Não	18	27.7

Tabela 8: Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre a necessidade de referenciação de pessoas com dor crónica descontrolada para a Unidade de Dor

Referenciação para a Unidade de Dor	Frequência	Percentagem (%)
Sim	64	98.5
Não	1	1.5

Tabela 9: Distribuição da opinião dos enfermeiros face à necessidade de existir um guia orientador de boas práticas no SUC

Existência de um Guia Orientador de Boa Prática	Frequência	Percentagem (%)
Sim	65	100
Não	0	0

Tabela 10: Sugestões dos enfermeiros para a implementação do projeto no SUC

Sugestões para a Implementação do Projeto no SUC
<ul style="list-style-type: none">➤ Disponibilizar tabela de equi-analgésia construída na RSL➤ Tempo de formação mais alargado➤ Disponibilizar informação sobre a problemática via informática➤ Incluir a equipa médica na sensibilização de boas práticas

Apêndice 12: Aplicação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) na análise das práticas pós-sessão de formação, no serviço de urgência

Aplicação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) na análise das práticas pós-sessão de formação, no serviço de urgência

A auditoria das práticas com devolução de feedback tem sido associada à melhoria dos resultados em saúde no controlo sintomático. No que concerne à apreciação da dor, Ista, Dijk e Achterberg (2012) referem que, a formação precedida de monitorização entre 2 semanas a 6 meses promove a adesão a linhas orientadoras, enfatizando um aumento de 24% para 80%. Em estudos qualitativos os enfermeiros consideram a necessidade de aumentar o seu corpo de saberes, capacidades, recursos e obter parecer sobre a sua *performance* em contexto de trabalho, para aumentar a sua eficácia no controlo de sintomas, da pessoa com doença oncológica (Stacey *et al.*, 2014).

Paralelamente, a partir do Modelo da eficácia do papel de enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model) desenvolvido por Irvine *et al.* (1998), realizou-se nova análise das práticas, no serviço de urgência, de 9 a 27 de Março de 2015. A nível da estrutura irá incidir também sobre as condicionantes da pessoa com doença oncológica (tipo de neoplasia, presença de sintomas, realização de quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia e outras co-morbilidades associadas), excluindo as questões referentes ao enfermeiro (experiência, conhecimentos, competência), bem como os organizacionais (carga de trabalho, funcionamento da equipa multidisciplinar). No que se reporta ao processo, analisa-se as intervenções autónomas do enfermeiro (medidas não farmacológicas, avaliação e monitorização da dor e dispneia) e as interdependentes (medidas farmacológicas). No que concerne aos resultados, analisou-se a eficácia do controlo sintomático (intensidade de sintomas e a necessidade de internamento por descontrolo sintomático).

A sua consecução realizou-se 2 semanas após as 4 sessões de formação dirigidas aos enfermeiros, como a pesquisa bibliográfica recomenda (Ista, Dijk & Achterberg, 2012), com a finalidade de analisar o contributo do dispositivo formativo desenvolvido para a otimização das práticas no controlo da dor e dispneia. A amostra foi, mais uma vez, não probabilística intencional, no mesmo Serviço de Urgência em um Hospital da área de influência Lisboa e Vale do Tejo, com recurso ao sistema informático ALERT[®] e tratamento de dados através do IBM SPSS 19 (Marôco, 2010).

Caracterização da amostra. A amostra foi composta por 27 pessoas com doença oncológica, das quais 44,4% mulheres e 55,6% homens, com idade média de 60 anos anos (Apêndice 12.1: Tabela 1). A neoplasia gastro-intestinal revelou-se a mais incidente (26%), seguindo-se neoplasia do pulmão (22,2%), cerebral (18,5%), prostática (11,1%), órgãos anexos gastro-intestinais, laringe, bexiga, mama e ovário, contabilizando-se 10 diferentes tipos de neoplasias incluídas (Apêndice 12.1: Tabela 2). A existência de mestastização verificou-se em 18 das 27 pessoas incluídas (66,7%) (Apêndice 12.1: Tabela 3). A metastização óssea, hepática, peritoneal e combinada: hepática e pulmonar foi a mais frequente (Apêndice 12.1: Tabela 4). A presença de dor ocorreu em 22 das 27 pessoas (81,5%) (Apêndice 12.1: Tabela 5), com localização abdominal mais prevalente (54,6%) (Apêndice 12.1: Tabela 6). Relativamente à intensidade, em 9,1% era ligeira, 36,4% moderada e em 54,5% severa (Apêndice 12.1: Tabela 7). A dispneia manifestou-se em 7 pessoas (25,9%) (Apêndice 12.1: Tabela 8). No que concerne ao *cluster* sintomas, 17 pessoas (63%) experienciaram outros sintomas em simultâneo, sendo as náuseas e vômitos os mais frequentes (Apêndice 12.1: Tabela 9) e em 2 dos participantes a dispneia ocorreu em concomitância com a dor. Das 27 pessoas com doença oncológica, 63% estava sob quimioterapia, 29,6% sob radioterapia e 14,8% sob hormonoterapia (Apêndice 12.1: Tabela 10, 11 e 12).

