



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro na Gestão da Dor do
Doente Oncológico em Fim de Vida**

Joana Gaspar Simão

Lisboa

2016





Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro na Gestão da Dor do
Doente Oncológico em Fim de Vida**

Joana Gaspar Simão

Orientador: Patrícia Alves

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



À Bárbara, à Rosa e a ti... tia Luísa!

Porque a força da vossa Luz não me permite esquecer-vos...
e essa recordação faz-me acreditar que escolhi o caminho certo!

AGRADECIMENTOS

Permitam-me uma palavra de gratidão a todos os que, de uma forma ou de outra, me apoiaram nesta caminhada....

À minha orientadora, Prof^a. Patrícia Alves, pelo incentivo, disponibilidade e, sobretudo, pelos saberes e conhecimentos que partilhou em benefício do meu crescimento profissional;

Aos vários hospitais e serviços onde me foi permitido realizar estágio, na pessoa dos enfermeiros diretores e enfermeiros-chefe, pela colaboração e estima demonstrada;

Às enfermeiras Catarina Antunes e Olga Ribeiro pela orientação ao longo dos diferentes contextos de estágio, e exemplo profissional revelado;

À enfermeira, Ana Paula Mocho, chefe do serviço onde desempenho funções, pela oportunidade que me concedeu em implementar este projeto, no seio do serviço que me é mais querido;

À minha equipa sem exceção, pela colaboração, apoio incondicional e todo o tempo que penalizaram, de diversas formas, em benefício do sucesso deste percurso;

Aos enfermeiros Luís Bernardo, Tiago Beato, David Leal e Dra. Ana Sá, pela ousadia em adotar este projeto, na colaboração e disponibilidade infinita para o tornar num ponto de partida para a verdadeira humanização dos cuidados;

A todos os doentes e suas famílias que ao longo desta caminhada contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, pela partilha de experiências e a oportunidade no seu acompanhamento;

À minha família, por acreditarem em mim com todo o seu amor incondicional, dando-me ânimo e coragem mesmo nos momentos mais difíceis desta caminhada;

Aos meus amigos, pelo afeto e compreensão infinita nas horas em que não pude estar;

A Deus, pela força que me concedeu ao longo deste percurso;

A todos vocês e a outros tantos que foram dando o seu contributo....

O meu sincero Bem-haja!

ABREVIATURAS e SIGLAS

IASP – International Association for the Study of Pain

EFIC - European Federation of Chapters of the IASP

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

DGS – Direção Geral de Saúde

WHO – World Health Organization

EAPC – European Association for Palliative Care

EONS – European Oncology Nursing Society

ONS – Oncology Nursing Society

SECPAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAINAD – Pain Assessement in Advanced Dementia

DOLOPLUS – Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UD – Unidade de Dor

IEM – Internamento de Especialidades Médicas

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

AINE'S – Anti-inflamatórios não esteróides

QT – Quimioterapia

RT- Radioterapia

EV - Endovenoso

SC - Subcutâneo

IM - Intramuscular

TD - Transdérmico

EAN – Escala de avaliação numérica

EQ – Escala Qualitativa

RESUMO

Este relatório integra a reflexão crítica, com base na evidência científica, do percurso de estágio desenvolvido, pretendendo refletir as competências desenvolvidas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente Enfermagem Oncológica, bem como, os contributos para a melhoria dos cuidados no âmbito da gestão da dor do doente oncológico em fim de vida.

Adotou-se como ferramenta inicial delineadora deste percurso a metodologia de projeto. O problema identificado foca a intervenção de enfermagem na gestão da dor do doente oncológico em fim de vida. Assim, foram selecionados dois campos de estágio, promotores de experiências e habilidades científico-técnico-relacional, no âmbito do problema identificado, capazes de me capacitarem para a materialização do projeto no contexto real do serviço onde exerço a minha prática profissional. Desta forma, o primeiro estágio foi desenvolvido numa UCP, de onde se destaca a observação, análise e reflexão de todo o processo subjacente à gestão da dor do doente oncológico em fim de vida, articulando a experiência real com a evidência científica. No segundo campo de estágio, desenvolvido numa UD, especializada na doença oncológica, destaca-se o processo de esquematização da intervenção do enfermeiro na gestão da dor destes doentes, enquanto elemento fundamental da equipa multidisciplinar, numa perspetiva de encontro com as orientações de boa prática. Por fim, no serviço de IEM onde trabalho, apliquei os conhecimentos anteriormente adquiridos, capacitando a equipa e criando condições para a uniformização da intervenção de enfermagem, de forma a contribuir para a efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Todo este trajeto foi ancorado na teoria do conforto de Katherine Kolcaba. No desenrolar deste percurso, desenvolvi competências importantes, sobretudo, no domínio do papel profissional, da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade, patentes no referencial de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na pessoa em situação crónica e paliativa da OE, bem como, das competências da EAPC e ONS, na especificidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa em contexto paliativo e oncológico, respetivamente. Este caminho transcendeu o compromisso académico e permitiu fomentar mudanças importantes no meu “eu profissional” e na realidade do meu contexto de trabalho.

Palavras-chave: Fim de vida, Cancro, Dor, Conforto, Intervenção de enfermagem

ABSTRACT:

This report contains critical reflection of my internship, based on scientific evidence, with the objective of reflecting the nursing specialist skills in Medical-Surgical Nursing Oncologic, to develop and contribute to the improvement of care in the management the pain of cancer patients in end of life.

In this work, I used the design methodology as a guiding tool. The selection of the problem is centered on nursing intervention in the mangement of cancer patient's pain at the end of life. So, I selected two internship field, promoters of experiences and scientific-technical and relational skills, related to the identified problem, that enabled me to the materialization of the project, in the context where I exercise my professional practice.

The first stage was developed in a Hospice Care Unit, where I highlight the observation, analysis and reflection of the implicit process to the management of cancer patient's pain at the end of life, articulating the experience with scientific evidence. In the second stage of field, developed a Pain Management Unit (PMU), specialized in oncological disease, focused on the drafting process of the nursing intervention for pain management, meeting the good practice guidelines, seeing the nurse as a key element of the multidisciplinary team. Finally, the service where I work, the previously acquired knowledge were applied, allowing the formation of the nursing team and creating conditions for the standardization of nursing intervention, helping to improve the quality of care.

This route was anchored in the theory of comfort Katherine Kolcaba. In the course of this journey, I developed important skills, particularly in the field of professional role, management of care and continuous quality improvement, present in the framework of common skills of specialist and specific nurse in person in chronic and palliative situation, as well as, the skills of the EAPC and ONS, specific of nursing care to the person in palliative and oncological context.

This way, transcended the academic commitment and promoted important changes in my "professional self" and in my workplace.

Keywords: End of life, Cancer, Pain, Comfort, Nursing intervention

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	21
1.1. Campo de estágio I – Unidade de Cuidados Paliativos	21
1.2. Campo de estágio II - Unidade de Dor	32
1.3. Campo de estágio III - Serviço de Especialidades Médicas	40
2. AVALIAÇÃO	54
3. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

Anexo I – Escada analgésica da WHO

Anexo II – Escala de hetero-avaliação da dor PAINAD

Anexo III – Escala de hetero-avaliação da dor DOLOPLUS

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de levantamento de necessidades de formação dos enfermeiros no IEM

Apêndice II – Análise do questionário de levantamento de necessidades de formação

Apêndice III – Caracterização e pertinência da seleção do 1º campo de estágio (UCP)

Apêndice IV - Referências bibliográficas complementares ao percurso de estágio

Apêndice V – Instrumento de registo de observação

Apêndice VI – Reflexão de evento significativo I (UCP)

Apêndice VII - Análise e reflexão crítica dos dados da observação na UCP

Apêndice VIII - Caracterização e pertinência da seleção do 2º campo de estágio (UD)

Apêndice IX – Algoritmo de apoio à tomada de decisão na gestão da dor do doente em fim de vida

Apêndice X - Clarificação da pertinência e significado da mnemónica “*selfies*”

Apêndice XI – Reflexão de evento significativo II (UD)

Apêndice XII – Reflexão de evento significativo III (UD)

Apêndice XIII – Reflexão de evento significativo IV (UD)

Apêndice XIV- Caracterização e pertinência da seleção do 3º campo de estágio (IEM)

Apêndice XV – Ata I: Grupo de trabalho Cuidados em Fim de Vida

Apêndice XVI - Utilização da escala de avaliação da dor PAINAD, em contexto de cuidados paliativos, em pessoas incapazes de comunicar: fundamentação e pertinência.

Apêndice XVII – Escalas da dor: instrumento físico de apoio à avaliação

Apêndice XVIII – Guia Orientador de boas práticas na gestão da dor do doente em fim de vida

Apêndice XIX – Instrumento de avaliação do Guia Orientador

Apêndice XX – Material e documentos de apoio à formação

Apêndice XXI – Plano de sessão formativa à equipa de enfermagem: “Gestão da dor do doente em fim de vida”

Apêndice XXII – Certificado de presença no II Encontro de Cuidados Paliativos da ULSNA: Cuidados Sem Fim

Apêndice XXIII – Reflexão de evento significativo V (IEM)

Apêndice XXIV – Análise SWOT (antes e após implementação de projeto)

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da ESEL. Este documento pretende ser uma análise crítica e reflexiva do percurso de estágio realizado em três locais distintos, com vista a desenvolver competências de enfermeira especialista¹ em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica contribuindo, desta forma, para a melhoria dos cuidados no serviço onde desempenho funções.

O contato com a realidade dos cuidados é fundamental neste processo de desenvolvimento de competências, permitindo-nos questionar, problematizar e refletir sobre as experiências. Mais do que permitir a aplicação de conhecimentos teóricos, consente a perceção da realidade e a reflexão crítica. É, essencialmente, deste sistema de proximidade que se constrói e aperfeiçoa conhecimento e se alcança o efetivo desenvolvimento pessoal e profissional desejado. Cavaco (2002) relembra que a prática e a reflexão são dois elementos fundamentais na experiência - a prática permite-nos adquirir novos conhecimentos, que devem ser sujeitos a um processo reflexivo profundo sobre o que foi aprendido, como foi aprendido, que dificuldades foram sentidas, que estratégias foram utilizadas, como podem estes conhecimentos ser aplicados em situações futuras, etc. É esta mobilização da prática e da reflexão que transforma o conhecimento adquirido em experiência e permite a verdadeira aquisição de novas competências, justificando a importância e o papel dos estágios no contexto deste percurso académico-profissional realizado.

O planeamento desta trajetória de estágio foi feita utilizando a metodologia de projeto tendo como foco a *Intervenção do Enfermeiro na Gestão da dor do doente oncológico em fim de vida*. Este tema, transversal a todo o percurso de estágio, surge de uma preocupação pessoal e da reflexão que tinha vindo a fazer sobre a prática, bem como do desafio que é colocado diariamente à maioria dos enfermeiros que cuidam de doentes em

¹ “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (OE, 2011:2)

circunstâncias de fim de vida, relativamente à especificidade dos cuidados de enfermagem envolvidos na gestão da sua dor.

Retrato deste problema é a própria equipa de enfermagem na qual estou inserida. Na tentativa de definir áreas de trabalho prioritárias, apliquei um questionário de levantamento de necessidades formativas (apêndice I e II), tendo respondido 91% da totalidade da equipa de enfermagem de cuidados gerais. Dos entrevistados todos referiram necessidade na área do cuidado em fim de vida, sobretudo por reconhecerem limitações nos seus conhecimentos sobre a temática, que se refletem numa dificuldade de gestão das situações de fim de vida – “... é uma área com elevada especificidade e complexidade” (enf^o. B), em que (...) “os enfermeiros ainda não estão preparados para prestar cuidados de qualidade (...) adotando muitas vezes comportamentos inadequados” (enf^o. H). A equipa reconhece, portanto, que o investimento formativo neste âmbito pode revelar-se essencial para alcançar a qualidade dos cuidados ambicionada. Das várias áreas de trabalho dentro da temática do cuidado em fim de vida, 80% dos entrevistados priorizaram a gestão da dor como necessidade principal de formação, indo ao encontro das preocupações mundialmente identificadas.

Em 2004, a WHO alertava já para este problema: “(...) muitos europeus continuam a morrer sofrendo de dores e desconforto desnecessários porque os sistemas de saúde não possuem os serviços e as competências necessárias para proporcionarem os cuidados que os cidadãos necessitam no fim da vida.” Assim, articulei a minha motivação e interesse pessoal a uma necessidade reconhecida e real do meu contexto de trabalho, encontrando na literatura o reforço para trabalhar esta necessidade identificada, pelo impacto que a dor tem na vivência da pessoa com doença oncológica em fim de vida, bem como, pelas consequências adjacentes que o défice de aprendizagens e formação dos enfermeiros neste âmbito, pode ter sobre a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a WHO (2016), o cancro é o crescimento anormal, descontrolado e disseminado de células que pode afetar qualquer parte do corpo e invadir tecidos adjacentes ou metastizar para locais mais distantes. A *International Agency for Research on Cancer* (2014), num estudo para a WHO sobre a evolução da doença, diz-nos que todos os anos estão a ser diagnosticadas cerca de 14 milhões de pessoas com cancro, números que se prevê subir até aos 19 milhões em 2025 e 22 milhões em 2030. O relatório anual da DGS (2016) mostra de forma igual esta tendência de evolução crescente da

incidência do cancro também no que diz respeito ao território português. As representações gráficas desse documento mostram que em 2015 o número de novos casos em Portugal chegou aos 50 000 e que a previsão até 2030 é ultrapassar os 60 000. O número de pessoas afetadas por esta doença é, e continuará a ser, demasiado expressiva apesar de todos os esforços diários e do inevitável avanço científico-tecnológico. Neste sentido, parece ser fundamental a atenção sobre estratégias de intervenção que contemplem as várias etapas da doença, desde a fase inicial de prevenção e rastreio, até ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e intervenção paliativa.

De todas as fases experienciadas na trajetória da doença oncológica, uma das mais temidas e perturbadora é a fase de fim de vida, pela intensidade, complexidade e exigência das suas circunstâncias. Segundo Pereira (2010:20), “esta fase é entendida como a situação de doença em que a pessoa doente apresenta cumulativamente, uma doença grave em estado avançado com sucessiva evolução, sem possibilidade de tratamento curativo, com múltiplos sintomas e necessidades de cariz diverso, em intenso sofrimento e com um prognóstico de vida limitado (...)”. Entende-se, portanto, que o objetivo dos cuidados em fim de vida deve ter por principal objetivo a procura do conforto e minimização do sofrimento. Callahan (citado por Dias, 2012) lembra que as nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas as nossas necessidades de apoio e cuidado diante delas são sempre permanentes, inquietando para a importância e pertinência dos cuidados paliativos.

A APCP (2015) define Cuidados Paliativos como “a resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias.” Estes cuidados são prestados sobre quatro princípios fundamentais: trabalho em equipa, apoio à família, comunicação e controlo de sintomas (Neto, 2006). A dor é, frequentemente, identificada como desgastante e promotora de sofrimento, sobretudo em contexto de fim de vida e, portanto, reconhecida como necessidade fundamental de trabalho, no âmbito do princípio do controlo sintomático, pelas suas características desconcertantes. Este sintoma ocorre com frequência no doente oncológico, atingindo cerca de 50% da totalidade destes doentes, mas podendo atingir uma prevalência entre 70% a 90% quando especificamos circunstâncias de final de vida

(Diniz, 2012), números que consolidam a importância e urgência em trabalhar esta temática.

O conceito de dor tem vindo a ser trabalhado ao longo dos tempos mas a IASP deu um enorme contributo na definição deste fenómeno em 1979, descrevendo-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano (Witte & Stein, 2010). Este fenómeno é assim influenciado por diversos fatores que interferem na sua condição de subjetividade, reforçando assim o conceito de McCaffery (1989, citado por OE, 2008) quando refere que a dor é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe. A dor do doente oncológico é particular, habitualmente com origem em múltiplas causas que se somam e potencializam, e que podem ou não estar diretamente relacionada com o cancro e a sua evolução (Cardoso, 2014). Segundo o mesmo autor, as causas principais são o tumor (60 a 90% dos casos, nomeadamente infiltração local ou metástases), e a terapia antineoplásica (5 a 20%).

Sentir dor não é natural, e o seu alívio é um direito de qualquer pessoa, instituído por uma campanha global da IASP, da EFIC e da WHO em 2004, consolidado com a declaração de Montreal, em 2011, onde o tratamento da dor passou a ser um Direito Humano Fundamental confirmando a pertinência da abordagem destas matérias, exigindo aos profissionais de saúde sensibilização, formação e treino adequados para garantir o seu cumprimento. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), na sequência da elaboração do Plano Nacional contra a Dor de 2001, classificou a dor como quinto sinal vital, maximizando a importância que a dor tem na saúde e no bem-estar de todo o indivíduo. No novo programa de 2008 voltou a reforçar-se esta necessidade, admitindo-se que o controlo da dor deveria passar a ser uma prioridade na prestação de cuidados de saúde sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados. Neste sentido de procura pela melhoria contínua, visando o “controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto” (OE, 2001), todo o trabalho desenvolvido no domínio do alívio da dor vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela OE. Compreende-se, portanto, que trabalhar sobre esta intenção é fundamental, podendo-se daí prever resultados sensíveis à intervenção de enfermagem – “No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional,

ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado” (OE, 2008).

Em contexto de fim de vida, esta necessidade de humanização, bem-estar e conforto reforça a sua importância, uma vez que a dor se torna num dos sintomas mais temerosos, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa da morte. (Rangel e Teles, 2012). É importante olhar para a dor dos doentes oncológicos em fim de vida, especificamente, num sentido vasto, pela sua natureza multidimensional. Foi desta necessidade que Cecily Saunders, introduziu o conceito de *Dor Total*, constatando que a dor tem, efetivamente, várias dimensões, que podem conduzir a repercussões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. É, segundo Beecher (citado por Diniz, 2012) o mais urgente de todos os sintomas, exigindo um compromisso estreito com o alívio do desconforto e a amenização de fatores de sofrimento, assente numa ideologia multidimensional para lá da visão bio-física, não só de compreensão da dor, mas da forma como interfere na vida da pessoa (e da família), no seu sentimento de controlo e significado próprio, oferecendo meios para que haja o direito de se viver com dignidade.

A gestão da dor é um dos fatores considerado mínimo e indispensável para a qualidade de vida do doente oncológico, porém, vários estudos têm mostrado que a dor continua a ser sub-diagnosticada, (Rodrigues, 2013), sobretudo porque os serviços e os profissionais não estão preparados para trabalhar estes contextos específicos. Porém, esta realidade contrasta com os resultados de vários estudos que concluem que a dor do doente oncológico pode ser completamente aliviada em 80% a 90% dos doentes, e um nível aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos restantes (Thomaz, 2010), maximizando a importância do papel da enfermagem, na sua identificação, avaliação e alívio. No entanto, o seu carácter individual e subjetivo, amplifica o desafio de controlo da dor.

A avaliação da dor destas pessoas é, portanto, difícil, exigindo uma avaliação pormenorizada e uma intervenção multidisciplinar. Infelizmente, não existe ainda, uma forma universal para avaliação da dor. No entanto, várias escalas e instrumentos de medida (de auto ou hetero-avaliação) estão disponíveis e devem ser selecionados e utilizados de acordo com a especificidade de cada pessoa, com a frequência necessária para perceber a evolução do nível da dor. As escalas mais utilizadas na prática clínica são

as de auto-avaliação da dor - escala visual analógica, convertida em escala numérica para efeitos de registo, escala numérica, escala qualitativa ou escala de faces (definidas e aconselhadas na circular normativa n.º9/DGCG de 14/06/2003). Porém, em pessoas com grau significativo de défice cognitivo e/ou alterações da comunicação pode ser difícil a utilização destes instrumentos, pelo que se propõe nestas circunstâncias a utilização de instrumentos de hetero-avaliação. Apesar de se revelarem mais subjetivos, uma vez que a avaliação feita pela pessoa está comprometida e há necessidade de a substituir pela do profissional, continua a ser a estratégia com melhor resposta ao problema. Desse conjunto de instrumentos destacam-se a PAINAD (anexo II) e a DOLOPLUS (anexo III).

Apesar de não existir qualquer escala de avaliação da dor construída a pensar especificamente nas necessidades do doente em fim de vida, de todas as anteriores descritas apenas a de faces pode revelar-se de difícil utilização, uma vez que “pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor” (OE, 2008). A PAINAD ou a DOLOPLUS são, também, escalas sugeridas em doentes com alterações da cognição-comunicação em circunstâncias de fim de vida, dada a similaridade do processo de avaliação (Rodrigues, 2013).

Porém, e como diria o Dr. Carl Van Bayer, avaliar a dor apenas pela sua intensidade seria como descrever a música unicamente pelo seu volume. Assim, esse processo deve ser complementado com uma anamnese pormenorizada que deve incluir: localização, intensidade, qualidade, temporalidade, fatores de agravamento e alívio, significado da dor, sofrimento, medicação utilizada e os seus resultados, e ainda fatores culturais e espirituais (Cardoso, 2014), capazes de clarificar a dor experienciada e minimizar a sua subjetividade.

Nesta recolha de dados deve-se procurar também, e sempre que possível, compreender a forma como a dor descontrolada afeta as vivências diárias da pessoa de uma forma geral, e na satisfação individual de cada uma das suas necessidades humanas. A dor pode conduzir a estados de imobilidade e conseqüente desuso do sistema músculo-esquelético com impacto direto, sobretudo, sobre todas as atividades que implicam mobilidade e movimento. Pode também ser responsável por graves alterações do sono, do apetite e do estado nutricional. (Hennemann-Krause, 2012). A dor confronta a pessoa com a fragilidade e ameaça a sua segurança e autonomia, exigindo frequentemente uma maior dependência de familiares e cuidadores, dada a diminuição na capacidade de

desempenho das suas atividades diárias ou incapacidade para a satisfação das suas necessidades básicas. Tais condições contribuem para o isolamento da família e da sociedade, podendo surgir quadros de ansiedade, depressão, mau humor ou sentimentos de frustração e medo (Hennemann-Krause, 2012). Reconhecer cada uma destas implicações na especificidade da vivência da dor de cada doente, sobretudo quando se trabalha em circunstâncias de fim de vida, permite uma intervenção verdadeiramente holística, onde o foco não se prende apenas ao alívio da queixa em si, mas a toda uma tentativa de readaptação às atividades diárias, ao meio social e à promoção da autonomia.

Entende-se, portanto, que a dor tem muitas faces (Change Pain, 2015), e que a diferenciação de todas estas manifestações permite uma orientação terapêutica mais adequada, uma vez que providencia pistas fundamentais acerca da causa e local de origem da dor. Neste sentido a dor pode ser classificada, sobretudo, como nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva está associada à lesão tecidual que estimula diretamente os recetores da dor, podendo ser somática (emana “da pele, músculos, articulações ossos ou tecido conjuntivo” - Change Pain, 2015) ou visceral (origem nos órgãos internos, vísceras). A neuropática, por outro lado, resulta da lesão das fibras nervosas, conferindo diferentes manifestações dado que ocorre perturbação funcional do nervo (Change Pain, 2015). Por fim, e atendendo à sua identificação temporal, a dor pode ainda ser classificada como aguda (auto-limitada, que surge após uma lesão e tende a desaparecer quando esta é tratada – APED, 2016) ou crónica (persistente no tempo ou recorrente “para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente”, durante pelo menos 3-6 meses – APED, 2016).

É desta avaliação completa e sistemática, que se apresenta como ponto central de todo o processo de gestão de dor, que é possível a seleção e eficácia das estratégias terapêuticas.

As intervenções farmacológicas são o método mais utilizado no controlo da dor, e a planificação da sua administração deve ser feita de acordo com a intensidade do processo doloroso e condição individual da pessoa. Para orientar este processo de planeamento do controlo da dor, a WHO criou a escada analgésica (anexo I). Segundo esse algoritmo, a dor deve ser controlada de acordo com uma escala ascendente de três níveis de potência medicamentosa. Qualquer um destes medicamentos pode, ainda, ser acompanhado de medicação adjuvante, quer pela especificidade de ação em alguns tipo de dor, quer pela

sua indicação no controlo de efeitos adversos dos fármacos primários. Apesar da escala analgésica proposta pela WHO reunir um conjunto de informação essencial orientadora dos processos de gestão de dor, nem sempre é fácil utilizá-la de forma simples ou com resultados rápidos efetivos. É importante que se tenha formação e treino relativamente aos procedimentos. As prescrições e intervenções farmacológicas devem ser cuidadosamente planeadas, não apenas em relação aos fármacos mais adequados, dose, via de administração e intervalos adequados mas, também, aos efeitos e impacto que poderão ter na pessoa e nas suas vivências.

Assim, dada esta complexidade e individualidade do processo de controlo da dor, o envolvimento de várias estratégias em simultâneo pode potenciar o efeito desejado. A OE (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica. As técnicas não farmacológicas não substituem a analgesia farmacológica, porém, são adjuvantes úteis na obtenção ou recuperação do bem-estar da pessoa. Pilatto (2011) definiu estratégias não farmacológicas como ferramentas que utilizam técnicas não invasivas de tratamento para alívio da dor e compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, de baixo custo, fácil aplicação, mínimos efeitos indesejáveis e podendo ser ensinada aos doentes e seus cuidadores. Naturalmente que a seleção da técnica não-farmacológica complementar para gestão da dor deve ter em conta as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (Alves, 2013), onde a filosofia dos cuidados paliativos deve impor-se no sentido do maior alcance de conforto e bem-estar.

Esta tentativa contínua de proporcionar ao doente oncológico em fim de vida com dor, conforto, constitui um desafio aos cuidados especializados. Porém, não há dúvida que a “avaliação específica das necessidades de conforto é necessária e fundamental para uma intervenção de enfermagem holística e abrangente” (Ribeiro e Costa, 2012:156). É portanto desta necessidade de integrar o doente oncológico em fim de vida com dor num modelo de cuidados centrado na humanização, comodidade e serenidade, que ancorei o presente trabalho no referencial teórico de Katherine Kolcaba e sua teoria do conforto.

De acordo com a teórica (Kolcaba, 2003) o doente é o indivíduo, família ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde. O ambiente, por sua vez, está relacionado com os aspetos que rodeiam o doente, que influenciam o conforto e que

podem ser manipulados de forma a alcançar o conforto desejado. A saúde, foi definida como o melhor funcionamento possível do doente, facilitado pelo alcance do conforto. Por fim, definiu ainda o papel do enfermeiro como a intervenção intencional de confortar as necessidades do doente, permitida pela implementação de estratégias de conforto, de acordo com as necessidades identificadas, e respetiva reavaliação posterior do nível de conforto.

Estas necessidades resultam de estímulos promotores de stress, tornando-se fundamental identificar quais as necessidades e quais as intervenções a implementar, atendendo às experiências passadas, idade, postura, estado emocional e prognóstico do doente, de forma a surgirem estímulos positivos que permitam o aumento do conforto (Nicolau, 2013). Neste sentido, a intervenção do enfermeiro visa diminuir os fatores negativos, aumentando os positivos, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa e aumentar o conforto.

O conforto apresenta-se, desta forma, nos cuidados de enfermagem, associado à satisfação das necessidades básicas humanas de alívio (satisfação de uma necessidade específica), tranquilidade (estado de calma, satisfação ou contentamento) e transcendência (estado que suplanta os seus problemas ou sofrimento), podendo ser experimentado em quatro contextos diferentes – físico (relativo às sensações do corpo), psico-espirituais (relativa à consciência interna de si próprio), ambiental (relativo ao meio e às condições/influências externas) e social (relativo às relações interpessoais, familiares e sociais) (Dowd, 2004). Quando pelo menos uma das três dimensões do conforto ou um dos quatro contextos envolvidos não está equilibrado, ou não é respeitado, a pessoa pode não estar no seu mais elevado nível de conforto. Assim, o conforto é, no fundo, um estado holístico, um resultado desejado e essencial à vivência humana, que resulta das intervenções de enfermagem individualizadas e centradas no doente, capazes de permitir a minimização ou a eliminação do sofrimento² (Kolcaba, 2003). Tal fenómeno é considerado como um resultado positivo, dinâmico e multifacetado para o processo de enfermagem, sendo valorizado e relacionado com o resultado das boas práticas dos cuidados (Kolcaba, 2003).

² Sensação psíquica associada a um sentimento de perda, por vezes percebida e interpretada como dor. (Viana, 2014).

Na especificidade do doente em fim de vida, Kolcaba (2003) potencia a relevância da promoção do conforto, referindo ser fundamental que os profissionais, familiares e doentes compreendam a sua importância. É essencial que o plano de cuidados elaborado seja pensado de forma integrativa e centrado na pessoa, conduzido no sentido da promoção do conforto máximo possível. No fundo, a proposta de Kolcaba com a sua teoria, não é mais do que repensar os cuidados de enfermagem no sentido da sua missão tradicional, conduzindo a disciplina de volta às suas raízes, centrada numa prática de atenção às necessidades de conforto como primeira e última consideração da enfermagem (Dowd, 2004). Assim, e segundo a mesma autora, ao estudar a natureza do conforto holístico, Kolcaba definiu 4 princípios associados à sua conceptualização: “o conforto é geralmente próprio de uma condição; o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo; qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo; e o conforto total é maior do que a soma das partes” (Dowd, 2004:484).

A presença de dor é, habitualmente, associada a desconforto. Evans & Hallett realizaram um estudo para clarificação do conceito de conforto, onde foi descrito pelos participantes não só como um sentimento de paz, tranquilidade, calma, relaxamento, liberdade física e mental, mas evocando também o alívio da dor como parte integrante e fundamental da sua conceção (Nicolau, 2013). A natureza multidimensional da dor, sobretudo em circunstâncias de fim de vida contribui para a sua condição desconcertante, interferindo com o estado de conforto da pessoa em qualquer das dimensões e contextos descritos por Kolcaba. A própria filosofia dos cuidados paliativos é, por si só, uma abordagem com sustentação na procura do conforto maior, pela forma como se compromete a promover a vida com qualidade, minimizando experiências de sofrimento (Figueiredo, 2007), de onde a gestão da dor se destaca como foco de intervenção de enfermagem.

Melhorar níveis de conforto leva a que as pessoas adotem comportamentos de procura de saúde que incluem condutas internas (como a recuperação da função orgânica), externas (como a adoção de estilos de vida saudável) ou a morte pacífica (Dowd, 2004). Este é um processo onde se verifica reciprocidade, uma vez que o conforto gera comportamentos de procura de saúde e vice-versa. (Nicolau, 2013). O doente quando confortado envolve-se, portanto, no seu processo de cuidar. Porém, também a família e

os enfermeiros envolvidos encontram resultados positivos na operacionalização desta teoria, permitindo um processo de luto mais suavizado com o entendimento e aceitação da condição do doente por parte da família, e a satisfação do enfermeiro com a sua prática, rompendo com a ideologia do “não há mais nada a fazer”, assumindo a eficácia e o benefício da sua intervenção.

Assim, faz sentido que a orientação dos cuidados ao doente em fim de vida com a dor descontrolada, seja direcionada para a promoção de estratégias de alívio da dor, tendo em conta as características do sintoma, bem como a "multiplicidade, interdependência e hierarquia das necessidades de conforto dinamicamente percebidas pela pessoa, em cada momento" (Oliveira,2008, citado por Nicolau, 2013), de forma a minimizar a dor tanto quanto possível, no sentido da promoção do maior conforto alcançável, como resultado último desejado.

Posto isto, e de forma a desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica, atendendo à temática selecionada, escolhi três campos de estágio capazes de oferecer experiências enriquecedoras no contexto do projeto – uma UCP, uma UD e o Serviço de IEM onde exerço funções.

As competências desenvolvidas e que apresentarei ao longo do relatório assentam nas competências de cuidados gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem para a pessoa em situação crónica e paliativa definidas pela OE, bem como, nas competências preconizadas pela EAPC e ONS, para a especificidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa em contexto paliativo e oncológico, respetivamente.

O presente relatório tem, portanto, como objetivo a apresentação das tarefas desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, analisando-as de forma crítica, com base na evidência científica e utilizando o referencial teórico de enfermagem selecionado. Além disso, pretende expor os resultados obtidos, bem como apresentar as competências que desenvolvi durante o percurso, perspetivando oportunidades futuras.

Estruturalmente, o presente relatório inicia-se com a exposição das tarefas desenvolvidas, onde se descreve todo o percurso da execução do projeto desde a conceção até à sua implementação, explorando e discutindo com detalhe cada uma das tarefas realizadas e resultados associados. Segue-se, conseqüentemente, a fase de avaliação do

projeto, onde se analisam fraquezas, potencialidades e contributos do percurso, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por último, surge a conclusão do relatório, onde se expõem as considerações finais da trajetória, englobando sugestões para a continuidade do trabalho desenvolvido e ambições futuras. Em anexo, estão reunidos todos os documentos pertinentes ao entendimento do presente relatório.

1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

De forma a desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica, selecionei a metodologia de Projeto, delineando um estágio dividido por três campos distintos: uma UCP, uma UD e o serviço de IEM onde trabalho. Durante este período tive oportunidade de realizar diferentes atividades, nomeadamente, pesquisa bibliográfica, observação da prática, prestação de cuidados, reflexão na e sobre a ação individualizada e com os pares, reflexão escrita sobre eventos significativos utilizando o ciclo de Gibbs, formação à equipa, construção de documentos de apoio à observação da prática e orientadores da prática de enfermagem.

Em cada um dos sub-capítulos seguintes descreve-se o percurso realizado por campo de estágio, onde farei uma caracterização breve do serviço e apresentarei os objetivos de acordo com o diagnóstico de situação levantado, analisando cada uma das tarefas realizadas de forma crítica e utilizando a evidência científica, mostrando resultados obtidos e competências desenvolvidas.

1.1. Campo de estágio I – Unidade de Cuidados Paliativos

Durante o período compreendido entre 28 de Setembro e 8 de Novembro de 2015, realizei 18 turnos, num total de 144 horas, na condição de estagiária, numa UCP apresentada e caracterizada com maior pormenor em apêndice III, com o objetivo principal de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a nível científico-técnico-relacional, no âmbito da gestão da dor do doente oncológico em fim de vida. De forma a dar resposta a este objetivo, foram delineadas várias tarefas que agora se exploram, do ponto de vista da sua execução e resultados, articulando-os com a evidência científica consultada.

A primeira dessas tarefas foi: **Integrar e conhecer as dinâmicas do serviço.**

Fez-me sentido que esta fosse uma tarefa definida e descrita no projeto pela riqueza de informação que previ recolher. Esta foi uma previsão acertada no sentido em que me

permitiu planejar e organizar todo o percurso de estágio neste serviço, pela garantia do conhecimento geral sobre a forma como é trabalhada a gestão da dor em fim de vida.

Num primeiro momento de contato, reuni com a responsável pelo serviço e com a enfermeira orientadora que me acompanhou em todo este percurso, de forma a perceber se o projeto fazia sentido na conjuntura e especificidade deste serviço. Por muito que tenha investigado, e por melhor que conheça a realidade dos serviços de internamento, uma unidade de Cuidados Paliativos era uma experiência nova no meu percurso académico-profissional. Esta reunião, em tom de discussão crítica do plano de trabalho delineado para este campo de estágio, permitiu-me reunir informações fundamentais, desde a forma como o serviço está organizado, até à especificidade do trabalho realizado no âmbito do projeto. Instrumentos utilizados na avaliação da dor, estratégias de planeamento das intervenções, rotinas associadas à vigilância da dor, medicação utilizada, trabalho não-farmacológico realizado, articulação multidisciplinar, formação da equipa de enfermagem neste âmbito, entre outros assuntos, foram possíveis de ser compreendidos logo neste primeiro contato, permitindo uma estruturação mental do que encontraria e do que poderia utilizar em benefício do meu desenvolvimento profissional.

Através deste diálogo, e discutindo ponto a ponto cada uma das propostas apresentadas, percebi que apenas a intenção de consultar documentos orientadores da prática profissional e da dinâmica do serviço poderia estar comprometido, uma vez que o serviço não possuía instruções de trabalho neste sentido, de forma estruturada e oficial. Todas as demais propostas, pareceram relevantes do ponto de vista da aquisição de aprendizagens e construção de competências, e perceber isso revelou-se um ótimo ponto de partida na organização do percurso consequente.

Apesar de neste contexto não existirem guias orientadores ou instruções organizadas de suporte aos cuidados na gestão da dor, foram-me dados a conhecer outros documentos de apoio, neste âmbito. Recordo um póster na sala de enfermagem onde estavam reunidas várias tabelas de doses equianalgésicas, relações equianalgésica, escada analgésica ou escalas de dor sugeridas, que condensava todos os princípios orientadores para a gestão da dor. Em situações de dúvidas ou em processos complexos que exigiam maior atenção, sobretudo no âmbito da intervenção farmacológica, este póster revelou-se o documento base de orientação do processo. Foi exatamente da frequente necessidade de utilização deste documento auxiliar, que considerei a ideia de construção de um algoritmo de apoio

à gestão da dor do doente em fim de vida, de leitura fácil e acesso rápido, a propor no meu próprio contexto de trabalho.

Por último, mas ainda no contexto da integração no serviço, planeei uma reunião de apresentação do projeto à equipa de enfermagem, com o objetivo de o dar a conhecer e fazer entender o motivo da minha presença. Pareceu-me desde o início que apresentar-me formalmente à equipa e explicar a minha posição, os meus objetivos e a forma como os pretendia concretizar, poderia ser uma mais-valia no meu processo formativo. A apresentação em contexto de passagem de turno, não teve o impacto que esperava, dado o limitado número de enfermeiros presentes naquele dia em questão. Porém, e após discutir esta inquietação com a minha orientadora, considerei que a apresentação par a par, para além de tornar a partilha mais pessoal, garantia-me quase instantaneamente feedback da pertinência e oportunidade que o trabalho revelava. Além disso, e tal como previ, partilhá-lo diretamente com a equipa de enfermagem contribuiu, muitas vezes, para que pudesse ter as mais variadas experiências, uma vez que ao perceberem o objetivo da minha presença, procuravam-me ou abordavam-me no sentido de perceber se me interessava participar ou partilhar em determinado tipo de cuidado relacionado com a gestão da dor que ia surgindo. Através desta estratégia, não programada inicialmente, consegui apresentar e envolver a totalidade da equipa de enfermagem a exercer funções neste serviço. Apesar do esforço para que isto fosse possível, a receptividade e abertura da equipa à minha presença, e ao meu projeto de uma forma geral, facilitaram o sucesso desta primeira tarefa planeada.

Apesar da aparente simplicidade desta tarefa, considero ter sido um ponto importante pela oportunidade de contato com documentos de apoio à prática e pela partilha do trabalho de profissionais com competências semelhantes às que pretendo atingir, contribuindo não só para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais como para encontrar as primeiras ferramentas de planeamento do programa de melhoria contínua que se pretende, posteriormente, implementar (OE, 2010).

A segunda tarefa planeada neste campo de estágio foi: **Identificar implicações da dor no conforto da pessoa em fim de vida, e intervenções de enfermagem no alívio da dor, promotoras de conforto.**

A intenção desta tarefa era perceber o impacto que a dor tem nas vivências destas pessoas, sobretudo no que diz respeito ao seu nível de comodidade. Este sintoma tem-se revelado num dos mais importantes fatores desconcertantes e comprometedores do estado de conforto, que Kolcaba (2003) definiu como condição de satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos – físico, psíquico, social e ambiental. Como fenómeno multidimensional, a dor pode interferir em qualquer uma destas necessidades ou contextos, tendo implicações diretas no conforto global da pessoa. Aliás, o controlo e ausência de dor, como descreve Nicolau (2013), são frequentemente percebidas como sinónimos de conforto e a dor associada ao conceito de desconforto.

Assim, identificar e compreender esta relação é importante na auto-reflexão sobre os cuidados prestados e que se querem prestar. Daí, também, a necessidade de explorar em campo que atividades e estratégias são, ou podem ser utilizadas, para atingir o alívio satisfatório da dor e o consequente conforto, explorando desta forma o papel da enfermagem na difícil tarefa que é a gestão dolorosa nos doentes oncológicos em fim de vida.

O ponto de partida para o cumprimento deste objetivo foi, naturalmente, a pesquisa e consulta bibliográfica no âmbito da temática, de forma a sustentar a prática desenvolvida em campo na melhor evidência científica, tal como todo o consequente processo de análise e reflexão. Assim, a pesquisa bibliográfica foi feita tendo por recurso publicações científicas disponíveis em bases de dados de referência, nomeadamente, CINAHL, Medline, Academic Search Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DGS, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo (Portugal e Brasil), com limitação temporal (privilegiada) entre 2010-2016 e utilizando como descritores primários de pesquisa: *End of life, Cancer, Pain, Nursing intervention, Comfort*. Fiz, também pesquisa em centros de documentação de instituições nacionais e internacionais no âmbito de temática, como a WHO, EONS, SECPAL, IASP e a APCP, bem como consulta de teses de Mestrado/Doutoramento, livros e artigos publicados nas mais diversas revistas científicas. Sempre que possível privilegiei fontes primárias de informação, escritos em inglês, espanhol ou português. Assim, as referências bibliográficas mais relevantes utilizadas como complementares a todo o percurso de estágio, que permitiram a

fundamentação e a orientação do percurso da prática seguido, encontra-se discriminadas em apêndice IV. Desta forma, pretendi basear toda a conseqüente praxis clínica “em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, conforme propõem as competências gerais do enfermeiro especialista (OE, 2010).

Programei também observar e acompanhar de forma efetiva todos os doentes oncológicos em fim de vida, com dor descontrolada, de forma a maximizar o desenvolvimento de competências na gestão da dor a estas pessoas. Porém, o número de doentes oncológicos, nestas circunstâncias, internados no serviço durante o período de estágio eram diminutos – estiveram internados durante esse período 6 pessoas com doença oncológica, dos quais 4 em condição de fim de vida, e 3 com experiência atual e/ou anterior de descontrolo da dor. Porém, esta foi já uma condicionante prevista no projeto inicial, pelo que optei por acompanhar alguns outros doentes internados do foro não-oncológico fazendo, posteriormente, as respetivas correspondências de aprendizagens, permitindo-me da mesma forma desenvolver competências no âmbito do controlo da dor. Na análise destas situações tive sobretudo em conta que a dor do doente oncológico nem sempre está associada à doença em si. Diniz (2012) recorda que apesar da dor dos doentes oncológicos ser maioritariamente de causa tumoral, 20% está relacionada com os tratamentos e quase 10% tem outras causas não relacionadas com o cancro. Além disso, tem-se defendido que o percurso na gestão da dor não-oncológica deve ser semelhante à do doente com cancro. Pina (2012a) diz-nos, por exemplo, que apesar da escada analgésica da WHO ter sido concebida para o tratamento da dor oncológica, hoje em dia, e de uma forma geral, está a ser utilizada como base para o tratamento de toda a dor crónica (oncológica ou não). Desta forma, não me pareceu descabido estudar a dor de alguns doentes não-oncológicos, uma vez que existia a possibilidade de encontrar estratégias e fazer aprendizagens capazes de dar resposta a situações similares futuras, dentro da população-alvo prevista no projeto.

Nesta tentativa de identificar as implicações da dor e intervenções de alívio, considerei desde o início a eventual necessidade em construir um documento de registo, capaz de orientar o meu processo de observação e, conseqüentemente, organizar a informação recolhida para mais tarde poder ser devidamente trabalhada. Assim, e ainda antes do início do estágio elaborei esse documento de apoio à observação (apêndice V), partilhado com a orientadora do projeto e enfermeira orientadora de estágio, no sentido

de discutir a sua pertinência, funcionalidade e aplicabilidade na realidade daquela unidade. Esta construção foi realizada com base na evidência científica e revelou-se um processo dinâmico, que passou por uma fase de teste, onde foi aplicado aleatoriamente a 2 doentes internados na primeira semana de estágio, de forma a perceber se respondiam ao objetivo para o qual tinha sido planeado e elaborado. Após fazer as alterações e ajustes necessários, de acordo com o teste realizado e a discussão com as orientadoras, utilizei-o como documento de apoio à observação neste contexto de estágio. A sua estruturação final inclui três fases distintas:

A). Avaliação inicial da dor – onde se prevê fazer a caracterização inicial da dor do doente, incluindo evolução, localização, intensidade, tipologia, fatores de alívio e agravamento, sintomas associados e impacto nas NHF. Considerei, também, importante acrescentar outros dois campos, nesta avaliação inicial que acabaram por se revelar muito úteis na discussão e reflexão dos resultados finais, pela riqueza de informação que ofereceram, sobretudo na análise das implicações da dor no conforto. Estes campos foram o registo de manifestações/expressões de dor não verbalizadas pelo doente (portanto, fruto da observação que fiz aos comportamentos e atitudes dos doentes acompanhados); e a utilização da escala *visual discomfort scale*, de avaliação do conforto, adaptada às exigências do projeto, de forma a perceber variações do nível do conforto/desconforto consoante a variação do nível da dor.

B). Intervenção de enfermagem para gestão da dor – Onde se reuniram todas as intervenções realizadas, de acordo com a avaliação da dor prévia. Este ponto incluiu o registo quer das intervenções farmacológicas, quer das não-farmacológicas.

C). (Re)avaliação após intervenção de enfermagem – Onde se registaram todas as melhorias observadas após intervenção, desde a intensidade da dor, severidade das restantes características ou níveis de conforto geral, associados ao alívio da dor.