Apreciação e controlo da dor oncológica. A intensidade e localização da dor é em todos os casos alvo de avaliação, todavia o tipo, duração, frequência, factores de alívio, exacerbação e impacto da dor constou apenas em 9 dos 22 nos registos escritos (40,9%) e em 27,3% das pessoas a intensidade da dor não foi reavaliada, ao invés da anterior taxa percentual de 45,5 (Apêndice 12.1: Tabela 13). Existiu uma redução da terapêutica analgésica administrada por via endovenosa de 78,9% para 52,3%, e de 10,5% para 4,8% na via intra-muscular. A via oral foi mais utilizada, com 19%, bem como se verificou a introdução de outras vias não invasivas: transmucosa (14,3%) e transdérmica (4,8%). (Apêndice 12.1: Tabela 14). Em 8 pessoas com dor moderada (4-7) já foram 6 medicadas com opióides fracos e em 12 das pessoas com dor severa (8-10) 8 foram medicadas com opióides fortes e 2 com opióides fracos (Apêndice 12.1: Tabela 15).

Apreciação e controlo da dispneia. Das 7 pessoas que experienciaram dispneia (Apêndice 12.1: Tabela 16) verifica-se a implementação de uma abordagem

multimodal, com inclusão de corticóides, broncodilatadores, diuréticos, benzodiazepinas e opióides fortes, todavia na pessoa em fim de vida continua a predominar a administração de oxigenoterapia a alto débito, sem sinais de hipoxemia acentuada. As medidas não farmacológicas verificam-se na observação não participante no serviço de urgência, todavia nos registos escritos somente surgem 2 menções a apoio psico-emocional e 4 ao posicionamento da pessoa com doença oncológica.

Continuidade de Cuidados: Em 26% das pessoas tem alta sem reajuste medicamentoso, 14,8% necessita de internamento para controlo da dor ou dispneia, 29,6% ficaram hospitalizadas por outros motivos e 7,4% das pessoas foram referenciadas para a Unidade Multidisciplinar da Dor (Apêndice 12.1: Tabela 17). Em 29,6% dos casos não se avaliou se existe ou não seguimento em ambulatório e 14,9% não possui um seguimento estruturado, o que perfaz um total de 44,5 (Apêndice 12.1: Tabela 19), bem como a terapêutica habitual foi desvalorizada persistentemente nos registos escritos, o que justifica a necessidade de continuar e refirmar este projeto, no presente contexto de trabalho.

Referências Bibliográficas

Ista, E.; Dijk, M. & Achterberg, T. (2012). Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospitals? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 552–568

Stacey, D.; Carley, M.; Ballantyne, B.; Skrutkowski, M. & Whynot, A. (2014). Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-10.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: ReportNumber, Lda.

**Apêndice 12.1: Análise Estatística das Práticas Pós-Sessão
de Formação**

Análise Estatística das Práticas Pós-Sessão de Formação

Tabela 1: Distribuição do sexo das pessoas com doença oncológica

Sexo	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	12	44,4
Masculino	15	55,6
Total	27	100,0

Tabela 2: Distribuição do tipo de neoplasia das pessoas com doença oncológica

Tipo de Neoplasia	Frequência	Percentagem (%)
Neoplasia do Pulmão	6	22,2
Neoplasia Cerebral	5	18,5
Neoplasia da Laringe	1	3,7
Neoplasia do Ovário	1	3,7
Neoplasia Gastro-intestinal	7	26
Neoplasia das Vias Biliares	1	3,7
Neoplasia da Próstata	3	11,1
Carcinoma Hepatocelular	1	3,7
Neoplasia da Bexiga	1	3,7
Neoplasia da Mama	1	3,7
Total	27	100,0

Tabela 3: Distribuição da existência de metastização nas pessoas com doença oncológica

Metastização	Frequência	Percentagem (%)
Sim	18	66,7
Não	9	33,3
Total	27	100,0

Tabela 4: Distribuição dos locais de metastização na pessoa com doença oncológica

Locais de Metastização	Frequência	Percentagem (%)
Metastização Óssea	5	27,7
Metastização Hepática	5	27,7
Metastização Peritoneal	3	16,7
Metastização Hepática e Pulmonar	2	11,1
Metastização Mesentérica e Retroperitoneal	1	5,6
Metastização Peritoneal e Hepática	1	5,6
Metastização Gastro-intestinal	1	5,6
Total	18	100,0