Por fim, acrescentei um espaço de anotações livres, sobretudo pela necessidade que por vezes surgiu em clarificar a intervenção realizada. Enumerar, por exemplo, que foi promovido suporte emocional como estratégia não-farmacológica, é diferente de explanar efetivamente a forma como foi promovida. Além disso, utilizei quase sempre este espaço para sintetizar todo o percurso daquele episódio, na intenção de facilitar o processo de análise dos registos.

Este documento de registo foi, assim, utilizado sempre que se presenciou um episódio de descontrolo de dor, a partir da segunda semana de estágio e durante as quatro semanas consecutivas, de forma que a última semana de estágio fosse deixada disponível para a análise crítica dos registos efetuados no documento. Assim, o resultado foi o acompanhamento de 5 doentes em circunstâncias de fim de vida, em 20 episódios diferentes de dor, explanados e discutidos mais à frente neste relatório.

A elaboração deste documento de registo revelou-se uma mais-valia, não só como elemento estruturador das observações e acompanhamentos realizados, como também estruturante de aprendizagens. Senti, no final da construção desta folha, mas sobretudo após a sua utilização, que através dela consegui materializar todas as etapas importantes neste acompanhamento ao doente. Olho agora para o documento, não apenas como um instrumento de registo, mas sobretudo como um guia para o planeamento da intervenção de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida com dor descontrolada, que consolida os conhecimentos adquiridos na articulação com a evidência científica. Neste contexto, atuei no sentido do desenvolvimento de uma das competências preconizadas pela ONS (2013) que implica a construção de instrumentos de avaliação adequados para promover um plano consistente e holístico dos cuidados.

Ainda relativamente a esta tarefa planeada e executada, sobre a qual se tem vindo a refletir, importa falar nas experiências permitidas pela colaboração na prestação direta de cuidados de enfermagem a estes doentes. Planei esta atividade no projeto, mas confesso ter tido dificuldade inicial em concretiza-la no contexto da intervenção especializada de enfermagem, que era no fundo ao que me propunha efetivamente. Assim, pedi permissão à minha enfermeira orientadora, bem como à equipa de enfermagem envolvida diariamente, para que pudesse prestar cuidados no âmbito da satisfação das NHF a um ou dois doentes/dia. A intenção de participar nestes cuidados estendia-se para lá do objetivo primário que lhes está associado. O objetivo era através da componente relacional estabelecida durante estes cuidados procurar espaço, tempo e oportunidade para avaliar e explorar as queixas, expectativas e desejos do doente, no âmbito da dor e das implicações desta no seu conforto. Simões e Rodrigues (2010) relembram que a promoção de estratégias de contato, sociais e empáticas são essenciais aos cuidados de enfermagem – “A relação de ajuda enquanto intervenção autónoma, é um elemento decisivo e inquestionável na atividade dos enfermeiros e desempenha o papel central na resposta às

necessidades concretas de cada pessoa, independentemente da sua situação/problema ou contexto em que se desenrola a ação” (Simões e Rodrigues, 2010:486).

Este objetivo foi alcançado, na medida em que me permitiu contruir uma relação de confiança e empatia com todos eles, sendo-me mais fácil, ao longo do tempo, compreender as suas necessidades nas diferentes dimensões em que a dor se pode afirmar e as intervenções que, eventualmente, fazem mais sentido na conjuntura da sua experiência de dor. Permiti-me desta forma ao desenvolvimento de competências na área do cuidar “de pessoas com doença crónica e terminal (...) diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2015), e o consequente estabelecimento da relação terapêutica com estes doentes conforme a OE também regulamenta no mesmo documento.

Outras oportunidades de aprendizagem que me foram possíveis ter pela proposta em colaborar na prestação de cuidados foi, por exemplo, a experiência de técnicas particularmente úteis na intervenção farmacológica aos doentes em fim de vida, nomeadamente, a administração de analgesia subcutânea. Infelizmente esta é uma via de administração pouco utilizada em contexto de internamento agudo, mesmo quando existem doentes que eventualmente poderiam beneficiar da sua utilização.

Pontalti et al (2012), lembra que a via oral deve ser privilegiada para a administração analgésica, porém, 53 a 70% dos doentes oncológicos em fim de vida têm dificuldade em cumprir este princípio, dada a sua condição de debilidade progressiva. Neste contexto, a via de administração selecionada deve respeitar o princípio do menor sofrimento e da maior eficácia possível (Moreira, 2010). Apesar de em circunstância de internamento a via endovenosa continuar a ser a opção preferencial, vários estudos têm mostrado as vantagens da administração subcutânea na gestão de sintomas destas pessoas, sobretudo pela garantia de maior conforto, comodidade, autonomia, satisfação e alívio de distresse, resultando numa melhoria da qualidade de vida e preservação da dignidade (Lopes, Esteves e Sapeta; 2012). A passagem por esta UCP, permitiu-me a confirmação dos contributos desta via de administração não só na eficácia da gestão dolorosa destes doentes, como na própria maximização do seu conforto. Foi-me possível adquirir destreza técnica relativa a esta prática, que articulada com o trabalho de consulta bibliográfica e consolidação de conhecimento teórico, permitiram-me a efetiva obtenção de competências a este nível. A partir do momento em que garanti habilidade técnica e

entendi os benefícios que esta técnica comportava na gestão da dor do doente em fim de vida, ficou claro que, apesar de não ter sido um ponto previsto na planificação inicial, fazia sentido trabalhá-lo na conjuntura do projeto, pela melhoria na qualidade dos cuidados que possibilitava. Assim, previ desde este momento, a necessidade de articular estas aprendizagens, nas tarefas planeadas para o meu contexto de trabalho.

Gostava apenas de acrescentar que outras aprendizagens foram, igualmente, possibilitadas no decorrer deste estágio. Nomeadamente a utilização da escada analgésica da WHO ou os cálculos envolvidas na adequada rotação de opióides. Porém, o número de doentes acompanhados foi, como já se referiu, reduzido e, portanto, o número de oportunidades relacionadas com este tipo de treinos, muito limitadas. No entanto, não deixaram de ter importância na conjuntura total dos conhecimentos adquiridos, sobretudo por se terem revelado as primeiras experiências do género, consolidadas de forma mais intensa no campo de estágio subsequente, e abrindo desde já espaço para consolidar competências na área da utilização de instrumentos adequados à promoção de um plano de cuidados consistente, bem como na prática sobre sólidos e válidos padrões de conhecimento (ONS, 2013 e OE, 2010).

A última experiência neste ponto que se revela importante também partilhar, (contribuindo para o desenvolvimento de competências idênticas às acima descritas) foi a possibilidade que me foi permitida do treino da utilização da escala de avaliação da dor PAINAD. No contexto deste serviço, a escala sugerida para avaliação da dor do doente com alterações do foro cognitivo-comunicativo é a DOLOPLUS. Esta é uma escala de heteroavaliação multidimensional, que faz sentido na conjuntura dos cuidados que ali se prestam, mas que tem dificuldade em ser transportada e aplicada em serviços de internamento de agudos, como aquele onde exerço funções, dada a complexidade e tempo de preenchimento. Assim, quando planeei o percurso de observação e acompanhamento de doentes nesta unidade de cuidados paliativos, a bagagem informativa e de evidência científica consultada até então, já me fazia crer que a PAINAD, pelas suas características particulares (e que explanarei posteriormente, aquando da sua abordagem no último campo de estágio) seria, provavelmente, a escolha mais acertada em termos das escalas sugeridas de heteroavaliação, no contexto específico do meu local de trabalho. Não querendo de alguma forma, antever demasiado os objetivos e resultados desse posterior campo de estágio, pareceu-me importante partilhar, já, que foi possível ganhar destreza

técnica na aplicação desta escala, ao longo deste primeiro contexto de estágio. A sua utilização frequente, sempre que as condições do doente em observação o permitiam e exigiam, possibilitaram que cada um desses momentos contribuísse para a auto-capacitação e treino de uma competência que se pretendia articular mais tarde. Apesar de não ser a escala em utilização nesta UCP, era uma escala amplamente conhecida e trabalhada, quer pela minha enfermeira orientadora, quer pela maioria da equipa de enfermagem, o que permitiu a troca de ideias, partilha de inquietações e esclarecimento de dúvidas relativamente à sua utilização. Este pormenor antevisto, permitiu a consolidação de habilidades que de outra forma se tornariam mais difíceis de trabalhar, aquando da chegada ao meu contexto de trabalho.

Como terceira e última tarefa planeada, para este campo de estágio, defini: **refletir sobre a prática de cuidados, no âmbito da gestão da dor do doente oncológico em fim de vida.**

O processo de reflexão sobre a prática tem como meta “ver o mundo (da enfermagem, do cuidado) de forma diferente de como vinha a ser feito” (Waldow, 2009:141). Com base nas experiências novas, a bagagem teórica e a partilha com os outros, pode-se caminhar no sentido da diferença, da mudança e, sobretudo, da melhoria. Segundo o mesmo autor, ao refletirmos numa qualquer ação como um todo, testamos habilidades, técnicas, teorias, emitimos hipóteses e julgamentos e permite-nos fazer planificações, prevendo atitudes ou mudanças futuras. Como Cavaco (2009:222) refere “ a experiência assume dois sentidos, um de orientação para o futuro, outro para ações passadas”. Assim, refletir sobre os dados apresentados, que no fundo traduzem a minha experiência de cuidados ao longo deste estágio, dá-me condições para crescer do ponto de vista da aquisição de competências especializadas. “ ... a reflexão possibilita, além de adquirir maior conhecimento sobre a prática e as ações nela envolvidas, gerar novos conhecimentos.” (Waldow, 2009:142).

Assim, ao longo do estágio neste contexto, a reflexão na e sobre a ação individual e com a orientadora foram frequentes, permitindo-me consolidar aprendizagens. Elaborei, desta forma, uma reflexão de um evento significativo de aprendizagem segundo o ciclo reflexivo de Gibbs, apresentado em apêndice VII. Essa reflexão, permitiu-me a análise crítica sobre vários pontos de interesse na consolidação de competências. Primeiro, possibilitou-me um olhar mais atento sobre o processo de avaliação da dor, sobretudo em

situações onde os doentes não reúnem capacidades cognitivo-comunicativas capazes de fazer o seu próprio relato de dor, compreendendo pela reflexão sobre a ação a importância da observação como instrumento essencial à intervenção de enfermagem, bem como, da relação terapêutica com a família para a assertividade da resposta oferecida. Permitiu-me, da mesma forma, perceber a importância do visionamento da dor numa perspetiva holística de multidimensionalidade, para que a intervenção de alívio planeada tenha como atenção primária a individualidade de cada pessoa, sempre com foco no alcance do maior estado de conforto possível. Tal reflexão contribuiu para consolidar competências no âmbito do desenvolvimento da prática profissional (OE, 2010).

Por outro lado, a reflexão sobre os resultados da observação realizada ao longo do período de estágio (apêndice VI), permitiu-me explorar, de forma crítica, os fenómenos que tinha programado investigar em contexto real, de forma a consolidar as minhas aprendizagens, mas também, a adquirir competências científicas, técnicas e relacionais capazes de serem projetadas no contexto da minha prática diária. Compreendi através desta análise que o controlo da dor é, efetivamente uma prioridade na procura pelo equilíbrio entre os diferentes estados e contextos implicados na condição de maior conforto possível. Além disso, possibilitou a confirmação de que o êxito do processo de gestão dolorosa depende fortemente de uma avaliação criteriosa e holística, baseada nas verdadeiras necessidades e experiências individuais de cada um, que devem ser a base para um plano de cuidados assertivo e centrado no doente, com o foco final direcionado para o conforto.

Os resultados obrigam-me, ainda, à auto-consciencialização para a importância do papel do enfermeiro, enquanto agente dinamizador, gestor e de mudança em todo o processo de gestão da dor. Pela proximidade conseguida com o doente e a família, foi possível identificar, avaliar e notificar a dor. Com base nesta apreciação (quase da exclusividade e responsabilidade da enfermagem) planejar em equipa multidisciplinar intervenção farmacológica, prescrever medidas não-farmacológicas e avalia as medidas de alívio (farmacológicas e não farmacológicas). Assim, e após esta constatação, dizer que a enfermagem tem um trabalho limitado no âmbito do controlo sintomático, parece-me desapropriado. Aliás, o trabalho do enfermeiro, parece ser aquele que compromete e influencia em maior medida o trabalho da restante equipa multidisciplinar.

Esta oportunidade de observação e a conseqüente análise, permitiu-me trabalhar a capacidade de apreciação assertiva, holística e integrativa de cada situação como única, oferecendo-me armas de desenvolvimento de raciocínio, julgamento crítico e intervenção diferenciada. Assim, foi-me possível consolidar competências no âmbito do desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade e, de uma prática profissional e ética no campo de intervenção em estudo (OE, 2010), de forma a conseguir, futuramente, reproduzir aprendizagens no meu contexto de trabalho.

1.2. Campo de estágio II – Unidade de Dor

Durante o período de 9 de Novembro e 20 de Dezembro 2015, realizando 18 turnos, num total de 144 horas, na condição de estagiária, numa UD apresentada e caracterizada em apêndice VIII, onde o objetivo principal foi idêntico ao traçado para o primeiro campo de estágio: adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a nível científico-técnico-relacional, no âmbito da gestão da dor do doente oncológico em fim de vida. De forma a dar resposta a este objetivo, foram delineadas várias tarefas, também similares às programadas para o campo de estágio anterior, que são agora exploradas do ponto de vista da sua execução e resultados.

A primeira dessas tarefas foi: **Integrar e conhecer as dinâmicas do serviço.**

O processo de integração planeado correu como inicialmente previsto, permitindo-me organizar todo o percurso subsequente nesta unidade. Este foi um campo de estágio onde inicialmente coloquei muitas dúvidas, não por não lhe reconhecer qualidade na oferta de experiências capazes de contribuir para o meu crescimento profissional na área, mas sobretudo pelo desconhecimento sobre o que iria efetivamente encontrar. O meu percurso académico-profissional não tem sido rico em vivências no contexto de hospital de dia/consultas, pelo que me foi difícil planear a minha intervenção de forma a maximizar os contributos que esta equipa teria para me oferecer.

Neste processo de organização, foi essencial a reunião inicial com a enfermeira-chefe e enfermeira orientadora, que após lerem o meu projeto, foram suficientemente críticas e conselheiras, do ponto de vista da potencialização das minhas ideias, de forma a adquirir

as competências a que me propunha. Este revelou-se também um momento de conhecimento sobre a própria dinâmica e organização do serviço, possibilitando-me identificar que atividades (dentro do trabalho da equipa) poderiam responder melhor às minhas necessidades formativas. Considerei, pelo que me foi dado a conhecer, que num período inicial era importante passar pelas diferentes vertentes de atividade naquele serviço e, eventualmente mais tarde, quando compreendesse melhor a sua dinâmica, alocar-me, em certa medida, às atividades que me permitissem maiores contributos.

Desta discussão crítica do relatório foi possível perceber que as tarefas planeadas, faziam sentido na conjuntura e na especificidade do campo de estágio, apesar de algumas das formas de concretização precisarem de ser melhor trabalhadas, como será mostrado ao longo deste capítulo.

Foi-me permitido consultar um conjunto de documentos de registo, instruções de trabalho e guias de apoio à prática, próprias do serviço, que apesar de estarem em fase de reestruturação (pela própria fase de renovação vivida no serviço), deram contributos importantes, no sentido de compreender como tinham estruturados os cuidados que prestavam e de que forma sustentavam a sua prática. Apesar desta unidade ser uma realidade muito diferente do meu contexto de trabalho, esta atividade para além de me possibilitar uma consolidação de aprendizagens, revelou-se também uma oportunidade na transferência de ideias e propósitos aquando da intervenção nesse último campo de estágio.

Além destes documentos, o serviço possuía, também, um leque variado de livros e revistas científicas, específicas da área da dor, que foi colocado à minha disposição, como mais um recurso ao meu desenvolvimento. Foi-me também oferecido um guia de bolso, para o tratamento da dor, que ao longo do estágio se revelou um dos auxiliares mais importantes no processo de planeamento das intervenções de controlo doloroso (sobretudo no domínio da farmacoterapia). A importância deste documento no meu desenvolvimento, fez-me pensar na importância do conceito de “guia de bolso”, abrindo espaço à criatividade para colocar esta ideia à disposição da minha própria equipa.

Por último, e à semelhança do estágio na UCP, planeei a apresentação do projeto à equipa. Porém, e dado o sucesso que obtive pela apresentação par a par, adotei a mesma estratégia, simplificada pelo número diminuto de enfermeiros no contexto deste estágio.

O objetivo desta atividade foi o mesmo – expor o motivo da minha presença pela partilha do meu projeto, reunindo assim críticas/sugestões e permitindo o envolvimento direto da equipa. Mais uma vez, a disponibilidade e aceitabilidade da minha presença e do projeto, de uma maneira geral, revelaram-se um enorme contributo na orientação do meu percurso e aquisição efetiva de competências no âmbito do desenvolvimento da prática profissional.

A segunda tarefa planeada para este campo de estágio foi, também: **Identificar implicações da dor no conforto da pessoa em fim de vida, e intervenções de enfermagem no alívio da dor, promotoras de conforto.**

O processo de observação e colaboração nos cuidados é uma atividade que não pode, de forma alguma, ser dispensada no contexto desta tarefa.

Porém, e para que pudesse tirar verdadeiros contributos das observações e participações nos cuidados, voltei a tomar por ponto de partida, inevitavelmente, a pesquisa bibliográfica sobre a temática, visando a continuidade da sustentabilidade destas experiências na melhor evidência científica. Essa bibliografia consultada durante o percurso de estágio, como já referido, encontra-se explorada no apêndice IV.

Tal como já referi, a minha primeira prioridade de observação foi conhecer as diferentes valências dos cuidados prestados nesta unidade. No entanto, após a primeira semana de uma observação mais no sentido do encontro com as estratégias de maior facilidade de aprendizagem, percebi que as consultas, nas suas variadas vertentes, se revelavam a melhor forma de responder aos objetivos traçados, sobretudo à especificidade da tarefa agora em análise. Oliveira et al (2012) reflete sobre o conceito da consulta de enfermagem e evidencia aquilo que senti na prática ao longo desta experiência – a consulta de enfermagem, no fundo é o resultado melhorado e estruturado da entrevista de enfermagem que frequentemente realizamos no contexto de internamento. Em ambas as situações o objetivo é facilitar a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas. Logo, considerei que observar e colaborar na consulta de enfermagem da dor contribuiria para a aquisição de várias habilidades e competências, sobretudo ao nível do treino do processo de avaliação da dor e da tomada de decisão terapêutica.

Além deste acompanhamento da consulta de enfermagem, acompanhei a consulta médica (individualizada ou de grupo) que nesta unidade é sempre presenciada por um

enfermeiro (habitualmente o que realizou a consulta de enfermagem prévia). Esta consulta partilhada permite trabalhar sobre a real intervenção interdisciplinar que se preconiza, possibilitando a potencialização dos resultados e o aumento dos ganhos em saúde para o doente. Neste sentido, iniciei o desenvolvimento de uma competência ainda pouco trabalhada neste percurso, relacionada com a comunicação entre elementos da equipa de atendimento multidisciplinar, para permitir a verdadeira continuidade dos cuidados (ONS, 2013).

Por outro lado, tive também oportunidade de dirigir algumas consultas de primeira vez, que me possibilitou treinar a destreza técnica e relacional do processo de reconhecimento, pesquisa e análise da queixa inicial do doente. Sempre que me foi possível documentei os cuidados nas folhas de registo próprio do serviço, com o rigor técnico e científico que fui construindo, para que toda a informação pertinente sobre determinado doente acompanhado por mim, ficasse disponível a todos os profissionais de saúde, até como ponto de partida para as reavaliações seguintes. Desta forma, considero ter contribuído para a melhoria da informação no processo de enfermagem, rentabilizando competências no domínio da gestão e otimização dos cuidados e articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2011), bem como no cuidado à pessoa com doença crónica e terminal, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu conforto e promovendo a relação terapêutica (OE, 2015).

Outras aprendizagens foram igualmente possíveis ao longo deste período, de onde destaco o treino relacionado com a intervenção farmacológica (mais explorada no contexto desta unidade, ao invés do que experienciei no primeiro campo de estágio): Gestão das características dos analgésicos, determinação de doses ideais, rotação de opióides por relação equianalgésica, utilização de tabelas de apoio, cálculo de doses de resgate, seleção adequada das vias de administração, entre outros, que garantiram a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências técnicas especializadas nomeadamente ao nível da prática profissional e gestão do plano de terapêutico, em equipa multidisciplinar.

Observei e apoiei a execução de algumas técnicas invasivas de alívio da dor, nomeadamente, bloqueios supra-escapulares, em algumas mulheres mastectomizadas com síndrome do ombro congelado (para descompressão e alívio). Colocação de cateteres epidurais e intratecais em doentes com alto nível de sofrimento por dor de difícil controlo

e de evolução progressiva, de forma a que fossem colocados DIB's (*Drug Infusion Ballon*) pré-preparados de analgesia, auto-controlados pelo doente (após respetivos ensinamentos), por as vias convencionais de administração de medicação já não se revelarem suficientes na eficaz gestão da sua dor (quer em termos de resultados, quer em termos de conforto das estratégias selecionadas). A possibilidade de traduzir este tipo de aprendizagens realizadas com estas vivências no contexto do meu projeto é limitado, sobretudo, porque não se prevê a sua utilização em circunstâncias onde a expectativa de vida é curta (Ramos e Sá, 2015). Porém, reconhecer estas técnicas como hipóteses no alívio da dor, com efeitos diretos no conforto e qualidade de vida da pessoa, e compreender a forma como podem ser utilizadas, poderão revelar-se importantes no futuro enquanto gestora de cuidados e colaboradora na construção do plano de terapêutico dos doentes com dor, de uma forma geral. Igualmente importante no desenvolvimento deste tipo de competências, revelou-se, também, o acompanhamento de doentes em internamento. Como recurso de apoio e consultadoria, esta equipa especializada, sensível e focalizada no fenómeno *doente com dor*, é capaz de gerir situações mais complexas, onde as equipas de cuidados gerais do internamento têm maior dificuldade, pela especificidade de competências exigida. Acompanhar e colaborar neste apoio permitiu-me treinar a visão crítica e interventiva, no sentido da complementaridade dos cuidados.

Apesar do foco de trabalho desta equipa não ser exclusivamente no âmbito dos cuidados paliativos ou do cuidado ao doente em fim de vida, confirmei que toda a intervenção multidisciplinar era, claramente, assente numa filosofia de controlo do sofrimento e potenciação do estado de conforto, numa perspetiva verdadeiramente individualizada e holística. Reconheci que apesar da associação fácil aos cuidados paliativos, o conforto revela-se um elemento integrativo da profissão de enfermagem. Tal facto, facilitou-me o processo de transposição de aprendizagens à população que tinha escolhido trabalhar uma vez que, como defende a teoria de Kolcaba, todo o “ser humano luta para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam” (Dowd, 2004:486).

Como auxílio a todo este processo de observação descrito, sobretudo ao nível das consultas, tinha planeado utilizar o instrumento de registo construído no contexto do estágio anterior. Porém, tive dificuldade em aplica-lo de forma suportada, sobretudo, porque me foi difícil fazer um acompanhamento do doente no tempo – estive 6 semanas

neste campo de estágio e este é o tempo médio entre duas consultas consequentes. Mesmo ponderando, numa fase intermédia, a consulta dos registos de enfermagem como apoio na obtenção de informação relevante à concretização da tarefa planeada, percebi que, por exemplo, a dimensão do impacto da dor no desconforto do doente, que me tinha proposto a analisar, continuaria a ser de difícil acompanhamento em termos de evolução e melhoria.

Assim, como estratégia alternativa, e uma vez que me encontrava a estagiar num serviço de referência em termos de acompanhamento ao doente com dor, que trabalha sobre uma dinâmica organizada, com intervenções estruturadas, claramente suportadas pela evidência científica mais recente, e com profissionais peritos de larga experiência nesta gestão, considerei que poderia ser interessante iniciar a construção de um algoritmo de gestão da dor do doente oncológico em fim de vida, utilizando todos os contributos oferecidos por esta experiência. A intenção final com esta atividade seria consolidar as competências adquiridas no âmbito da intervenção ao doente com dor (adaptada ao contexto de final de vida) capaz de dar resposta às minhas necessidades formativas e, posteriormente, poder ser um documento de apoio à prática clínica, no meu contexto de trabalho.

O algoritmo apresentado em apêndice IX é, portanto, o resultado final desta necessidade de adaptação das estratégias de estágio para dar resposta aos objetivos inicialmente delineados. Segundo Alves (s.d:1), algoritmo é a “especificação da sequência ordenada de passos que deve ser seguida para a realização de uma tarefa, garantindo a sua repetição.” É, portanto, uma estratégia de esquematização da ação. Existem várias formas de representação de algoritmos, neste caso concreto escolhi exibi-lo através de um fluxograma convencional, que esquematiza todos os passos que devem ser percorridos para uma gestão adequada da dor. Inicia-se no processo de avaliação da dor, com todos os critérios que lhe estão associados, e segue de forma organizada, dando hipóteses de intervenção de acordo com esse processo de avaliação inicial. Desta forma, tenta-se simplificar todo o percurso de gestão, de forma a que com a formação apropriada e o treino adequado, seja possível planear uma trajetória capaz de resolver (ou aliviar de forma satisfatória) a condição dolorosa identificada, alcançando o estado de conforto máximo possível. Concomitantemente à apresentação do algoritmo, anexaram-se ao documento todas as tabelas de apoio necessárias à concretização deste percurso de gestão

da dor, permitindo reunir toda a informação fundamental a esta tarefa de forma fácil, rápida e organizada.

De forma um pouco inesperada, aquando da construção deste algoritmo acabei por sentir necessidade de sequenciar os critérios básicos à avaliação inicial da dor, surgindo assim uma mnemónica. De acordo com o dicionário de língua Portuguesa uma mnemónica é uma associação de ideias que facilita a memorização de informação. Assim, criei a mnemónica “*SELFIES*”, que pretende ser um auxiliar de memória para os pontos importantes a considerar quando se explora a história da dor do doente em fim de vida. A forma como foi pensado e construído, bem como a reflexão sobre a sua pertinência e significado, na conjectura do projeto, é apresentado em apêndice X.

Apesar do contexto deste estágio, e do próprio projeto, ser do foro oncológico, optei por não especificar este trabalho de construção do algoritmo/mnemónica à exclusividade desta patologia, pela necessidade que previ em poder ser utilizado a outros níveis nos doentes em fim de vida ou em cuidados paliativos de uma forma geral. Adoto assim, mais uma vez, o parecer de Pina (2012a) quando relembra que a gestão da dor oncológica e não oncológica deve ser feita sobre a mesma base de trabalho.

Reuni desta forma, com estas atividades, competências no âmbito do desenvolvimento da prática profissional, e de instrumentos promotores de um plano consistente e holístico de cuidados (ONS, 2013), trabalhando sempre sobre a base de sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011). Neste processo de construção do meu papel de dinamizadora, no contexto do meu local de trabalho, inicio igualmente competências relacionadas com a conceção e colaboração de condições para a melhoria da qualidade da prática de enfermagem (OE,2011), consolidados no terceiro campo de estágio.

Como última tarefa planeada defini, à semelhança do campo de estágio anterior: **refletir sobre a prática de cuidados, no âmbito da gestão da dor do doente oncológico em fim de vida.**

No sentido desta concretização realizei, mais uma vez, documentos de reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem (segundo ciclo de Gibbs). A OE (2001) lembra que a qualidade exige reflexão sobre a prática, pelo que, ao utilizar a

reflexão como instrumento de aprendizagem se reúne potencial para a aquisição de maior conhecimento sobre a prática e suas ações (Waldow, 2009).

Assim, redigi 3 reflexões sobre eventos significativos, retrato das experiências e competências mais importantes que reuni ao longo deste período. O primeiro (apêndice XI) evidencia a importância da comunicação assertiva, como ferramenta de enfermagem, essencial à identificação e compreensão das verdadeiras queixas do doente. Além disso, permitiu-me também refletir sobre o papel da relação terapêutica e do desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal, não só para o êxito do processo de gestão da dor, como para o encontro com o conforto holístico. Neste sentido, foi-me permitido ultrapassar a superficialidade do atendimento comum, reforçando competências comunicacionais e relacionais que fazem efetivamente a diferença na compreensão da história da pessoa e na consequente intervenção planeada.

O segundo (apêndice XII), traduz-se no reconhecimento da complexidade do processo de planejamento e ajuste da intervenção farmacológica, alertando para a necessidade de formação teórica e treino prático, específico na área da gestão da dor, como meio imprescindível para o sucesso do plano terapêutico. Permitiu, ainda, refletir sobre a importância do envolvimento do doente no seu próprio processo de gestão doloroso, considerando as suas preferências e vontades, bem como instruindo-o de forma a permitir a efetiva continuidade dos cuidados planejados. Entende-se, portanto, que esta atenção pode revelar-se uma mais-valia no alcance do alívio e conforto desejado. Assim, foi-me permitido consolidar todo um conjunto de competências científicas, técnicas e emocionais, com contributos importantes no meu desenvolvimento profissional.

Por último (apêndice XIII), a reflexão sobre o papel da avaliação e intervenção multidisciplinar, como verdadeira estratégia promotora de cuidados holísticos, centrados num objetivo comum que permite, assertivamente, a continuidade e diferenciação dos cuidados. Compreendi pela análise permitida por este episódio, a importância do trabalho em equipa na construção da abordagem paliativa, reconhecendo o papel do enfermeiro especialista nesta co-responsabilização e articulação de cuidados, focada no equilíbrio do estado de conforto.

Para além destes momentos de reflexão sobre a ação realizada, também foi possível ter momentos de reflexão na ação, que significa enquanto a ação se realiza (Waldow,

2009). Todas as oportunidades de discussão na hora, de eventos significativos, foram aproveitados, traduzidos na maioria das vezes por discussões fundamentadas com a enfermeira orientadora e procurando espaço/tempo para que no final de cada turno fosse possível fazer uma análise crítica sobre as experiências diárias, articulando os meus sentimentos e aprendizagens com o feedback da observação que a orientadora fazia do meu desenvolvimento profissional. Procurei, também, debater e partilhar vivências com outros enfermeiros do serviço, potenciando aprendizagens e perspetivando a mais-valia para a qualidade dos cuidados de uma equipa de enfermagem com formação e treino adequado às necessidades de gestão da dor dos doentes.

Neste seguimento, aproveitei não só a competência da equipa, como também a sua disponibilidade permanente, apresentando e discutindo o algoritmo, à medida que ia sendo construindo, de forma a garantir a sua pertinência, utilidade e adequação à realidade. Esta discussão e partilha de ideias, opiniões e conhecimentos foi feita várias vezes, com a enfermeira orientadora, enfermeira-chefe e uma das médicas da unidade. Reconhecendo-as como peritas (de acordo com a classificação sugerida por Benner, 2001), pela capacidade em compreenderem de maneira intuitiva cada situação e apreenderem diretamente o problema sem se perderem num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis, fez-me sentido este trabalho de reflexão conjunta, consentido por cada uma delas, de onde retirei contributos extraordinários, impossíveis de outra forma.

Todo este processo de reflexão permitiu consolidar competências a nível do desenvolvimento do auto-conhecimento, assertividade e de uma prática profissional, bem como, promover aprendizagens e práticas baseadas na evidência (OE, 2011 e ONS, 2013).

1.3.Campo de estágio III – Internamento de Especialidades Médicas

O último contexto de estágio correspondeu ao serviço onde desempenho funções de enfermeira (caracterizado em pormenor em apêndice XIV), decorrendo no período entre 4 de Janeiro e 12 de Fevereiro de 2016, onde realizei 20 turnos, num total de 160 horas. O objetivo principal traçado foi promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor, melhorando o seu conforto. A grande perspetiva foi, portanto, criar condições de reflexão e habilitação no

seio da equipa de enfermagem, de forma a conseguir pequenas mudanças da prática diária, no sentido do aperfeiçoamento dos cuidados, onde desempenhei um papel de dinamizadora, gestora e coordenadora deste processo.

De forma a dar resposta a este objetivo, foram delineadas várias tarefas de intervenção que são, agora, exploradas do ponto de vista da sua execução e resultados.

A primeira tarefa planeada foi **envolver a equipa de enfermagem no projeto**.

Um projeto no âmbito da intervenção, onde se prevêem reformulações a partir de um problema identificado pela própria equipa, não faz sentido sem a promoção do seu verdadeiro envolvimento, uma vez que a probabilidade de mudança é maior se os elementos estiverem envolvidos. Assim, iniciei o meu estágio reunindo com a chefe do serviço de forma a apresentar as minhas ideias, partilhar o percurso desenvolvido até ao momento e obter feedback relativamente à pertinência e forma de condução planeada para o desenvolvimento deste estágio. Esta reunião foi antecedida da entrega de uma cópia do projeto, para que este momento de discussão crítica fosse rentabilizado ao máximo, pelo conhecimento profundo do que pretendia. Dada a sua posição na equipa e no serviço de uma forma geral, bem como o conhecimento profundo que tem sobre o funcionamento do mesmo, este diálogo com a chefia revelou-se essencial para a consolidação do percurso planeado, reorganização de estratégias de intervenção e, reflexão partilhada sobre limites e potencialidades do projeto.

A partir desta primeira reunião foi possível começar a delinear outras intervenções relacionadas com este envolvimento da equipa. Aproveitei, inclusivamente, a oportunidade para propor à chefia a criação de um grupo de trabalho, no serviço, para trabalhar questões relacionadas com o cuidado ao doente em fim de vida. A intenção primária deste grupo seria não só a capacitação e sensibilização da equipa para os cuidados paliativos mas, também, a intervenção direta nos cuidados no sentido de trabalhar orientações para a prática, propor atividades e desenvolver meios capazes de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, traduzidos em maiores níveis de satisfação e conforto dos doentes internados em fim de vida. Esta proposta não sendo focada, exclusivamente, na especificidade do doente com dor, fez-me sentido na conjuntura do trabalho que pretendia desenvolver a longo prazo no serviço. No fundo, a intenção foi criar condições para que a experiência que desenvolvia agora com este

projeto, pudesse ser transposta, futuramente, a outras áreas dos cuidados paliativos, respondendo às necessidades de conforto dos doentes em fim de vida acompanhados neste serviço, onde este grupo de trabalho se revelaria promotor e dinamizador das atividades.

Assim, identifiquei em conjunto com a chefe 3 elementos com formação avançada e interesse pessoal/profissional na área dos cuidados paliativos, desafiando-os posteriormente a iniciar este percurso em conjunto comigo. Todos aceitaram a proposta, reconhecendo ser uma verdadeira necessidade do serviço, e cientes da diferença que este trabalho diferenciado poderia vir a fazer num futuro próximo. Assim, convoquei uma primeira reunião com estes elementos da equipa para o dia 6 de Janeiro 2016, ainda num contexto de informalidade, mas onde foi possível partilhar ideias e apresentar documentos construídos ou em construção que pretendia utilizar no serviço (escala PAINAD, algoritmo de tomada de decisão, guia orientador de boas práticas) para obter mais opiniões e sugestões sobre a sua pertinência e aplicabilidade. Foi ainda possível promover algum debate relativamente a objetivos e funcionalidades deste grupo que agora nascia. Mais tarde, no dia 5 de Fevereiro, voltámos a reunir-nos com a intenção principal de construir o documento formal de apresentação do grupo, onde constasse não apenas a sua constituição, mas os seus objetivos, ambições e propostas reais de trabalho, apresentado posteriormente à chefia do serviço para validação e autorização da atividade. A ata desta reunião encontra-se em apêndice XV, onde está incluído nos seus apêndices, o cronograma de atividades para o ano de 2016 e o regulamento do grupo de trabalho.

Este trabalho que tem sido desenvolvido com os 3 elementos revelou-se de uma enorme riqueza, com grandes contributos para o projeto, para os elementos do grupo e, sobretudo, para a equipa de enfermagem. Consegui, nitidamente, adquirir competências na área da conceção e dinamização de programas de melhoria de qualidade da prática, onde o mais importante que daqui retiro é ter conseguido criar condições para que este grupo perdure no tempo, independentemente da minha pessoa, ou do meu projeto académico.

Como última estratégia para o envolvimento da equipa no projeto, realizei uma apresentação, em contexto de sessão informativa à equipa de enfermagem do serviço, de forma a partilhar as ideias implícitas ao percurso que tinha planeado e, perceber a receptividade da equipa a esta intenção de renovação e proposta de melhoria. A convocatória para a sessão foi feita por e-mail e, no dia programado para a sessão

compareceu cerca de 50% da equipa de enfermagem. O feedback foi muito positivo, com uma participação dos colegas muita ativa, discutindo e partilhando a pertinência deste projeto, até oferecendo algumas sugestões de melhoria e a sua própria disponibilidade para ajudar em algumas das atividades propostas. Fazer com que a equipa entendesse as minhas ideias e objetivos, e confirmar que esta era efetivamente uma área de necessidade, contribuiu para otimizar a gestão de todo o percurso planeado para este campo de estágio. A pedido de alguns colegas que não puderam estar presentes nesta sessão, enviei por e-mail um resumo das propostas de intervenção para este serviço a todos os enfermeiros, de forma a garantir que o máximo de colegas fossem informados e sensibilizados para o percurso a que me propunha e que, de forma geral, os envolvia a todos. “Para atingir a meta proposta pela filosofia de cuidados paliativos, torna-se imprescindível o trabalho em equipe (...), porque um único profissional não possui todo o corpo de conhecimento e competências exigidas...” (Rodrigues, 2009:53)

A segunda tarefa proposta no âmbito do projeto era **implementar boas práticas na gestão da dor do doente oncológico em fim de vida**. Como tenho vindo a referir ao longo deste relatório mas que importa reforçar neste momento, todas as atividades desenvolvidas neste serviço, não se limitaram apenas à especificidade da doença oncológica, mas antes à condição generalista de fim de vida. Tudo isto porque percebi à medida que fui adquirindo competências, que a gestão da dor em fim de vida tem mais a ver com níveis de sofrimento do que propriamente com a patologia de base. Assim, e atendendo às circunstâncias do serviço onde, efetivamente, existem muitos internamentos por cancro, mas também outros tantos do foro não oncológico em estadios de final de vida, com as mesmas necessidades de alívio, considerei fazer esta abordagem num sentido global. Porém, e sempre que se revelou importante, fiz as respetivas salvaguardas para a especificidade da doença oncológica.

Na concretização desta tarefa, a primeira preocupação que tive foi relativamente à avaliação da dor do doente em fim de vida com limitações da capacidade cognitivo-comportamental. Neste serviço de internamento a única escala de heteroavaliação disponível nesta altura era a do observador, que se revelava insuficiente e pouco objetiva na resolução deste problema. Assim, considerei a hipótese de introdução no sistema informático de registo a escala PAINAD, uma vez que tem sido sugerida, de forma mais ou menos consensual, como instrumento preferencial para a avaliação da dor em contexto

de cuidados paliativos. Neste seguimento procurei a enfermeira responsável pelos registos informáticos do hospital, sondando a possibilidade de disponibilização da escala para estes efeitos. Foi-me pedido nessa altura que fizesse a padronização da escala em formato *excel* e um documento de fundamentação teórica e pertinência da utilização desta escala na especificidade destes doentes (apêndice XVI). Desta forma, consegui que desde o dia 1 de Fevereiro de 2016 a escala PAINAD estivesse à disposição das equipas (não só deste serviço, mas de todo o hospital). Não houve necessidade adjacente de alterar instruções de trabalho relativamente à avaliação da dor, uma vez que a PAINAD constava já nestes documentos como sugestão, porém, por motivo que transcendem o meu conhecimento, não tinha ainda sido disponibilizada informaticamente. Penso que esta pequena mudança que sugeri à prática regular de avaliação da dor em doentes em fim de vida com limitações cognitivo-comunicativas se revela uma mais-valia nos cuidados prestados, uma vez que, uma dor bem avaliada torna-se mais facilmente numa dor bem tratada. Como defende a OE (2008:13), “toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor”, sendo nosso dever ético e legal garantir a sua obtenção, num trabalho contínuo de procura constante pelo maior estado de conforto possível.

Passado agora algum tempo desde a introdução desta nova escala, considero que houve uma ótima aceitação à sua utilização. A escala passou a ser de primeira opção em circunstâncias de necessidade de hetero-avaliação da dor, sendo considerada pelos colegas como menos subjetiva e melhor representativa das queixas dos doentes.

Apesar de não ter sido previsto inicialmente, considerei nesta altura que ter os instrumentos de avaliação da dor, em formato físico e de fácil acesso, aquando da abordagem ao doente neste sentido, poderia ser importante, como tinha percebido durante a minha experiência de estágio na unidade de dor. A imagem visual das escalas permite uma autoavaliação mais clara (uma vez que a explicação é ilustrada e existe um apoio visual ao relato do doente) e uma heteroavaliação mais focalizada (pela visualização direta da escala e dos comportamentos que se devem observar). Neste sentido, e recordando que a DGS (2003) instituiu a dor como 5º. Sinal vital, criando o dever de avaliar, da mesma forma que os outros quatro parâmetros estabelecidos, coloquei em cada *dinamap* e monitor cardíaco um instrumento de consulta de dupla fase (conforme apêndice XVII), de um lado com as escalas de autoavaliação e do outro, a PAINAD (como escala de heteroavaliação sugerida). Este instrumento de trabalho foi pensado não apenas

para a especificidade do doente em fim de vida, mas para a generalidade dos doentes internados, uma vez que a obrigatoriedade da avaliação e registo da dor os envolve a todos. Assim, não apenas as escalas sugeridas para a fase de fim de vida foram incluídas nesta ferramenta de trabalho. A intenção de toda esta atividade foi alertar para importância da avaliação da dor, incluindo-a efetivamente na rotina habitual da avaliação de sinais vitais e quebrando barreiras que pudessem existir relativamente ao suporte instrumental implicado nesta avaliação.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências relacionadas com a utilização de instrumentos de avaliação adequados para promover um plano consistente e holístico dos cuidados (ONS, 2013).

A outra atividade planeada no âmbito da implementação de boas práticas, foi a elaboração de um guia orientador na gestão da dor do doente em fim de vida (apêndice XVIII). De acordo com a OE (2007b) os guias de boa prática são instrumentos de qualidade, que tornam os cuidados que prestamos mais seguros, visíveis e eficazes. Assim, articulando todas as aprendizagens e competências adquiridas ao longo desta trajetória académica, construí um esboço daquilo que pretendia vir a ser o guia orientador planeado. Nesta construção foi importante, não só a bagagem de aprendizagens adquirida e a evidência científica consultada, como também, documentos como a folha de registo de observação realizada no primeiro campo de estágio e o algoritmo de gestão da dor, elaborado no âmbito do segundo estágio.

Quando terminado imprimi um exemplar para cada elemento do grupo de trabalho, enfermeira-chefe, diretor clínico e médica colaboradora de projeto, juntamente com um instrumento avaliativo (em apêndice XIX), de forma a obter uma opinião escrita, crítica mas construtiva do trabalho realizado. Apesar do guia proposto ter sido pensado, sobretudo na intervenção de Enfermagem, considerei importante a revisão também por elementos do corpo clínico do serviço, uma vez que a gestão da dor entra no campo das intervenções interdependentes³, fazendo-me sentido o envolvimento médico e a preconização do real trabalho em equipa multidisciplinar.

³ Intervenções interdependentes são “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (REPE, 1996)

As 6 pessoas a quem pedi colaboração para a revisão deste documento classificaram-no como excelente, quanto à sua pertinência e utilidade, e variável entre muito bom e excelente relativamente aos conteúdos apresentados, organização e adequação dos termos. Através das suas sugestões e apreciações, fiz os ajustes concordantes que se revelaram fundamentais, disponibilizando o documento fisicamente em papel em ambas as alas do serviço, e digitalmente na pasta partilhada do serviço. Informei, via e-mail, a equipa de enfermagem que a partir do dia 2 de Fevereiro o guia se encontrava disponível para consulta nos locais acima descritos. A utilização de um guia orientador da boa prática traz vantagens evidentes para todos os envolvidos,

“para os profissionais (melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações eficazes e contextualizadas; identificação de áreas necessitadas de investigação clínica), para os clientes (acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com consequente redução da variação dos cuidados recebidos) e para as organizações (melhoria da eficiência dos serviços; otimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde)” (OE,2007b:9).

Da mesma forma que dei o guia a discussão às pessoas diretamente envolvidas no meu projeto, dei simultaneamente um exemplar do algoritmo construído no anterior campo de estágio (com o mesmo tipo de documento avaliativo) pelo contributo para a boa prática que me parecia possuir. Em ambas as situações o feedback obtido foi positivo e essencial para a concretização da tarefa de forma eficiente, coerente e representativo da prática que se pretende atingir. Desta forma, promovi a integração de diretivas e conhecimentos na melhoria da prática, de forma a sustentar a prática clínica na investigação e no conhecimento na área (OE, 2015 e EONS, 2013).

A terceira, e última, tarefa programada para este campo de estágio estava relacionada com **contribuir para a capacitação da equipa no âmbito da temática do projeto.**

Assim, a formação da equipa de enfermagem surgiu, naturalmente, como meio de concretização da tarefa. Como refere Arco (2005, citado por Ribeiro, 2013:36) a formação “contribui para o desenvolvimento de uma formação pessoal de uma forma ampla, promovendo estratégias individuais de autoconhecimento e autodesenvolvimento, que permitam o crescimento dos formandos e, conseqüentemente, da própria enfermagem.”