Tabela 5: Distribuição da presença de dor na pessoa com doença oncológica

Presença de Dor	Frequência	Percentagem (%)
Presente	22	81,5
Ausente	5	18,5
Total	27	100,0

Tabela 6: Distribuição da localização da dor na pessoa com doença oncológica

Localização da Dor	Frequência	Percentagem (%)
Cefaleia	5	22,7
Dor abdominal	12	54,6
Lombalgia	5	22,7
Total	22	100,0

Tabela 7: Distribuição da intensidade da dor nas pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor	Frequência	Percentagem (%)
Ligeira (1-4)	2	9,1
Moderada (5-7)	8	36,4
Severa (8-10)	12	54,5
Total	22	100,0

Tabela 8: Distribuição da presença de dispneia nas pessoas com doença oncológica

Presença de Dispneia	Frequência	Percentagem (%)
Presente	7	25,9
Ausente	20	74,1
Total	27	100,0

Tabela 9: Distribuição de outros sintomas experienciados nas pessoas com doença oncológica

Outros Sintomas	Frequência	Percentagem (%)
Tosse	2	11,8
Náuseas	4	23,5
Astenia	1	5,9
Obstipação	2	11,8
Prostração	3	17,6
Vômitos	4	23,5
Delirium	1	5,9
Total	17	100,0

Tabela 10: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob quimioterapia

Quimioterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	17	63
Não	10	37
Total	27	100,0

Tabela 11: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob radioterapia

Radioterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	8	29,6
Não	19	70,4
Total	27	100,0

Tabela 12: Distribuição do n.º de pessoas com doença oncológica sob hormonoterapia

Hormonoterapia	Frequência	Percentagem (%)
Sim	4	14,8
Não	23	85,2
Total	29	100,0

Tabela 13: Distribuição da intensidade da dor na alta das pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor na Alta	Frequência	Percentagem (%)
Ligeira (1-4)	11	50
Moderada (5-7)	5	22,7
Não avaliada	6	27,3
Total	22	100,0

Tabela 14: Distribuição da via de administração de fármacos nas pessoas com dor oncológica

Via de Administração	Frequência	Percentagem (%)
Endovenosa	11	52,3
Intra-muscular	1	4,8
Oral	4	19
Transmucosa	3	14,3
Transdérmica	1	4,8
Intramuscular, oral e endovenosa	1	4,8
Total	21	100,0

Tabela 15: Distribuição do tipo de opióides pela intensidade da dor das pessoas com doença oncológica

Intensidade da Dor	Tipo de Opióides			Total
	Opióides ligeiros	Opióides fortes	Opióides ligeiros com outros analgésicos	
Moderada (5-7)	5	0	1	8
Severa (8-10)	1	8	1	12
Total	7	8	2	20

Tabela 16: Distribuição dos fármacos administrados nas 7 pessoas com dispneia, com doença oncológica

Fármacos Administrados	Frequência
Hidrocortisona e Broncodilatadores	6
Diuréticos	4
Benzodiazepinas	1
Opóides fortes	5
Total	16

Tabela 17: Distribuição do plano pós-alta das pessoas com doença oncológica

Plano Pós-Alta	Frequência	Percentagem (%)
Encaminhamento para UMD	2	7,4
Alta medicada sem reajuste terapêutico	7	26
Internamento para controlo sintomático	4	14,8
Internamento por outra etiologia	8	29,6
Alta com reajuste terapêutico	5	18,5
Perda de Vida	1	3,7
Total	27	100,0

Tabela 19: Distribuição do tipo de acompanhamento em ambulatório das pessoas com doença oncológica

Tipo de Acompanhamento	Frequência	Porcentagem (%)
Consulta Oncologia Médica	10	37
Cuidados Paliativos	1	3,7
Sem seguimento estruturado	4	14,9
Não consta	8	29,6
Otorrinolaringologista	1	3,7
Neuro-Oncologia	3	11,1
Total	27	100,0

**Apêndice 13. Tabela de equi-analgésia disponibilizada no
Serviço de Urgência**

Tabela de equi-analgésia de Opióides

Vias	Fármaco	Unid	Doses Equi-analgésicas de Opióides																
Oral	Codeína	mg/ dia	60	90	180	210											Tem dose-tecto*		
	Tramadol		25	50	75	100	150	200	300	400							Tem dose-tecto**		
	Morfina		5	10	15	20	30	40	60	80	100	120	160	180	200	240	320		
	Hidromorfona						8		16		24	32		40	48	64			
TD	Buprenorfina	mcg/ h					35		53	70	88	105		140					
	Fentanilo					12,5		25		38	50	63	75		100	125			
EV/ SC	Morfina	mg/ dia			5		10		20		30	40	50	60		80	110		
	Tramadol					100		200											

*Dose máxima: 300mg (codeína isolada) ou 240mg (em associação com paracetamol)
 **Dose máxima: 400mg (adulto jovem); 300mg (>75anos); 150mg (desnutrido, caquético)

Referências bibliográficas: Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. et al. (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68. / Choi, M.; Kim, H.; Chung, S.; Ahn, M.; Yoo, J.; Park, O.; Woo, S.; Kim, S.; Kim, S. & Geum, E. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in a acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 60-69. / Fielding, F.; Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 584-591. / National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network. / Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzo, E.; Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23, 139-154. / Ritto, C.; Rocha, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R. & Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal. / Yamaguchi, T.; Shima, Y.; Morita, T.; Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *J Clin Oncol*, 43 (9), 896-909.