Planeei assim, em conjunto com a minha chefia, dois dias em que fosse possível realizar sessões de 4 horas, que sendo iguais entre si, justificava o número pela necessidade de abranger o maior número de colegas. Os dias selecionados foram 27 e 28 de Janeiro, portanto, numa fase intermédia do período de estágio. A realização da formação nesta fase permitiu-me tempo de organização, não só das sessões, mas das restantes atividades programadas, conferindo no entanto espaço e oportunidade para uma posterior avaliação das mudanças e renovações em contexto da prática, proporcionadas com todo esse processo formativo. A divulgação da formação foi feita, como habitualmente, por e-mail. No entanto, fixei na sala de enfermagem de cada um das alas do serviço uma convocatória, onde cada colega interessado em frequentar a formação colocaria o seu nome no dia respetivo da sua presença, de forma a que eu conseguisse estruturar as sessões adequadamente ao número de participantes (uma vez que envolveria a preparação e disponibilização de material e documentos de apoio – apêndice XX).

Nos dois dias de formação consegui reunir cerca de 70% da equipa de enfermagem, ligeiramente a abaixo dos 75% de tinha prevista na fase de planeamento do projeto. Porém, e apesar de já não ser possível no período correspondente ao estágio, ficou decidido com a chefia repetir esta formação, inclusivé de abertura a outros colegas de outros serviços, de forma a sensibilizar e capacitar o maior número de profissionais para estas questões.

A formação abordou, como apresentado em apêndice XXI, as generalidades da dor, inseridas no contexto de fim de vida; o processo de avaliação da dor (com abordagem e treino das escalas – nomeadamente a PAINAD – e caracterização da dor pela mnemónica criada); estratégias promotoras de alívio (farmacológicas – com os respetivos treinos implicados, e não farmacológicas). Todo este percurso foi realizado, atendendo à especificidade do serviço e dos registos que lhe estão implicados, aproveitando para discutir questões relativas à consistência e sistematização dos registos de enfermagem, como instrumento de aprendizagem e de continuidade de cuidados.

Os formandos revelaram-se muito satisfeitos com a generalidade da formação, como pude comprovar pelos resultados descritos na folha de avaliação da sessão distribuída (75% apreciou globalmente a formação de excelente, e os restantes 25% de muito bom), o que enalteceu a hipótese de repetição da formação, futuramente, para outros colegas. A partilha de experiências e debate promovido permitiu a maximização das aprendizagens

previstas do ponto de vista teórico, conseguindo conduzi-las no verdadeiro sentido da uniformização dos cuidados e da qualidade que os deve acompanhar.

Na altura do desenvolvimento deste estágio encontravam-se duas estudantes de enfermagem do 4º ano, igualmente em contexto de ensino clínico neste serviço, com um gosto particular pela área dos cuidados paliativos. Tinham revelado, por várias vezes, interesse em fazer uma sessão formativa sobre terapêutica subcutânea/hipodermoclise, não só para aprofundamento das suas próprias aprendizagens, mas também por terem identificado esta área como necessidade formativa na equipa em questão (tem-se revelado uma técnica pouco explorada ao nível dos cuidados neste serviço). Assim, convidei-as para preparem essa sessão, sob minha orientação e a inseri-la no contexto da minha formação planeada, uma vez que me pareceu ser um assunto de importância na conjuntura do que pretendia, quer para a formação, quer para o projeto de uma forma geral (até como já tinha ponderado, após estágio na UCP). Como eram duas alunas, a estruturação da apresentação foi feita em conjunto e, depois, cada uma ficou responsável por abordar o assunto em cada um dos dias programados para a formação. O contributo delas foi de uma enorme riqueza sobretudo pela capacidade de colocarem a equipa a refletir sobre o impacto desta técnica no conforto que queremos promover aos nossos doentes, sobretudo em fase de fim de vida. Incluir esta pequena variante, não programada inicialmente, permitiu-me também consolidar competências na área da supervisão.

Além deste contexto formativo, estas sessões revelaram-se também a oportunidade de partilha de algum do trabalho realizado até então. Foi entregue a cada participante um exemplar do algoritmo de gestão da dor do doente em fim de vida elaborado, em formato de guia de bolso, e divulgado que a partir daquela altura o algoritmo estaria também disponível na sala de enfermagem em formato póster, de forma a estar de fácil acesso a toda a equipa. Aproveitou-se ainda para informar sobre a existência das escalas de apoio à avaliação em cada um dos monitores e a aproximação da disponibilização da PAINAD, informativamente, e do guia orientador de boas práticas.

Na semana que anteviu estas formações tive oportunidade de participar no “II Encontro de Cuidados Paliativos da ULSNA – Cuidados Sem Fim” (certificado em apêndice XXII), onde um dos workshops promovidos durante esses dois dias de trabalhos foi exatamente sobre *Dor em cuidados Paliativos*, que tinha como preletor o Dr. Paulo Pina – médico paliativista com imensa competência, experiência e obra nesta área,

algumas delas utilizadas na sustentação teórica desta projeto. Assistir à sua apresentação ajudou-me a atualizar e consolidar conhecimentos no âmbito da gestão da dor do doente em fim de vida, constituindo um contributo importante neste percurso. Além disso, e numa vertente mais dirigida à concretização do projeto, o congresso e, sobretudo, o workshop sobre a dor revelou-se um ótimo orientador para a estruturação da formação acima explorada. Tal como a formação que planeava, a do Dr. Pina tinha um total de 4h, o que me ajudou a organizar e selecionar os conteúdos importantes e a forma de articulação com a prática diária. A dor, mesmo apenas pensada em contexto de fim de vida, engloba uma variedade enorme de saberes, áreas e conhecimentos, levando a que nem sempre seja fácil organizar de forma prática toda a informação relevante. Neste sentido revelou-se também uma mais-valia.

Para além deste contexto formal, muitas foram as oportunidades de aprendizagem informal individualizada aos pares. Como refere Serra (2015) as experiências mais ricas em termos de aprendizagens realizam-se fora dos contextos formais de educação. Sempre que surgia uma situação mais complexa de gestão da dor em fim de vida, onde existissem dúvidas relativamente a estratégias, intervenções ou procedimentos tentei esclarecer e debater o problema com os colegas, do ponto de vista da transferência das aprendizagens para o contexto real da minha prática (e da minha equipa), contribuindo também desta forma para a sua capacitação.

Neste contexto de formação responsabilizei-me, assim, por ser facilitador de aprendizagens, nesta área da gestão da dor do doente em fim de vida, no sentido da melhoria dos cuidados (OE, 2011 e ONS, 2013)

Outra atividade no âmbito desta tarefa que planeei realizar e que se revelou, talvez, a mais difícil de conceber e gerir, foi a sensibilização da equipa médica sobre a temática em discussão, uma vez que considero que quanto maior for o envolvimento da classe médica no projeto, maior o impacto na prática de enfermagem, pela estreita relação das suas intervenções.

Inicialmente tinha pensado em realizar uma sessão formal, onde me propunha a apresentar o projeto ao corpo clínico do serviço, de forma a que compreendessem o trabalho que estava a ser feito com a equipa de enfermagem, aproveitando para sensibilizar para os problemas relacionados com o sofrimento em fim de vida e,

simultaneamente, para a importância da articulação das disciplinas e trabalho em equipa, essencial para o sucesso das intervenções planeadas. “...são os conhecimentos e as práticas per si, diversificadas, dos diferentes elementos constituintes da equipa multidisciplinar responsável pela abordagem da pessoa, que contribuem para (...) o controlo álgico efetivo destes doentes” (Diniz, 2012:98).

Nesta tentativa de levar o meu projeto ao encontro dos médicos do serviço, conversei com um dos elementos dessa equipa, com formação e sensibilidade para as questões do final de vida, no sentido de pedir a sua colaboração, não apenas nesta sessão que tinha programado, mas também na discussão e validação de todos os documentos que ia construindo. Este convite de colaboração foi aceite e deste logo se começou a planear a sessão, autorizada e elogiada pelo diretor clínico, que foi igualmente acompanhando de perto a implementação deste projeto. Pensou-se, assim, em aproveitar a oportunidade planeada para, de alguma forma, investir na formação profissional contínua à classe médica. Assim, eu faria uma primeira parte de sensibilização conforme descrito acima e a médica colaboradora de projeto continuaria a sessão num âmbito formativo sobre a temática da gestão da dor do doente em fim de vida. Porém, e dada a incompatibilidade de horários e disponibilidades, não foi possível realizar esta atividade no tempo previsto para este estágio. Seja como for, e até pelo envolvimento e compromisso que ambas fizemos com esta concretização será uma atividade que se espera realizar com a brevidade possível, dada a importância que lhe confiro na verdadeira renovação dos cuidados prestados.

Na impossibilidade de ver cumprida esta atividade, tentei adaptar os meios de concretização, de forma a contribuir na mesma para a sensibilização daquela classe profissional e promover, em certa medida, a articulação multidisciplinar. Assim, e dado o sucesso obtido pela apresentação do projeto par a par, nos anteriores campos de estágio, considerei que, bem trabalhada, esta poderia ser a alternativa possível. Desta forma, sempre que se revelou oportuno fui oferecendo um algoritmo de bolso a cada um dos médicos da equipa deste serviço, aproveitando a oportunidade e a sua própria curiosidade em relação à oferta para apresentar o meu projeto e fazer a dita sensibilização para a temática. Através da explicação sucinta do algoritmo, criei condições para mostrar o trabalho desenvolvido e alertar para a importância do papel do médico no sucesso daquele projeto (não num contexto de auto-sucesso académico, mas do ponto de vista da melhoria

da qualidade dos cuidados, traduzida sobretudo em alívio e comodidade para estes doentes). Penso que não sendo a estratégia ideal, acabou por resultar na conjuntura do que se pretendia com a atividade. Foi assim possível adquirir competências importantes ao nível da construção de pontes de comunicação e articulação de cuidados entre diferentes elementos da equipa multidisciplinar de forma a permitir a verdadeira continuidade dos cuidados (ONS, 2013 e OE, 2015). Num estudo desenvolvido por Gusmão (2015) sobre o impacto da equipa multidisciplinar no tratamento do cancro, comprovou que em circunstâncias de cuidados paliativos, o trabalho efetivo em equipa multidisciplinar permitiu um maior controlo da dor e uma relação direta com a qualidade de vida e conforto na fase de fim de vida. Tal constatação, articulada com as observações feitas nos anteriores campos de estágio, só confirmou a importância de envolver a equipa médica neste processo de tentativa de renovação da prática.

De uma forma geral, e baseada nas estratégias que fui descrevendo ao longo deste capítulo de estágio, considero ter conseguido envolver a equipa de enfermagem na adoção de intervenções de boa prática na gestão da dor do doente em fim de vida, culminando na sua participação ativa que operacionaliza todo este trabalho. A reflexão apresentada em apêndice XXIII, é prova deste sucesso. A equipa apresentou interesse e preocupação em qualificar a sua prática de cuidados, dando visibilidade ao projeto pela utilização dos documentos de apoio, procura frequente do grupo de trabalho criado e reflexão repetida sobre a temática e os cuidados que lhe estão associados. Nota-se já certo cuidado em referenciar, no contexto de passagem de turno, determinadas preocupações, dificuldades e tomadas de decisão no âmbito da gestão da dor da doente em fim de vida, com partilhas importantes e relevantes de conhecimentos, experiências e opiniões bem fundamentadas. Percebe-se, por estas partilhas, um aumento da atenção às queixas dos doentes, focalizada nos seus relatos e comportamentos, mantendo-os mais informados, esclarecidos e ativos no seu percurso de doença. Os próprios registos de enfermagem tornaram-se mais assertivos e concisos, descritos em função das verdadeiras necessidades dos doentes, onde começava a parecer mais clara toda a intervenção de enfermagem realizada, dando um contributo importante à efetiva continuidade dos cuidados. Além disso, toda esta sensibilização dos enfermeiros parece permitir uma articulação mais aberta dos cuidados, não só no seio desta equipa, como na relação com as demais classes envolvidas, sobretudo na sensibilização que permitem à classe médica. Esta por sua vez reconhece diferenças

importantes nas estratégias de intervenção de enfermagem e no seu crescente papel de co-responsabilização neste processo de gestão da dor. Considero, portanto, que este projeto, impulsionou de forma positiva a promoção do trabalho em equipa, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar (OE, 2001).

Constato, assim, que este desafio proposto da gestão eficaz da dor do doente em fim de vida foi efetivamente agarrado, tendo em atenção a todo o momento que “na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano” (Fortin, Brisson, Coutu-Wakulczyk, 2003:113). Neste sentido, creio ter agido, ao longo de todo o percurso desenvolvido, segundo os princípios, valores e normas deontológicas da profissão. (OE, 2011). Conduzi, assim, a minha prática no sentido do privilégio da vontade própria de cada doente, reconhecendo o seu direito à auto-determinação, liberdade, dignidade, privacidade e tomada de decisão esclarecida, abstendo-me de qualquer juízo de valor.

Garantidas as condições éticas, acredito ter contribuído para mudanças significativas nos cuidados, que de alguma forma, acabam por traduzir as competências que eu própria fui desenvolvendo. Sinto, portanto, que em consequência da implementação deste projeto, desenvolvi competências fundamentais ao meu desenvolvimento profissional, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Isto porque exibi uma prática segura, profissional e ética, baseada nos princípios, valores e normas deontológicas. Além disso, tornei-me num elemento de consultadoria no seio da minha equipa nos cuidados relacionados com a gestão da dor do doente em fim de vida, bem como um agente ativo na condução de processos de tomada de decisão, articulando conhecimentos, promovendo a reflexão e avaliando resultados. No domínio da melhoria da qualidade considero-me um elemento interventivo do ponto de vista da identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados ao nível da gestão da dor do doente em fim de vida, capaz de conceber, implementar e gerir documentos orientadores e de apoio à prática, visando a melhoria contínua dos cuidados. Desta forma, considero ter promovido o exercício profissional de enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade definidos pela OE (2001). No domínio da gestão de cuidados, disponibilizei apoio diferenciado à equipa de enfermagem na área em trabalho e otimizei a articulação multidisciplinar. Com ambas as atitudes permiti-me à colaboração nas tomadas de decisão relativamente às estratégias a

adotar, atendendo à individualidade do doente e ao objetivo principal de alcance satisfatório do alívio e conforto. Além disso, ao conseguir uma sensibilização eficaz da equipa de enfermagem para a temática do projeto, considero ter desenvolvido estratégias de motivação importantes à melhoria do desempenho global. No domínio das aprendizagens profissionais tornei-me uma formadora oportuna no âmbito da gestão da dor dos doentes em fim de vida, na medida em que contribui para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, quer em contexto formal de formação, quer pelos momentos de partilha e reflexão informal que consenti. Assim, considero-me promotora e dinamizadora de novo conhecimento no seio da equipa, contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Para além disso, apliquei, ao longo de todo o estágio, as aprendizagens e conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, de forma competente adequada às exigências encontradas em contexto real.

Relativamente às competências definidas pela OE (2015) para a especificidade da Enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa, cuidado do doente em fim de vida, inserido no contexto da doença crónica, incapacitante e terminal, em todas as vertentes da prática clínica, identificando as necessidades de intervenção especializada no âmbito da gestão da dor, planeando e executando uma intervenção abrangente, individualizada e holística, adotando medidas de alívio do sintoma ajustadas, com vista a diminuir o seu sofrimento e potenciar o seu estado de conforto. Por outro lado, integro todos os meus conhecimentos na defesa dos objetivos dos cuidados e metas a alcançar, envolvendo o doente e sua família em todo o processo de cuidados. No fundo, caminho no sentido da aplicação e adaptação dos princípios dos cuidados paliativos às reais necessidades dos doentes, conforme reforçam as competências definidas pela EAPC (2013).

Por fim, no que diz respeito às competências emanadas pela ONS (2013), considero ter desenvolvido aptidões ao nível do domínio do papel profissional, comunicação e coordenação dos cuidados, pela articulação dos cuidados realizada, quer ao nível da equipa de enfermagem, quer no contexto multidisciplinar, contribuindo na gestão de planos de cuidados, no desenvolvimento de instrumentos capaz de auxiliar essa gestão e na promoção de aprendizagens baseadas na evidência, para mim e para ou outros, sempre com a perspetiva de melhoria da qualidade da prática e, conseqüente, satisfação e conforto do doente.

2. AVALIAÇÃO

O termo “projeto” significa *lançar para a frente*. Neste sentido, a adoção desta metodologia de trabalho de projeto permitiu-me conceber e propor soluções, baseadas no conhecimento teórico científico de maior evidência e nas vivências da prática clínica, no sentido da melhoria dos cuidados prestados, no âmbito da intervenção do enfermeiro na gestão da dor do doente em fim de vida.

Confesso que todo este percurso desenvolvido em contexto de estágio foi um desafio, muitas vezes de difícil estruturação e gestão. Porém, reconheço que a riqueza das aprendizagens realizadas, dificilmente teria sido possível de outra forma, uma vez que me permitiu a consciencialização gradual dos diferentes papéis que fui chamada a desenvolver, enquanto candidata a enfermeira especialista.

Por considerar fundamental a reflexão sobre os contributos deste projeto de intervenção, realizei a análise SWOT (apêndice XXIV), antes e após implementação, no sentido de analisar pontos fortes e fracos implicados neste processo, conseguindo fazer uma avaliação, do ponto de vista da concretização dos objetivos e da pertinência da continuidade do projeto no tempo, neste contexto de internamento.

A criação do grupo de trabalho sobre cuidados em fim de vida, penso ter sido uma das atividades mais importantes, no contexto deste projeto de intervenção. A oportunidade de partilha e reflexão conjunta no seio de um grupo com conhecimentos, motivações e competências semelhantes às que tenho vindo a desenvolver, assente sobre um compromisso de apoio e capacitação da equipa, oferece condições para que aos poucos a filosofia paliativa deixe de ser uma ideologia e se assuma nos cuidados prestados aos doentes em fim de vida. Barroso (2010:58), lembra que *os “hospitais de agudos são (...) considerados como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de cuidados paliativos”*, onde considero que este grupo de trabalho terá um papel importante. Neste sentido de preparação dos internamentos agudos para dar respostas em termos de ações paliativas generalistas, assumi o papel de dinamizadora e facilitadora de aprendizagens no meu contexto de trabalho, contribuindo para a motivação e desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem (até então pouco sensibilizada para as questões do final de vida) que permitiu alcançar importantes renovações de comportamentos e

mudanças significativas ao nível da qualidade da prática clínica, como se tem vindo a descrever. Sinto, desta forma, que a equipa tem maior nível de conhecimento e mais sensibilizada para a importância da gestão adequada da dor do doente em fim de vida, otimizando a relação com os doentes e adotando boas práticas na sua intervenção, no sentido da maximização dos ganhos em saúde.

A promoção da uniformização dos cuidados, foi possível, não só por esta sensibilização, mas sobretudo pela construção e disponibilização do guia orientador de cuidados, contribuindo de forma direta para a melhoria da qualidade da prática pela segurança e promoção da continuidade de cuidados que promove. Considero assim, que a forma como este projeto foi pensado e implementado, reflete as verdadeiras necessidades dos doentes em fim de vida com dor, internados neste serviço, centralizando a sua atenção em estratégias práticas capazes de contribuir para o alívio satisfatório da dor e maximização do nível de conforto.

Este percurso de implementação do projeto, relembra que é importante e possível desenvolver ações paliativas no contexto de unidades de internamento de agudos que promovam o conforto da pessoa em fim de vida, minorando e aliviando o sofrimento. A promoção do conforto do doente é, portanto, o mais importante ganho em saúde associado à implementação deste projeto, até porque ao conduzirmos a nossa intervenção neste sentido criamos condições para a verdadeira humanização dos cuidados e dignificação da vida – “os indivíduos que se sentem mais confortáveis, (...) têm uma morte mais serena do que aqueles que estão desconfortáveis” (Kolcaba, 2003). Além disso, todo este trabalho de melhoria do controlo e gestão sintomática da dor, poderá contribuir, a médio-longo prazo para uma redução dos tempos de internamento de alguns destes doentes, em condição de fim de vida, permitindo, com o acompanhamento adequado na comunidade, uma experiência desta fase da doença com níveis de aceitação, adaptação e sofrimento mais convenientes e dignos.

A sensibilização para esta temática no seio desta equipa é, portanto, uma atividade iniciada mas nunca terminada; não só pela necessidade de consolidação da importância destes cuidados, como pela rotatividade de profissionais, característica dos serviços de medicina, e deste de uma forma particular. Esta realidade implica, portanto, um investimento pessoal e coletivo na corrida permanente pela preservação deste projeto e, de uma forma geral, pelo encontro com a melhoria contínua da prática.

3. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO

Cuidar do doente oncológico em circunstâncias de fim de vida é um desafio colocado à maioria dos enfermeiros, em contexto de internamento, devido ao seu estado de doença “avançado com sucessiva evolução, sem possibilidade de tratamento curativo, com múltiplos sintomas e necessidades de cariz diverso, em intenso sofrimento e com um prognóstico de vida limitado” (Pereira, 2010:20).

Um dos fenómenos mais desgastantes e temerosos neste contexto é nitidamente a dor, “constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa de morte” (Rangel e Teles, 2012:32). Como tal, é essencial que as equipas de enfermagem criem condições para uma identificação assertiva das necessidades destes doentes, adotando estratégias coerentes com essas queixas, baseadas na evidência científica e focalizadas, sobretudo, na promoção do conforto.

Neste sentido, o projeto de intervenção implementado no serviço onde desempenho funções, conseqüente do meu percurso de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica, revelou-se uma mais-valia nesta procura pela qualidade dos cuidados e potencialização dos ganhos em saúde para estes doentes. Sinto que a implementação deste projeto permitiu um desenvolvimento muito positivo da equipa, não apenas enquanto gestão e uniformização do trabalho de grupo, mas na individualidade profissional de cada um dos elementos que a constitui.

Porém, este relatório não pretendia fazer apenas a análise do processo de implementação do projeto de intervenção, mas também traduzir todo o percurso individual de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem oncológica, ao longo dos diferentes campos de estágio.

Nem sempre se revelou fácil organizar a vida profissional e pessoal para concretização do estágio e cumprimento das exigências do relatório. Porém, as dificuldades e obstáculos que se foram colocando no caminho, apenas contribuíram para tornar o percurso mais aliciante e enriquecendo dos resultados obtidos. Neste contexto, considero ter crescido a nível pessoal e profissional, com capacidades treinadas e trabalhadas no sentido de ultrapassar barreiras que se coloquem à compreensão global dos problemas na prática clínica, denotando em mim maior nível de confiança, que me

permite sentir como agente de proatividade e de mudança. Faço, portanto, uma análise positiva ao percurso desenvolvido, na medida em que, ao refletir sobre o estágio como um todo, considero ter cumprido os objetivos inicialmente propostos, adquirindo competências diferenciadas e especializadas que me permitem uma visão diferente dos cuidados e da Enfermagem de uma forma geral.