ANEXOS

**Anexo 1: Pedido de autorização para utilização dos dados do
programa ALERT®**

Ex. Sr.º Enf.º Chefe [REDACTED]
[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para utilização dos dados do programa *ALERT*® no Serviço de Urgência Central, [REDACTED]
[REDACTED]

Exmº. Sr .Enf.º [REDACTED]

Eu, Ana Filipa Nunes Ramos, enfermeira (N.º mecanográfico [REDACTED]), a exercer funções no Serviço de Urgência Central (SUC), do Hospital [REDACTED], a frequentar o 5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto na área do controlo da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica: resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, sob a orientação tutorial da Sr.ª Prof.ª Isabel Félix, em primeira instância e agora da Sr.ª Profª Eunice Sá. Venho por este meio solicitar autorização para aceder a dados informáticos, com o intuito de realizar um diagnóstico de situação sobre as práticas de enfermagem neste âmbito.

Paralelamente, responsabilizo-me pelo cumprimento de todos os procedimentos éticos, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados.

Lisboa, [REDACTED]

Anexo 2: Registos da Avaliação do Estágio com Relatório

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Unidade de Cuidados Intensivos e Integridades [Redacted]

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enfermeira Ana Filipa Ramos conseguiu um desempenho muito positivo no decorrer do estágio clínico, adquirindo competências especializadas no cuidar do doente oncológico com dor e dispneia na UCI. Integrou-se muito bem na equipa multidisciplinar. Possui conhecimentos teórico-práticos científicos, atualizados. Disputa de forma crítica sobre o seu desempenho, corrige e evolui mostrando grande sensibilidade e respeito pelo doente e família que cuida.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data:
24/10/2014

Data:

Ana Filipa Ramos

[Redacted]

assinatura

Ana Ramos

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Clinica de Dor

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna elaborou e entregou, logo no início do estágio, um projecto de intervenções extremamente bem fundamentado do ponto de vista de revisão bibliográfica actualizada.

Durante o estágio demonstrou integrar-se plenamente no seio da equipa de saúde, destacando-se pelo rigor e qualidade com que desempenhou sempre as suas funções, cada vez de forma mais autónoma e na relação com o doente.

Demonstrou flexibilidade e criatividade para agir oportunamente em situações inesperadas.

Por este percurso proponho a avaliação de Excelente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: 21/11/2014

Data:

Estudante

Ária Filipa Nunes Ramos

Assinatura

Ária Ramos

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Durante o seu estágio a Sra. Enf. Ana Filipa Romo desenvolveu várias actividades que promoveram o alcance dos objectivos que se propôs, nomeadamente integrou actividades de planeamento e organização da equipa, assistiu a consultas médicas no ambulatório e no internato e a técnicas específicas e complementares para o controlo da dor. Realizou consulta de enfermagem presencial e sem presença do doente (telefone) demonstrando conhecimento e práticas que possibilitam a resolução de problemas de elevada complexidade. A nível das relações humanas demonstrou boas relações profissionais integradas no grupo e favorecendo um bom ambiente de trabalho. Revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. (1)

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: Orientadores

Data: Estudante

Ana Filipa Nunes Romo

Ana Romo

notas (1) Revela, quanto à responsabilidade profissional, ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade, pelo que a menção qualitativa atribuída é de Muito Bom.



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna identificou-se de forma consciente e objectiva as situações da sua particular interesse na sua prática profissional, demonstrando sempre consciência crítica e capacidade de trabalho em equipa.

De acordo com as competências e comportamentos a desenvolver definidos pela escola, a aluna mostrou

USFF

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: _____

Data: _____

→ de forma contínua e autónoma, excelente conhecimento teórico-prático que contribuirá largamente para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Contribuir ainda, de forma relevante, para a melhoria dos cuidados prestados na SDC e diminuir as despesas com a assistência de 4 sessões de formação: "Controlo de Dor e Dispnéia de Pessoa com Doença Oncológica no Serviço de Urgência: Resultados, Sensíveis os Cuidados de Enfermagem".

Esta formação, pela que foi referida anteriormente as deficiências inicialmente trocadas foram atenuadas, no totalidade, transportando consigo um acréscimo positivo e mais veloz para a própria e o Serviço.