Reconheço, também, ter contribuído para uma renovação de comportamentos da prática de prestação de cuidados de enfermagem, sustentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011), com repercussões diretas e fundamentais no conforto e bem-estar dos doentes com dor presente, em fim de vida, passando a ser este, o meu principal foco de atenção nos cuidados que presto neste âmbito. Neste sentido, e integrando-me inicialmente ao nível de enfermeira competente (segundo a classificação de Benner, 2001), considero que todo este percurso me permitiu alcançar o nível de enfermeira proficiente. “A enfermeira competente (...) tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem.” (Benner 2001:54). Porém, apesar da sua capacidade de planificação consciente, organização e eficiência nas intervenções, com a qual me identificava, ainda não era suficientemente experiente para reconhecer uma situação no seu todo. Este percurso permitiu-me compreender as situações na globalidade e não de forma fragmentada, atendendo a um conhecimento científico atualizado e à riqueza das experiências da prática, que conduz a uma tomada de decisão consciente onde a individualidade e o holismo, se associam à necessidade de humanização na procura pela excelência dos cuidados. É perante o reconhecimento deste desenvolvimento profissional que admito o alcance do nível de proficiente. A enfermeira proficiente aprende portanto pela experiência, vendo as coisas como “um todo e não como uma lista de tarefas a cumprir” (Benner, 2001:55).

Em relação ao futuro, perspetiva-se a continuidade deste projeto, alargando-o a outras áreas dos cuidados paliativos de igual identificação de necessidade formativa pela equipa de enfermagem, onde o grupo de trabalho criado no âmbito deste projeto, terá um papel essencial de dinamização. Da mesma forma, e uma vez que não foi possível até então, gostaria de valer-me da receptividade e envolvimento da médica colaboradora de projeto, honrando o compromisso conjunto de formação/sensibilização ao corpo clínico do

serviço, de forma a contribuir para um efetivo empenhamento multidisciplinar, no âmbito da temática do projeto.

Além disso, e em modo individual, ambiciono continuar este processo de desenvolvimento pessoal e profissional, através da sistematização do processo de pesquisa e consulta bibliográfica recente, capaz de acrescentar novos contributos às minhas aprendizagens e competências, bem como do investimento em formação diferenciada na temática.

Escrever um artigo, para eventual publicação, que apresente a mnemónica e o algoritmo de apoio à tomada de decisão construído no âmbito deste projeto, é também uma proposta que sinto ser importante investir. Penso que este se revelou um bom instrumento auxiliar da boa prática de enfermagem na gestão da dor do doente em fim de vida, pelo que a sua divulgação e partilha pode contribuir para a melhoria dos cuidados numa dimensão mais ampla, chegando a outros profissionais e, conseqüentemente, a outros doentes com necessidades de alívio da dor e promoção do conforto idênticas.

Neste sentido, considero que este projeto é apenas um pequeno passo, na renovação de cuidados que se pretende. No entanto, ...

*...Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor
mas lutamos para que o melhor fosse feito...
Não somos o que deveríamos ser,
não somos o que iremos ser,
mas graças a Deus não somos o que éramos.*

Martin Luther King

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, E. (2014). *Avaliação da dor: diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.
- Alves, C. (s.d). *Algoritmos*. Instituto Politécnico de Bragança. Acedido a 20/02/2016. Disponível em: <http://www.ipb.pt/~cmca/algor1.pdf>
- Alves, F. (2012). *Cuidar o doente terminal em serviço de medicina interna. Um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos. Recomendações da APCP*. Março. Acedido a 21/12/2015. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2015). *Cuidados Paliativos. O que são?* Acedido a 21/12/2015. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-quesao.html?close_cookie_policy
- Associação Portuguesa para o Estudo da dor (2016). *A dor*. Acedido a 4/4/2016. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de Estudo - Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 03/06/2016. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>.

- Batalha, L. ; Duarte, C.; Rosário, R.; Costa, M ; Pereira, V.; Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 8 - Dez. P7-16. Disponível no RCAAP.
- Barbosa, A.; Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa.
- Barroso, R.M.S (2010). *Condições para o Desenvolvimento de Acções Paliativas em Unidades de Internamento de Agudos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Bragança, J. (2011). *Enfermeiros de Cuidados Paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Setembro. Acedido a 13/12/2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6056/1/641657_Tese.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. (A. Albuquerque e B. Lourenço, trad.). Coimbra. Quartelo Editora (from Novice to Expert).
- Canário, R. (2006). *Aprender sem ser ensinado. A importância estratégica da educação não formal*. In: Conselho Nacional de Educação. A educação em Portugal (1986-2006). Alguns contributos de investigação. Lisboa.
- Cardoso, A. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em RCAAP.
- Cassileth, B.; Gubili, J. (2010). *Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor*. In. A. Kopf & N. Patel - Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. (pp.57- 63). USA: IASP. Acedido a 03/11/2015. Disponível em: <http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Inisinos*. Vol.13, nº.3.p220-227. Set.-Dez.

- Cavaco, C. (2002). *Aprender fora da escola – Percursos de Formação Experiencial*. Lisboa: Educa.
- Celich, K.; Golon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 12(3). p345-359. Acedido a 15/12/2015. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/144.pdf
- Change Pain (2015). *Classificação de acordo com a patogénese*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP__pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Classificacao/Patogenese/pt_PT/159400074.jsp
- Change Pain (2015b). *Guia de consulta rápida. Tratamento da dor*. Grunenthal S.A. Portugal.
- Costa, C.; Santos, S.; Alves, P. e Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol XIII. Nº.6. Novembro/Dezembro. P 855-867.
- Costa, M.; Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. III série – nº. 7 – Julho. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a07.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996) - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Dias, G. (2012) – *Massagem como promotora do conforto à pessoa em fim de vida*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem à pessoa em processo de doença na comunidade. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 01/12/2015. Disponível a: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1229>
- Diniz, L. (2012). *Dor Crónica*. In: Manual da Dor Crónica. P.87-100. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO.
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5ª Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa nº. 09/DGCG de 14/06/03.

- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da dor*. Circular normativa nº. 11/DSCS/DPCD de 18/06/08.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal: Doenças Oncológicas em números – 2013*. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Outubro. Lisboa. ISSN: 2183-0746.
- Dowd, T (2004). *Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto*. In: Tomey, A. & Alligood, M.. Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª edição. (Albuquerque, A., trad.). Lusociência. Loures.
- Esteves, A. (2013). *Vivências da Pessoa com Doença Oncológica Avançada Progressiva*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.
- European Association for Palliative Care (2013). *Core competencies in palliative care*. *European Journal of Palliative Care*, 20(2). P.86-145. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22\(1\)Hughes_part2.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22(1)Hughes_part2.pdf)
- European Oncology Nursing Society (2013). *Dor irruptiva oncológica, Guidelines 2013 – guia de bolso*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf
- Figueiredo, R. (2007). *A Pessoa em Fim de Vida no Hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Fradique, E. (2010). *Efetividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível no RCAAP.

- Fortin, M., Brisson, P.; Coutu-Wakulczyk, G. (2003). *Noções de ética em investigação*. In Fortin, M.F. (Ed.). O processo de investigação: da concepção à realização. p.114-130. Lisboa. Lusociência.
- Gomes, C. (2015). *A família como foco de intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa com doença oncológica em unidade de internamento*. Dissertação para Obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Coisas de ler. 2ª. Edição. IBSN: 978-989-8218-50-6.
- Graner, K.; Junior, A.; Rolim, G. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*. Vol. 18, no 2, p345-355. ISSN: 1413-389.
- Greater Manchester & Cheshire Cancer Network (2015). *Pain & Symptom control Guidelines*. 3rd Edition. July. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.sah.org.uk/media/496763/scn_pain_symptom_control_guidelines_june_2015.pdf
- Groninger, H.; Vijayan, J. (2014). Pharmacologic management of pain at the end of life. *American Family Physician*. July. 1-,90(1): 26-32. Acedido a 15/01/2016. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2014/0701/p26.html>
- Gusmão, C. (2015). O impacto de uma equipa multidisciplinar no tratamento do cancer. *Reviewing Cancer Care Team Effectiveness - Journal of Oncology Practice*. May. Vol. 11. No.3. 239-246. Acedido a 02/03/2016. Disponível em: <http://cccancer.net/o-impacto-de-uma-equipe-multidisciplinar-no-tratamento-do-cancer/>
- Hennemann-Krause, L. (2012). Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ano 11. Abril/Junho. p26-31. Acedido a 09/11/15. Disponível a: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=323
- International Agency for Research on Cancer (2014). *Cancer Incidence in Five Continents*. Volume X. IARC Scientific Publications no. 164. Lyon. Acedido a

27/03/2016. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp164/>.

Instituto Nacional de Estatísticas (2016). *Estatísticas de Saúde 2014*. Estatísticas Oficiais. ISBN 978-989-25-0352-3.

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory. A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *JONA*, Volume 36 (11), 538-544.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.

Kopf, A. ; Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Internacional Association for the Study of Pain. Seattle. USA. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>

Lameira, M. (2009). *As Atitudes Dos Enfermeiros Face Avaliação Da Dor Crónica Nos Doentes Oncológicos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências da Dor. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Disponível no RCAAP.

Lopes, A.; Esteves, R. e Sapeta, P. (2012). *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Disponível no RCAAP.

Marinho, L. (2014). *A Gestão da dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Maio. Disponível no RCAAP.

Ministerio de Salud (2011). *Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie Guías clínicas MINSAL. Santiago. Consultado a 12/12/2015. Disponível em:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>

Ministério da Saúde (2012). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Nº 1083.

- Minson, F.; Assis, F.; Vanetti, T.; Junior, J.; Mateus, W.; Del Giglio, A. (2012). Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer. *Revista Einstein*. 10(3):292-295. Acedido a 06/01/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a06>
- Moreira, L. (2010). *Hipodermoclise uma forma de dignificar a vida na prestação de cuidados de saúde no domicílio*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Morete M. C., Minson F. (2010). Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica*. 11(1), 74- 80. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>
- Neto, I. (2006). Principios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. P17-52. Lisboa. Faculdade de Medicina.
- Neto, I.; Aitken, H.; Paldron, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência*. 1ª. Edição. Cascais. Pergaminho. Lda.
- Nicolau (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Tese para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Junho. Disponível no RCAAP.
- Núcleo de Cuidados Paliativos (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N.23. p457-464. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Oliveira, A.; Silva, M. (2010). *Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde*. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(2). p212-217. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/10.pdf>
- Oncology Nurse Society (2013) – *Oncology Nurse Navigator core Competencies*. Pittsburgh. Acedido a 23/09/2015. Disponível em: https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf?__hstc=214899912.fdd7a7debc8575bac5a80cf7e168316a.1426636800129.1426636800130.1426636800131.1&__hssc=214899912.1.1426636800132&__hsfp=59720947

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de enfermagem. Divulgar. Dezembro
- Ordem dos Enfermeiros (2007a) - *Desenvolvimento profissional - Certificação de competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Suplemento da revista da ordem dos enfermeiros. ISSN 1646-2629. N.º 26, p. 9-20.
- Ordem do Enfermeiros (2007b). *Recomendações para a elaboração de Guias orientadores de boas práticas de cuidados*. Comissão de formação. Julho. Acedido em 05/01/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2ª. Série – n.º.35 – 18 de Maio.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Publicado em Diário da República, 2ª.série – n.º.78 – 22 de Abril.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. ISBN: 978-989-8444-30-1.
- Paulos, A. (2014). *Cuidados Paliativos em doentes com cancro*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Disponível no RCAAP.
- Paice, J.; Ferrel, B. (2011). *The Management of Cancer Pain*. Cancer Journal Clinic. Volume 61. Number 3. May/June. P. 61-157. Acedido a 12/12/2015. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20112/epdf>
- Pedro, A.; Silva, M. (2015). *Manual de Rotação de Opióides*. 1ª. Edição. Laboratórios Vitória. Abril. Portugal.

- Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte*. Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Pina, P. (2012a). Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides. Analgésicos opióides (doses fracas). In: *Manual da Dor Crónica*. P125-163. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO
- Pina, P. (2012b). Os analgésicos opióides (doses fortes). Os efeitos adversos dos opióides.in: *Manual da Dor Crónica*. P165-214. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO.
- Pilatto, M. (2011). *Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica*. Trabalho referente à componente curricular: Vivências Teórico-Práticas em Oncologia da Pós-graduação Lato Sensu em Oncologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Acedido a: 11/12/2015. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1>
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia* (Natal). 12(2). P159-168. ISSN 1678-4669. Acedido a 21/02/2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000200008&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pontalti, G.; Rodrigues, E.; Firmino, F.; Fábris, M.; Stein, M.; Longaray, V. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*. 32(2). P.199-207. Acedido a 13/11/2015, Disponível a <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/26270/19181>
- Pontes, A; Leitão, I.; Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Maio/Junho. 61(3): 312-318. Acedido a 16/02/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

- Portenoy R. (2011). Treatment of cancer pain. *Lancet*. Vol.377: 2236–2247. Acedido a 01/02/2016. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0140673611602365/1-s2.0-S0140673611602365-main.pdf?_tid=f3ccb9ca-8782-11e6-b929-00000aab0f6c&acdnat=1475290898_73514a1ed84371f64368fe73d8b445e9
- Ramos, A; Sá, E. (2015). 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. *Journal of aging and innovation*, 4 (1): 18-35. ISSN: 2182-6951.
- Rangel, O.; Telles, C. (2012). Tratamento da dor oncológica em cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 11. Abril/Junho. P.32-37. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324.
- Ribeiro, P.; Costa, M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referências*. III série (7). P149-158. Disponível no RCAAP.
- Ribeiro, P. (2013). *Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações?* Nursing. Outubro. P35-37.
- Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzano, E.; Berti, M.; Rolia, F. (2012) – Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23 (supplement 7): 39-54. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: https://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii139.full.pdf+html
- Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.
- Rodrigues, I. (2009). *Os significados do trabalho em equipa de cuidados paliativos oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico*. Tese para obtenção de grau de doctor em Enfermagem Fundamental. Universidade de S. Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido a 01/03/2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08012010-130039/>

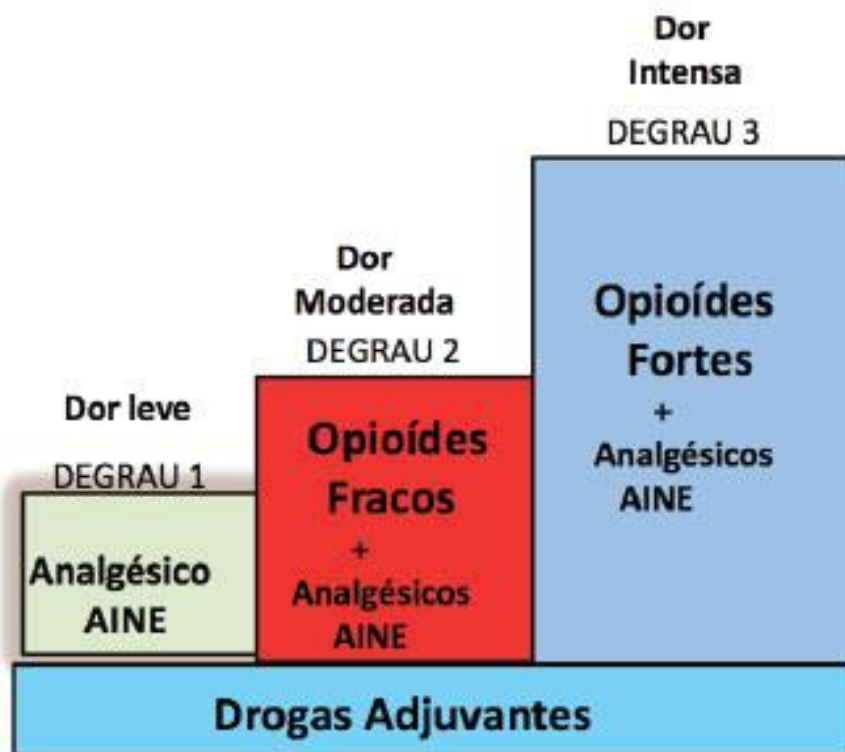
- Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 15. 3-37
- Santos, M. (2011). *Dor no doente Oncológico em Fase Terminal. Análise de uma Experiência de Cuidar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008). *Control of pain in adults with cancer A national clinical guideline*. Novembro. ISBN 978 1 905813 38 4. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>
- Simões, R.; Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Jul./Set; 14(3): p485-489. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300008
- Sousa, M (2009). *O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Psiquiatria cultural. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Junho. Disponível no RCAAP.
- Thomaz, A. (2010). Dor Oncológica: Conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco&*. Agosto/Setembro. P.24-29. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf
- UNIDADE CURRICULAR DE SUPERVISÃO CLÍNICA (slides da sessão 5). Prof. Miguel Serra (2015). 6º. Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa..
- Swarm, R; Abernethy, A; Anghelescu, D.; Benedetti, C.; Blinderman, C.; Boston, B; Cleeland, C.; et al (2010). Adult Cancer Pain. Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 8, number 9. P1046-1086. September. Acedido a 10/12/2015. Disponível em: <http://www.jnccn.org/content/8/9/1046.full.pdf>

- Viana, A. (2014). *Sufrimento experienciado pelo enfermeiro quando cuida o doente em fim de vida com dor não controlada*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Disponível no RCAAP.
- Waldow, V. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Janeiro/Fevereiro. 62(1): p 140-145. Brasília. Acedido a 27/03/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- World Health Organization (2016). *Cancer*. Acedido a 20/02/2016. Disponível em: <http://www.who.int/topics/cancer/en/>.
- World Health Organization (2011). *Palliative care for older people – Better practices*. ISBN 978 92 890 0224 0.
- World Health Organization (2004). *Palliative care for older people - The Solid Facts*. ISBN 92 890 1091 6.

ANEXOS

Anexo I – Escada analgésica da WHO

ESCALA ANALGÉSICA DA WHO



In: Rangel e Teles (2012)

Anexo II – Escala de hetero-avaliação da dor PAINAD

Data: ____/____/____

Hora: _____

ESCALA PAINAD

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Versão Portuguesa adaptada de Batalha et al, 2012

Pontuação:

O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Anexo III – Escala de hetero-avaliação da dor DOLOPLUS

ESCALA DOLOPLUS

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA

APELLIDO..... NOME PRÓPRIO		DATAS			
SERVIÇO.....					
Observação comportamental					
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hírdina Guarda		PONTUAÇÃO			

ESCALA DOLOPLUS CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO

1. A UTILIZAÇÃO NECESSITA DE UMA APRENDIZAGEM

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma pessoa de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no "boletim de articulação de cuidados".

3. NÃO COTAR NADA NO CASO DE EXISTIR UM ITEM DESADEQUADO

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

6. ESTABELECEER UMA ACTUALIZAÇÃO DAS PONTUAÇÕES

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à sedação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

7. NÃO COMPARAR AS PONTUAÇÕES DE PACIENTES DIFERENTES

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

8. EM CASO DE DÚVIDA, NÃO HESITAR EM FAZER UM TESTE TERAPÊUTICO ANTÁLGICO ADAPTADO

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

9. A ESCALA EFECTUA A COTAÇÃO DA DOR E NÃO DA DEPRESSÃO, DA DEPENDÊNCIA OU DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

10. NÃO RECORRER SISTEMATICAMENTE À ESCALA DOLOPLUS-2

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de levantamento de necessidades de formação dos enfermeiros no IEM

QUESTIONÁRIO

Necessidades de Formação dos enfermeiros no Cuidar da Pessoa em Fim de Vida

No âmbito da unidade curricular Opção II do 6º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica da ESEL, foi-me proposta a elaboração de um projeto de intervenção que me permita o desenvolvimento de competências de enf^a especialista, e capaz de contribuir para a melhoria de cuidados prestados aos nossos clientes.

Após reflexão sobre a minha prática, faz-me sentido abordar a temática subjacente ao Cuidar da Pessoa em Fim de Vida. Porém, a vossa opinião enquanto elementos desta equipa de enfermagem é fundamental, pelo que pedia a vossa colaboração no preenchimento deste questionário anónimo.

Os resultados serão posteriormente divulgados no seio da equipa de enfermagem.

1. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos na área do Cuidar da Pessoa em Fim de Vida?

Sim

Não

- 1.1. Porquê?

2. Relativamente à temática acima referida, que aspetos considera mais importantes aprofundar, no sentido da melhoria dos cuidados prestados?

Filosofia dos Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	Fadiga	<input type="checkbox"/>
Comunicação	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>
Dor	<input type="checkbox"/>	Confusão mental/delirium	<input type="checkbox"/>
Dispneia	<input type="checkbox"/>	Apoio à família	<input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	Trabalho de equipa	<input type="checkbox"/>

Outros:

Muito Obrigada...

Joana Gaspar Simão

Enf^a do Serviço de Especialidades Médicas do HVFX

Apêndice II – Análise do questionário de levantamento de necessidades de formação

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

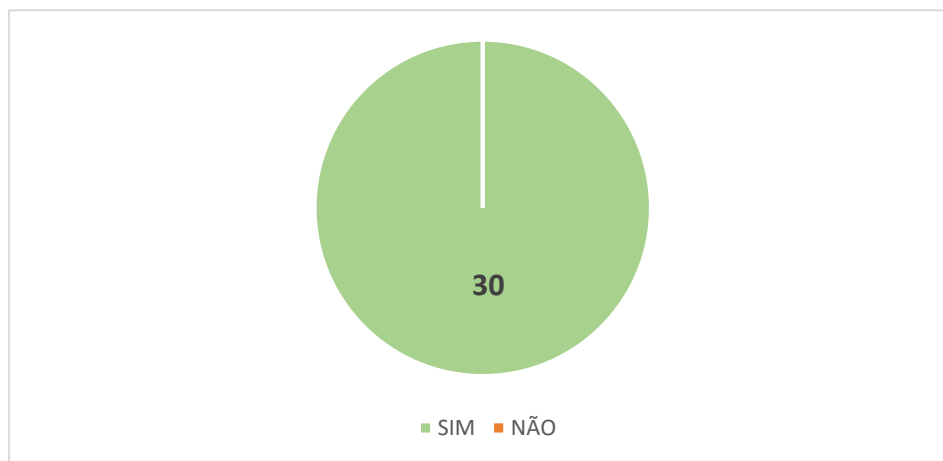
Necessidades de formação dos enfermeiros no cuidar da pessoa em fim de vida

Nº. de participantes: 30 enfermeiros de cuidados gerais

(91% da totalidade da equipa de cuidados gerais)

1. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos na área do Cuidar da pessoa em fim de vida?

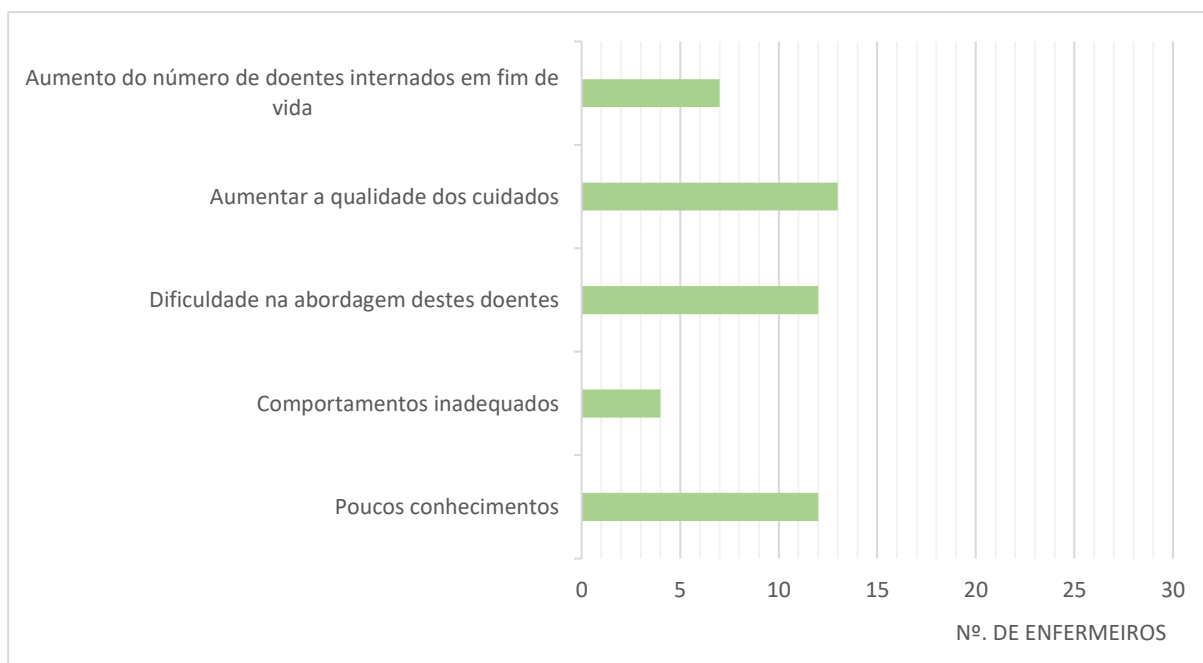
Gráfico I



1.1 Porquê?

Gráfico II

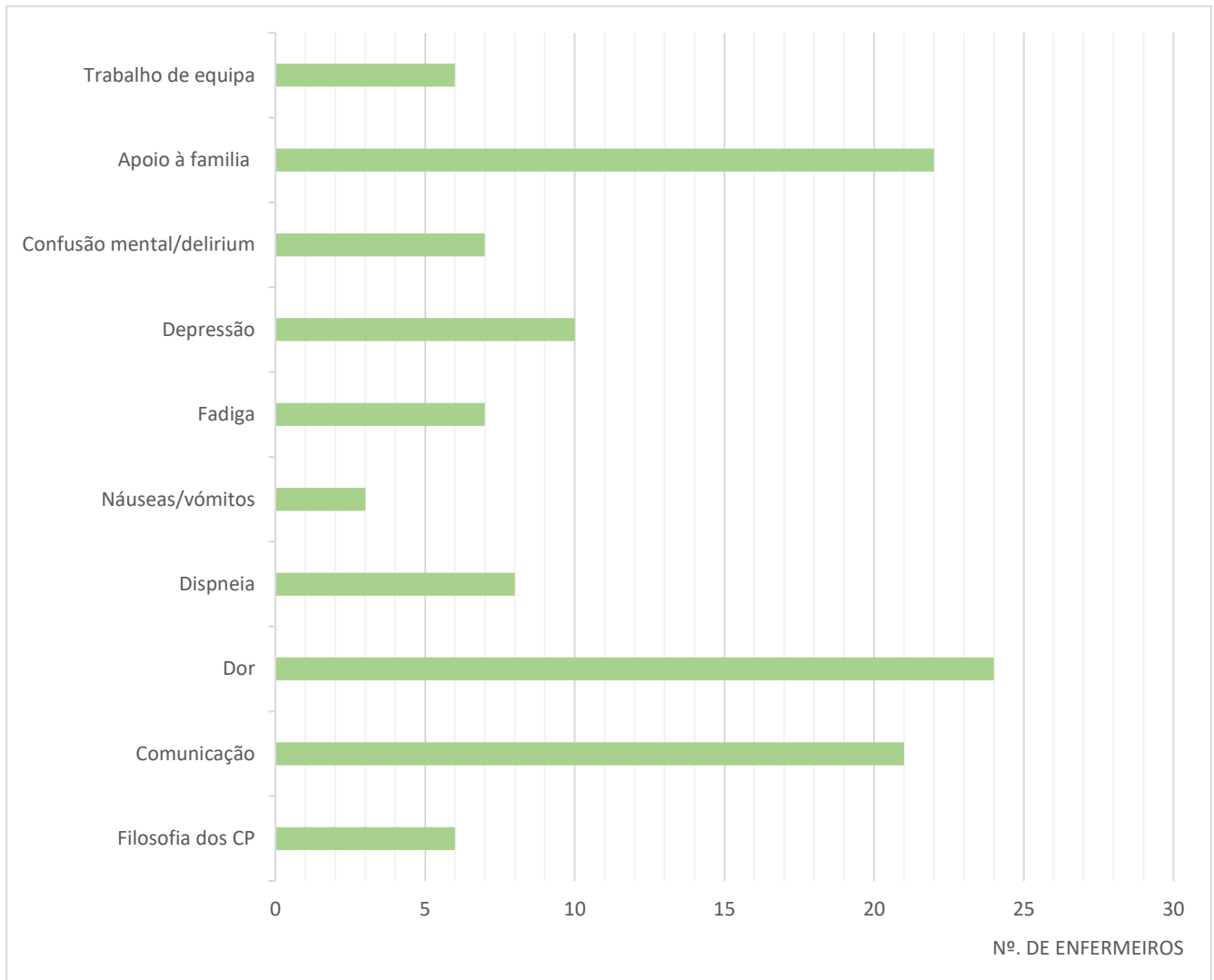
Nº. de enfermeiros por motivo de necessidade de aprofundar conhecimentos na área do Cuidar da pessoa em fim de vida



2. Relativamente à temática acima referida, que aspetos considera mais importantes aprofundar, no sentido da melhoria dos cuidados prestados?

Gráfico III

Nº. de enfermeiros por subtema com necessidade de aprofundamento na área do Cuidar da pessoa em fim de vida



Apêndice III – Caracterização e pertinência da seleção do 1º campo de estágio
(UCP)

CARACTERIZAÇÃO E PERTINÊNCIA DA SELEÇÃO DO PRIMEIRO CAMPO DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Paliativos

A UCP selecionada como primeiro campo de estágio, é uma unidade de internamento e está inserida num hospital focado no tratamento e acompanhamento de pessoas com doenças crónicas e progressivas, através de uma intervenção rigorosa, mas personalizada e humanista. Este serviço segue, portanto, a filosofia de cuidados paliativos.

É constituído por 27 camas, distribuídas por 18 enfermarias de uma ou duas camas. Reúne recursos físicos, técnicos e humanos adequados às diferentes fases dos cuidados paliativos, nomeadamente à fase de fim de vida. Desta riqueza e especialização de recursos, destaca-se a formação diferenciada da equipa de saúde. Efetivamente, “os cuidados paliativos promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar” (APCP, 2006:3). É claro o trabalho desta unidade sobre um plano de intervenção conjunto. Existe uma verdadeira intervenção multidisciplinar, por profissionais especializados das diversas áreas de interveniência, no sentido de responder às verdadeiras necessidades de cada doente, através de um plano específico e personalizado. Esta avaliação pode, portanto, incluir a ação médica, de enfermagem, da psicologia, da assistência social, equipa de profissionais eclesiais, fisioterapia, terapia ocupacional, equipas de animação, ou outros profissionais de apoio disponíveis nesta instituição, como resposta à necessidade de aliar a competência e rigor, à humanização dos cuidados, no respeito supremo pelas necessidades e desejos de cada doente, sempre incluindo a família em todo este processo. Conforme a ideologia paliativa prevê, existe nesta unidade uma preocupação real com o sofrimento multidimensional do doente, de onde o controlo de sintomas se demarca como um verdadeiro pilar dos cuidados planeados e oferecidos.

O trabalho desta equipa de saúde é, portanto, reconhecida pela APCP, pelo seguimento das recomendações de boas práticas associadas ao desempenho deste tipo de

cuidados. Logo, e por tudo quanto tem sido referido (filosofia de cuidados, especialização da equipa de saúde, planeamento e intervenção centrada no indivíduo/família, atenção primária ao sofrimento e controlo de sintomas) considere estarem reunidas as condições promotoras do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, na medida em que, permitem a melhoria da minha prática no contexto da intervenção de enfermagem na gestão da dor do doente em fim de vida.

Apêndice IV - Referências bibliográficas complementares ao percurso de estágio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARES

AO PERCURSO DE ESTÁGIO

- Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.
- Acedo, E. (2014). *Avaliação da dor: diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Batalha, L. ; Duarte, C.; Rosário, R.; Costa, M ; Pereira, V.; Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 8 - Dez. P7-16. Disponível no RCAAP.
- Barbosa, A.; Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa.
- Bragança, J. (2011). *Enfermeiros de Cuidados Paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Setembro. Acedido a 13/12/2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6056/1/641657_Tese.pdf
- Cardoso, A. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em RCAAP.
- Cassileth, B.; Gubili, J. (2010). *Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor*. In. A. Kopf & N. Patel - Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. (pp.57- 63). USA: IASP. Acedido a 03/11/2015. Disponível em: <http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>.

- Change Pain (2015). *Guia de consulta rápida. Tratamento da dor*. Grunenthal S.A. Portugal.
- Costa, M.; Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. III série – nº. 7 – Julho. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a07.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5ª Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa nº. 09/DGCG de 14/06/03.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da dor*. Circular normativa nº. 11/DSCS/DPCD de 18/06/08.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Circular Normativa nº. 15/2010 de 04/12/10.
- Esteves, A. (2013). *Vivências da Pessoa com Doença Oncológica Avançada Progressiva*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.
- European Association for Palliative Care (2013). *Core competencies in palliative care*. *European Journal of Palliative Care*, 20(2). P.86-145. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22\(1\)Hughes_part2.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22(1)Hughes_part2.pdf)
- European Oncology Nursing Society (2013). *Dor irruptiva oncológica, Guidelines 2013 – guia de bolso*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf
- Figueiredo, R. (2007). *A Pessoa em Fim de Vida no Hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.

- Fradique, E. (2010). *Efetividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Coisas de ler. 2ª. Edição. IBSN: 978-989-8218-50-6.
- Greater Manchester & Cheshire Cancer Network (2015). *Pain & Symptom control Guidelines*. 3rd Edition. July. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.sah.org.uk/media/496763/scn_pain_symptom_control_guidelines_june_2015.pdf
- Groninger, H.; Vijayan, J. (2014). Pharmacologic management of pain at the end of life. *American Family Physician*. July. 1-,90(1): 26-32. Acedido a 15/01/2016. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2014/0701/p26.html>
- Lameira, M. (2009). *As Atitudes Dos Enfermeiros Face Avaliação Da Dor Crónica Nos Doentes Oncológicos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências da Dor. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Disponível em RCAAP.
- Ministerio de Salud (2011). *Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie Guias clínicas MINSAL. Santiago. Consultado a 12/12/2015. Disponível em: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>
- Ministério da Saúde (2012). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Nº 1083.
- Minson, F.; Assis, F.; Vanetti, T.; Junior, J.; Mateus, W.; Del Giglio, A. (2012). Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer. *Revista Einstein*. 10(3):292-295. Acedido a 06/01/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a06>
- Morete M. C., Minson F. (2010). Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica*. 11(1), 74- 80. Acedido

a 15/11/2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>

Neto, I.; Aitken, H.; Paldron, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência*. 1ª. Edição. Cascais. Pergaminho. Lda.

Nicolau (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Junho. Disponível no RCAAP.

Núcleo de Cuidados Paliativos (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N.23. p457-464. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Oliveira, S.; Queiroz, A.; Matos, D.; Moura, A.; Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Jan-Fev; 65(1): 155-61. Acedido a 16/02/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5.

Paulos, A. (2014). *Cuidados Paliativos em doentes com cancro*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Disponível no RCAAP.

Paice, J.; Ferrel, B. (2011). *The Management of Cancer Pain*. Cancer Journal Clinic. Volume 61. Number 3. May/June. P. 61-157. Acedido a 12/12/2015. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20112/epdf>

Pedro, A.; Silva, M. (2015). *Manual de Rotação de Opióides*. 1ª. Edição. Laboratórios Vitória. Abril. Portugal.

Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte*. Universidade Católica Editora. Lisboa.

Pilatto, M. (2011). *Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica*. Trabalho referente à componente curricular: Vivências Teórico-Práticas em Oncologia da Pós-graduação Lato Sensu em Oncologia. Universidade Regional do Noroeste do

Estado do Rio Grande do Sul. Acedido a: 11/12/2015. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1>

Pontalti, G.; Rodrigues, E.; Firmino, F.; Fábris, M.; Stein, M.; Longaray, V. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*. 32(2). P.199-207. Acedido a 13/11/2015, Disponível a <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/26270/19181>

Pontes, A; Leitão, I.; Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Maio/Junho. 61(3): 312-318. Acedido a 16/02/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

Portenoy R. (2011). Treatment of cancer pain. *Lancet*. Vol.377: 2236–2247. Acedido a 01/02/2016. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0140673611602365/1-s2.0-S0140673611602365-main.pdf?_tid=f3ccb9ca-8782-11e6-b929-00000aab0f6c&acdnat=1475290898_73514a1ed84371f64368fe73d8b445e9

Ramos, A.; Sá, E. (2015). 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. *Journal of Aging & Innovation*, 4 (1): 18-35. ISSN: 2182-6951.

Rangel, O.; Telles, C. (2012). Tratamento da dor oncológica em cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 11. Abril/Junho. P.32-37. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324.

Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzano, E.; Berti, M.; Rolia, F. (2012) – Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23 (supplement 7): 39-54. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: https://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii139.full.pdf+html

Ritto, C.; Rocha, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R. e Faustino, S. (2012). *Manual da Dor Crónica*. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO

- Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008). *Control of pain in adults with cancer A national clinical guideline*. Novembro. ISBN 978 1 905813 38 4. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>
- Simões A. (2011) A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Revista da Dor de São Paulo*. 12(2): 166-71. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf>
- Swarm, R; Abernethy, A; Anghelescu, D.; Benedetti, C.; Blinderman, C.; Boston, B; Cleeland, C.; et al (2010). Adult Cancer Pain. Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 8, number 9. P1046-1086. September. Acedido a 10/12/2015. Disponível em: <http://www.jnccn.org/content/8/9/1046.full.pdf>
- Thomaz, A. (2010). Dor Oncológica: Conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco&*. Agosto/Setembro. P.24-29. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf
- Witte, W. & Stein, C. (2010). *Histórico, definições e opiniões actuais*. In. Kopf, A.; Patel, N. - Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. p.1- 5. USA: IASP. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>
<http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>
- World Health Organization (2011). *Palliative care for older people – Better practices*. ISBN 978 92 890 0224 0.
- World Health Organization (2004). *Palliative care for older people - The Solid Facts*. ISBN 92 890 1091 6.

Apêndice V – Instrumento de registo de observação

INSTRUMENTO DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR DO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA

Data: ___/___/___

Idade: _____ sexo: F M Diagnóstico: _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

A). AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR

1. **Intensidade** Escala utilizada: _____

2. Evolução

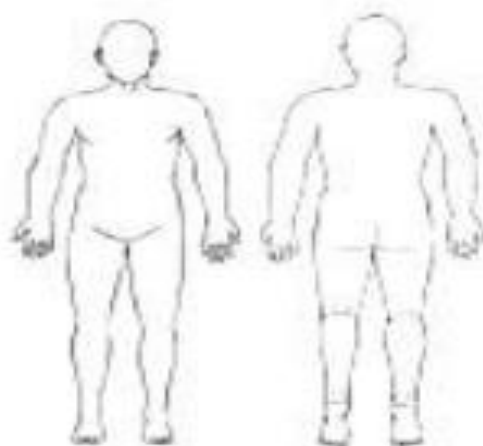
- Instalação súbita
- Instalação progressiva
- Constante
- Intermitente
- Episódica
- _____

3. Tipologia

- Formigueiro Picada
- Queimadura Latejo
- Facada Moinha
- Outro: _____

4. Localização

Irradiação _____



5. Fatores de alívio e agravamento

Alívio: _____

Agravamento: _____

6. Sintomas associados

- Fadiga Náuseas Vômitos Perda de apetite
- Insónia Depressão Dispneia _____

7. Impacto nas necessidades humanas fundamentais (De que forma?)

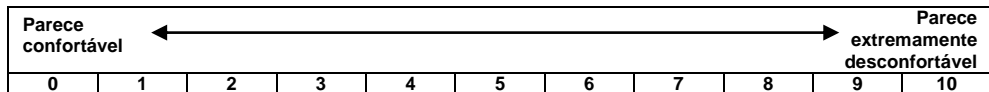
- Respirar: _____
- Comer e beber: _____
- Vestir-se e despir-se: _____
- Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos: _____
- Manter temperatura corporal: _____
- Eliminar: _____
- Dormir e repousar: _____
- Evitar perigos: _____
- Movimentar-se e manter postura correta: _____
- Comunicar com os seus semelhantes: _____
- Praticar a sua religião/agir segundo as suas crenças: _____
- Ocupar-se de forma a sentir-se útil: _____
- Divertir-se: _____
- Aprender: _____

8. Outras manifestações/ expressões de dor

INSTRUMENTO DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR DO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA

9. Impacto no conforto geral



B). INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA GESTÃO DA DOR

1. Plano farmacológico de base (analgésico + adjuvante)

2. Intervenção farmacológica

3. Intervenção não farmacológica

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apoio Psicológico | <input type="checkbox"/> Distração | <input type="checkbox"/> Terapias Alternativas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suporte emocional | <input type="checkbox"/> Termoterapia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoio espiritual | <input type="checkbox"/> Crioterapia | <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoeducação | <input type="checkbox"/> Posicionamento terapêutico | |
| <input type="checkbox"/> Relaxamento | <input type="checkbox"/> Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) | |
| <input type="checkbox"/> Massagem | <input type="checkbox"/> Estratégias Ambientais: _____ | |

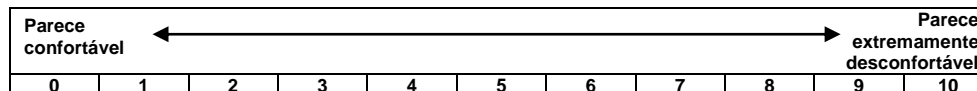
C). (RE)AVALIAÇÃO APÓS INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- Após _____ h da intervenção :

1. Intensidade Escala utilizada: _____

2. Melhorias da dor após intervenção: _____

3. Melhoria do conforto geral: _____



ANOTAÇÕES:

Apêndice VI – Reflexão de evento significativo I (UCP)

REFLEXÃO DE EVENTO SIGNIFICATIVO I

No primeiro local de estágio (UCP), tive a oportunidade de acompanhar a fase final da doença do sr. António (nome fictício), com diagnóstico de glioblastoma, que após vários tratamentos de QT, RT e cirurgia, recidivou ao fim de um ano do diagnóstico inicial. O sr. António, de 47 anos de idade, encontrava-se nesta altura internado em contexto de cuidados paliativos, onde após a última avaliação da neurocirurgia (já durante este internamento), confirmou a necessidade de priorizar cuidados de conforto, dado o progresso rápido da doença (com aumento substancial da lesão cerebral) e as sequelas adjacentes a todo o processo de doença/tratamento. Importante referir que o sr. António tinha como antecedentes pessoais doença bipolar e epilepsia. Das duas intervenções cirúrgicas realizadas no contexto da sua doença oncológica resultou hemiparesia à direita e afasia. Apresentava períodos de confusão, comportamento agitado, com gemido intenso e em aparente estado de sofrimento. O plano farmacológico incluía analgesia e sedação, ainda em fase de ajuste da dose ideal. Para além de todo um conjunto de terapêutica adjuvante, este plano farmacológico incluiu, assim, Morfina e Midazolam de base, prevendo doses de resgate em 1/6 da dose diária, conforme a evidência científica prevê (EONS, 2013). No segundo dia de ajuste da terapêutica, após introdução deste plano farmacológico, pude acompanhar este doente durante o turno da manhã. Na avaliação da dor pela escala PAINAD, o sr. António manifestava uma dor de 7/10. Dada a sua condição, foi-me impossível avaliar pormenores e características específicas da sua experiência dolorosa, porém, pela análise do comportamento não-verbal observado identificava-se fácies de dor claro, gemido permanente e agitação psicomotora. Além disso, estava descrito em notas de enfermagem alterações do padrão de sono e começava-se a notar alguns sinais de cansaço e polipneia ligeira.

Após 3 resgates (2 morfina + 1 de Midazolam) durante o período da manhã, associados a técnicas de relaxamento e suporte emocional (privilegiando a presença de pessoa significativa, presença e toque), realizou-se nova observação comportamental e aplicação da PAINAD. Nesta altura, o doente revelou uma diminuição da intensidade da dor para 5/10. Claramente menos inquieto e ansioso, mas ainda com alguma perturbação aparentemente mantida, sobretudo manifestada por esgar facial e gemido, que embora menos intenso, continuava presente.

Nesta altura, surgiu intencionalmente uma conversa informal com a mãe do doente (cuidadora principal) onde se partilharam mutuamente dúvidas, expectativas e necessidades, relacionadas com a situação atual do sr. António. Neste momento, a mãe revelou que, no dia anterior teria trazido material informático e de música que o filho costumava utilizar diariamente, na esperança ingénuo que a qualquer altura ele lho pedisse – *ele andava sempre com isso atrás*.

Em conjunto com a minha orientadora percebemos que o doente tinha uma ligação pessoal e profissional à música, não compreendida até ao momento desta conversa.

Continuando a discutir-se este assunto com a cuidadora, propôs-se experimentar utilizar esse material pessoal, da forma e para o efeito que o doente o costuma utilizar. Na primeira reação à experiência, penso que a mãe não terá compreendido a verdadeira intenção da nossa proposta, porém, consentiu e os resultados conseguidos foram os que se esperavam.

Ao final de mais ou menos 1h, com os *headphones* colocados a ouvir a sua própria seleção musical notou-se uma nítida mudança do seu comportamento – menos tenso, mais tranquilo, o gemido foi completamente anulado, parecendo no geral, menos perturbado. Na reavaliação da intensidade da dor feita, sensivelmente, 1h30min. após início desta estratégia experimental, o score da escala PAINAD deu 3/10, com claro alívio e contentamento até para o sofrimento associado da mãe do sr. António.

Esta vivência trouxe vários contributos ao meu processo de aprendizagem, permitindo-me refletir sobre aspetos que já tinha tido oportunidade de trabalhar em contexto teórico. Primeiro permitiu-me um pensamento mais aprofundado sobre a pertinência do trabalho de Cecily Sanders, sobre a dor como fenómeno “total”. Esta interpretação da dor não apenas na dimensão física, mas também, na dimensão emocional, social e espiritual pode influenciar a sua génese, expressão e, conseqüentemente, a forma como exige intervenção de alívio.

Leão (2012) investigou o efeito da música sobre a dor oncológica e confirmou na teoria, o que agora observei em contexto da prática real. A música promove um relaxamento muscular e contribui para a alteração da perceção dolorosa (dimensão física), altera o estado de ânimo, ansiedade e permite a recordação de efeitos significativos do passado (emocional), funciona como ponte de fuga do isolamento (social) e promove conforto espiritual pela abertura que permite à reflexão sobre o significado da vida. O que

senti durante o acompanhamento deste episódio foi a efetiva materialização do efeito da música sobre a dor. Dado o estado cognitivo-comunicativo do doente, não me é, de todo, possível perceber se todas essas dimensões estariam efetivamente envolvidas. Porém, com a primeira abordagem realizada, apenas utilizando farmacoterapia analgésica, numa intervenção focada sobretudo na dimensão biofísica da dor, ficou a sensação de insuficiência do processo de gestão dolorosa.

Diniz (2012) lembra-nos que uma das maiores dificuldades com que nos deparamos na abordagem da dor é focarmo-nos mais frequentemente no sintoma do que na pessoa. Conseguir identificar e potenciar um recurso pessoal, integrativo do ponto de vista da sua história de vida e do seu quotidiano habitual, como se revelou a música no caso da vivência concreta deste doente pode revelar-se uma ótima resposta complementar ao plano terapêutico. O mesmo autor relembra que estes recursos permitem que a pessoa se sinta integrada no seu mundo, preservando a sua dignidade e, portanto, revelando-se imprescindíveis ao seu alívio e conforto. Neste sentido, Kolcaba (2003) recorda-nos que o conforto deve ser o resultado de enfermagem esperado, promovido pela capacidade de atender às verdadeiras expectativas e necessidades de cada doente de forma individualizada.

Intervir sobre esta visão holística e personalizada requer trabalho e esforço diário. Porém, sinto ter conseguido conduzir o evento vivenciado no sentido da procura da verdadeira satisfação da necessidade da pessoa, contribuindo para o alcance de um estado de serenidade com minimização significativa da experiência individual de sofrimento, caminhando no sentido da harmonização entre os diferentes estados do conforto definidos por Kolcaba (2003). Além disso, considero que a estratégia utilizada para controlo da dor permitiu uma experiência aumentada de conforto, que pode ser interpretada não apenas na dimensão física (com a redução da intensidade da dor avaliada) mas também na dimensão psico-espiritual (pelo relaxamento e auto-consciencialização de si mesmo), na dimensão ambiental (pelo reconhecimento e encontro com uma sonorização auto-identificativa), e eventualmente até social (pela identificação interpessoal que pode ter permitido) (Kolcaba, 2003). Tal fenómeno faz-nos refletir sobre a relação entre a dor e o desconforto, entendendo que o alívio da dor é, efetivamente, uma condição imperativa na procura pelo equilíbrio entre os diferentes estados e contextos implicados na condição de maior conforto possível.

As entrevistas e a elaboração da história de dor revelam-se, assim, instrumentos essenciais no conhecimento da pessoa, da doença e de toda a sua envolvimento, apesar de nos esquecermos frequentemente disto nos cuidados às populações especiais, “nomeadamente, doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (Ritto e Rocha, 2012:109). Já Nightingale (1859, citado por Dowd, 2004) alertava para a importância deste conhecimento, lembrando que é na atenção individualizada à pessoa que se salvam vidas e se aumenta a saúde e o conforto. Neste sentido, a avaliação cuidada e criteriosa do comportamento não-verbal é essencial para o êxito do processo de gestão da dor. Porém, apesar de 65% de toda a comunicação resultante duma interação entre duas pessoas ser de caráter não-verbal, tendemos a valorizar preferencialmente a comunicação verbal (Ramos e Bortagarai, 2012), acabando por nos sentirmos perdidos, quando esta componente da comunicação não está presente. Segundo as autoras anteriores isto acontece porque a comunicação não-verbal requer maior atenção e tempo, onde nem sempre encontramos espaço para treinarmos estas competências. Neste sentido, o episódio vivenciado revelou-se um ótima experiência de treino destas capacidades de observação e análise de comportamento, uma vez que, dado o estado clínico do doente, não conseguiria obter informação direta relevante na avaliação do seu quadro doloroso, de outra forma. “Os profissionais de saúde têm a tarefa de interpretar o significado da comunicação não-verbal que o sujeito envia, com a finalidade de estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades singulares do paciente” (Ramos e Bortagarai, 2012:3). No fundo, e não sendo novidade, a observação (do ponto de vista científico) revela-se num dos mais importantes instrumentos de trabalho do cuidado de enfermagem.

Outro elo fundamental no processo de gestão da dor deste doente foi, sem dúvida, a relação de confiança e empatia que consegui construir com a sua família (mãe). Tal relação foi essencial na atualização do seu plano terapêutico anti-álgico, permitindo-me adquirir outro tipo de informação individualizada, que de outra forma não teria sido possível, levando-me a refletir sobre outro ponto – importância da família no processo de gestão da dor.

A informação recolhida através da observação revelou-se essencial na construção do plano terapêutico do Sr. António. Porém, reconheço que a família se revelou uma fonte de informação complementar fundamental neste percurso de cuidados, permitindo-me intervir utilizando recursos à qual não teria acesso de outra forma, condicionando muito provavelmente o resultado final assistido. Às vezes, envolvidos na ideia de que “o doente

é o melhor avaliador da sua situação”, impedimos uma visão mais clara da nossa área de intervenção, do problema e da própria solução. Como Cavaco (2009:224) refere, “ as rotinas (...) caracterizam-se como aprendizagens cristalizadas que funcionam como obstáculos à realização de novas aprendizagens” – a integração efetiva da mãe (pessoa significativa) no processo de cuidados deste doente, permitiu-me olhar para a família como efetiva parceira de cuidados, situação à que nem sempre valorizei, eventualmente pelo envolvimento rígido das minhas próprias rotinas.

Ritto e Rocha (2012) alertam-nos para dois princípios básicos da avaliação da dor: utilizar todas as fontes de informação disponíveis para compreensão da história de dor; e solicitar a colaboração da família/cuidadores informais neste processo de avaliação. A atenção a estes pormenores permite a clarificação das vivências do doente, usando essa informação para identificar estratégias personalizadas e verdadeiramente humanizadas com a capacidade de priorizar o conforto e bem-estar. Assim, é importante que a família seja vista como “parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar” (Rodrigues, 2013:47). É à medida que vamos incluindo as famílias nos cuidados de saúde, sobretudo nesta perspetiva da entreajuda na procura da assertividade das respostas terapêuticas e potencialização dos resultados, que se vão modificando os padrões habituais da prática clínica (Wright e Leahey,2009). Neste sentido, sinto que consegui consolidar habilidades e conhecimentos, que contribuíram não só para a minha capacitação enquanto futura enfermeira especialista, mas também, para a melhoria da qualidade dos cuidados, neste caso específico, para o alívio sintomático satisfatório do doente em fim de vida e o seu conforto.

Em todo este processo, lamento apenas, não ter iniciado esta abordagem efetivamente personalizada e holística mais precocemente. Talvez tivesse permitido mais experiências de alívio e conforto ao Sr. António, durante o tempo curto em que esteve aos meus cuidados. Poderia até ter permitido que esta intervenção fosse instituída atempadamente como estratégia profilática e não como controladora da dor já instalada. O Dr. Pina, Paliativista inveterado com larga experiência e trabalho desenvolvido nestas questões da dor em fim de vida, costuma frequentemente dizer nas suas palestras que a “a dor não é para ser tratada, mas sim evitada”. E é neste sentido, e sobre esta intenção, que devo continuar a refletir sobre a minha prática de cuidados.

Esta foi uma experiência enriquecedora que irá ter consequências claras na forma como planearei todos os futuros processos de avaliação da dor a doentes sem capacidade para fazer o auto-relato das duas queixas. O envolvimento da família na avaliação da dor, a avaliação realizada numa perspetiva multidimensional e a adequação das estratégias de alívio à individualidade de cada doente (sejam farmacológicas ou não farmacológicas), com foco no alcance do maior estado de conforto possível, desempenham agora importantes orientadores do processo de gestão da dor do doente oncológico em fim de vida, que pretendo mobilizar no momento da aplicação de aprendizagens no meu local de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Inisinos*. Vol.13, nº.3.p220-227. Set.-Dez.
- Diniz, L. (2012). *Dor Crónica*. In: Manual da Dor Crónica. P.87-100. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO.
- EONS (2013). *Dor irruptiva oncológica. Guidelines 2013. Guia de Bolso*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.
- Leão, E. (2012). *Dor oncológica. A música como terapia complementar*. Acedido a 12/11/2015. Disponível em: <http://www.hospitalsamaritano.com.br/boletimcentroestudos/1/doroncológica.htm>

Ritto, C.; Rocha, F. (2012). *Avaliação da Dor*. In: Manual da Dor Crónica. P.101-124. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO

Rodrigues, L. (2013). *A família parceria no cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Tese para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Medico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Wright, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. Roca Editora. 4ª. Ed. São Paulo. ISBN: 978-857-2417-74-7.

Apêndice VII - Análise e reflexão crítica dos dados da observação na UCP

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DOS DADOS DA OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Considerarei essencial registar as observações realizadas em contexto de estágio, na área do controlo da dor do doente oncológico em fim de vida de forma a conseguir conceptualizar a teoria e consolidar aprendizagens. Com este objetivo, utilizei o documento de registo (apêndice V), construído para colheita de informação em campo, de forma a facilitar a esquematização das observações, explorando implicações da dor nas vivências do doente em fim de vida e intervenções para o alívio da dor, permitindo em simultâneo, uma reflexão crítica da prática desenvolvida em contexto real, considerando a evidência científica consultada.

Foi-me possível, durante o período de estágio, seguir 5 doentes com experiência de dor, dos quais 3 com doença oncológica e os restantes com doença não oncológica, todos em fase final de vida, sob cuidados paliativos. Das situações com doentes do foro não-oncológico, fiz a transposição das aprendizagens possíveis, sempre que essa generalização se revelou adequada, à luz da evidência científica.

O acompanhamento a estes doentes foi feito em 20 episódios diferentes, atendendo não só a momentos efetivos de dor presente, como também a experiências anteriores e/ou processos de evolução relacionados com a experiência dolorosa e implicações no seu estado de conforto. Sempre que se considerou importante, as observações efetuadas foram complementadas com os registos, não só de enfermagem, mas de toda a equipa multidisciplinar, aumentando muitas vezes a riqueza da informação obtida e a condição para a reflexão crítica.

A forma como a observação foi feita e registada permitiu-me reunir dados relativamente à evolução imediata das queixas dolorosas em cada um dos episódios de dor presenciados, mas também, da sua evolução a longo prazo, ao longo dos vários episódios num mesmo doente. Além disso, e na dificuldade de acompanhar de forma continuada a evolução das queixas e, sobretudo em determinadas situações, de fazer uma (re)avaliação eficaz num espaço de tempo capaz de compatibilizar o meu momento em campo de estágio e a manifestação de resultados significativos após as intervenções planeadas e instituídas, acabei por utilizar recorrentemente os registos de enfermagem e alguns relatos de colegas como pontos intermédios de análise. Tais registos revelaram-se muitas vezes essenciais na procura pelo entendimento da evolução das queixas e

respetiva eficácia das estratégias de alívio introduzidas, quer em contexto de resultados imediatos, quer a longo prazo.

A população observada incluiu 3 homens e 2 mulheres, com idades compreendidas entre os 47 e os 85 anos.

1.1. AVALIAÇÃO E HISTÓRIA DA DOR

Para a avaliação da intensidade da dor utilizaram-se 3 escalas – numérica, qualitativa e PAINAD. A escala numérica foi utilizada em 10 dos episódios, por doentes com capacidades cognitivas e comunicativas mantidas, capazes de compreender a grandeza numérica. Em situações específicas de comprometimento das habilidades cognitivas, com dificuldade na compreensão da escala numérica foi utilizada a escala qualitativa (3 episódios de observação). A PAINAD foi a escala que escolhi para a avaliação da dor nos restantes 7 episódios de observação, correspondente a avaliações em doentes com alterações da comunicação e/ou da cognição. A seleção foi feita uma vez que é uma escala comportamental de heteroavaliação e observar o comportamento da pessoa, na impossibilidade de conseguir uma auto-avaliação, é a estratégia correta na avaliação da dor, de acordo com as orientações da DGS (2010).

Estes resultados refletem, portanto, uma população com suficiente sensibilidade cognitiva e capacitada na expressão verbal, maioritariamente. Como Ritto e Rocha (2012:109) relembram, “a pessoa é sempre o melhor avaliador da sua própria dor”, pelo que, privilegiar estas escalas é reconhecer e assegurar este princípio. Nos restantes doentes esta avaliação foi impossível de realizar, dadas as características cognitivo-comunicativas dos doentes observados, daí a utilização da PAINAD.

Nas reavaliações da dor agi em concordância com as orientações descritas pela DGS (2003) utilizando, ao longo do tempo, sempre a mesma escala para o mesmo doente. Porém, ao longo do estágio existiu uma situação onde houve necessidade de alterar a escala de avaliação em utilização. Essa situação, prevista nas orientações anteriores, foi justificada pela aparente alteração da capacidade de compreensão do doente, da escala até então utilizada. A determinada altura do internamento, este sr. começou a revelar dificuldade na percepção e significado da dimensão numérica. À medida que fui acompanhando e conhecendo este doente fui denotando perda de algumas faculdades mentais, nomeadamente ao nível do raciocínio e memória. Consultei ainda o seu processo

clínico, onde constatei nos registos da psicologia e terapia ocupacional uma diminuição no score do Mini-mental (exame do estado mental) e informação comportamental durante estas terapias que apoiavam a minha apreciação. Assim, e percebendo que a aplicação da escala numérica poderia estar a comprometer o processo de gestão da dor deste doente, optei por tentar a utilização da escala qualitativa. Foi essencial o ensino à pessoa sobre o significado e utilização desta nova escala, avaliando a sua aptidão para o processo proposto. Ritto e Rocha (2012) relembram que é essencial assegurar que o doente compreende, corretamente, o sentido e utilização do instrumento selecionado, privilegiando uma linguagem apropriada para a sua colaboração e sucesso da intervenção. Pareceu-me na altura que a escala qualitativa era melhor compreendida pelo doente, maximizando os resultados e garantindo uma melhor abordagem no alívio da experiência dolorosa. Situação que comprovei posteriormente.

Apesar da intensidade da dor ser das dimensões mais importantes na caracterização da dor, Ritto e Rocha (2012:104) relembram que “valorizar a dor não significa apenas avaliar a sua intensidade, significa também conhecer a sua história”. Assim colheu-se ao longo deste processo, sempre que possível, todos os dados relacionados com a história de dor de cada doente, atendendo aos parâmetros definidos pela O.E (2008), nomeadamente: descrição das características da dor (localização, qualidade, duração, frequência...); formas de comunicar e expressar a dor; factores de alívio e agravamento; impacto nas actividades de vida; sintomas associados; entre outros que se foram revelando importantes ao longo do processo de observação e registo. Este processo nem sempre foi conseguido de forma sistemática em todas as observações, uma vez que o estado clínico, de consciência e comunicação de alguns dos doentes não o permitiram de forma plena, em alguns dos episódios. No entanto, e por algumas das observações neste âmbito terem resultado em experiências importantes, com contributos essenciais ao meu processo de aprendizagem e na consequente organização dos cuidados e intervenções de enfermagem associadas ao processo de gestão da dor, optei por apresentar os resultados possíveis.

Recordando que apenas foram observados 5 doentes em diferentes episódios de dor, a representação gráfica de algumas das características verificadas poderiam tornar-se tendenciosas ou de generalizações difíceis. Assim, e atendendo também ao facto da dor ser uma experiência única e subjetiva que não pode, nem deve, ser comparada entre indivíduos diferentes (Ritto e Rocha, 2012), apresento seguidamente uma tabela síntese que apresenta a caracterização inicial da dor por episódio de dor, em cada um dos doentes sob observação (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização inicial da dor por episódio de dor

Episódio		Intensidade inicial (escala)	Evolução	Tipologia	Localização	Irradiação	Fatores de alívio	Fatores de agravamento	Sintomas associados	NHF afetadas	Outras manifestações
Doente 1	A	2 (EAN)	Intermitente	Moinha	Região abdominal		Posicionamento	Esforço		Estar limpo/cuidado Movimentar-se	
	B	8 (EAN)	Instalação progressiva	Facada/ Moinha	Região abdominal	Generalizada	Posicionamento Medicação	Mobilizações Transferências Esforço Toque	Dispneia Fadiga Sudorese Ansiedade Depressão	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Respirar Comer/beber Dormir/repousar	Agitação psicomotora Fácies de dor Gemido Rubor facial Grito/choro
	C	2 (EAN)	Intermitente	Moinha	Região abdominal		Posicionamento	Esforço Mobilizações		Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Comportamento defensivo
	D	5 (EAN)	Episódica	Compressão/ cólica	Região abdominal	Flanco esquerdo	Posicionamento	Posição sentada ou Fowler Toque Mobilizações	Pirose Náusea Depressão Ansiedade	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Eliminar Comer/beber	Fácies de dor Gemido Choro Renitente ao toque Gestos repetidos
	E	3 (EAN)	Instalação súbita	Picada/ Moinha	Região abdominal	Infra-torácica	Repouso Posicionamento	Mobilizações Transferências Esforço	Dispneia Fadiga	Movimentar-se Respirar	Fácies de dor

Doente 2	F	7 (PAINAD)	Constante	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		<i>(não avaliável)</i>	<i>(não avaliável)</i>	Insónia Dispneia Sudorese	Respirar Dormir/repousar Evitar perigos	Fácies de dor Gemido Agitação psicomotora
	G	3 (PAINAD)	Constante	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		Toque/presença Posicionamento	Mobilizações		Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Gemido
Doente 3	H	5 (PAINAD)	Intermitente	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		Repouso Posicionamento Presença	Mobilizações	Insónia	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Dormir/repousar	Fácies de dor Gemido Agitação psicomotora
	I	4 (PAINAD)	Intermitente	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		Repouso Posicionamento	Mobilizações Toque	Fadiga	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Fácies de dor Gemido Gestos repetidos
	J	4 (PAINAD)	Intermitente	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		Repouso Posicionamento	Mobilizações Toque	Fadiga	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Fácies de dor Gemido
	K	7 (PAINAD)	Instalação súbita	<i>(não avaliável)</i>	Inespecífica /difícil avaliação		<i>(não avaliável)</i>	Toque Mobilizações Esforço	Insónia Dispneia	Respirar Dormir/repousar Evitar perigos Estar limpo/cuidado Movimentar-se Vestir/despir	Fácies de dor Gemido Grito Gestos repetidos Agitação psicomotora

	L	6 (PAINAD)	Constante	(<i>não avaliável</i>)	Inespecífica /difícil avaliação		(<i>não avaliável</i>)	(<i>não avaliável</i>)	Fadiga Insónia	Dormir/repousar Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Gemido Gestos repetidos
Doente 4	M	4 (EAN)	Constante	Queimadura/ dormência	Membro superior esquerdo	Hemicorpo superior esquerdo	Repouso Posicionamento	Mobilizações Toque	Ansiedade	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Comer/beber	Comportamento defensivo Fuga ao toque
	N	5 (EAN)	Constante	Queimadura	Membro superior esquerdo	Hemicorpo superior esquerdo	Repouso Posicionamento	Mobilizações Toque	Ansiedade	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Comer/beber	Fácies de dor Comportamento defensivo Fuga ao toque
	O	INTENSA (EAQ)	Constante	Queimadura/ picada	Membro superior esquerdo	Hemicorpo superior esquerdo	Repouso Posicionamento	Toque Mobilizações	Ansiedade Fadiga Insónia	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Comer/beber Dormir/repousar	Fácies de dor Comportamento defensivo Fuga ao toque
	P	MODERADA (EAQ)	Constante	Queimadura/ dormência	Mão esquerda	Membro superior esquerdo	Repouso Posicionamento Massagem	Mobilizações	Insónia Fadiga Ansiedade	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se Comer/beber Dormir/repousar	Comportamento defensivo
	Q	MODERADA (EAQ)	Constante	Queimadura/ dormência	Mão esquerda	Membro superior esquerdo	Repouso Posicionamento Massagem	Mobilizações	Fadiga Ansiedade	Vestir/despir Dormir/repousar Estar limpo/cuidado Movimentar-se Comer/beber	Comportamento defensivo

Doente 5	T	6 (EAN)	Constante	Moinha/ compressão	Hemicorpo direito	Generalizada	Repouso Posicionamento	Mobilizações Transferências Esforço	Depressão Sudorese Ansiedade	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Fácies de dor Grito/choro Comportamento defensivo Recusa cuidados
	R	5 (EAN)	Constante	Moinha/ Compressão	Hemicorpo direito	Generalizada	Repouso Posicionamento	Mobilizações Transferências Esforço	Depressão Ansiedade Fadiga	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Fácies de dor Comportamento defensivo Recusa cuidados Gemido Silêncio/apatia
	S	5 (EAN)	Constante	Moinha/ Compressão	Hemicorpo direito	Generalizada	Repouso Posicionamento	Mobilizações Transferências Esforço	Depressão Fadiga	Vestir/despir Estar limpo/cuidado Movimentar-se	Fácies de dor Comportamento defensivo Recusa cuidados Gemido Silêncio/apatia

A tabela supra-apresentada permite a análise de vários fenómenos relevantes, na conjuntura proposta para este trabalho, que me permitem consolidar aprendizagens, pela conceptualização da evidência científica consultada.

Compreende-se, por exemplo, que apenas em dois episódios se observou presença de dor súbita. Recordando cada um dos episódios e, sobretudo o contexto da vivência de cada um dos doentes envolvidos nesses episódios percebe-se que esta dor súbita se verificou por dois motivos diferente. Numa das situações esteve relacionada com a própria progressão da doença – doente começou a manifestar de forma natural mas repentina e imprevista, comportamento que aparentava dor intensa e que antecedeu a entrada rápida em fase agónica (episódio K). O outro episódio (episódio E) esteve relacionado com a exposição a fatores de agravamento da dor, neste caso específico por mobilização/ transferência e esforço físico aumentado.

A EONS (2013) define esta experiência dolorosa súbita como dor irruptiva, portanto, “uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (...), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal”. Assim, a primeira situação descrita é descrita como uma Dor espontânea (“dor idiopática” – EONS, 2013), onde os episódios dolorosos não estão associados a fatores precipitantes identificáveis e, portanto são em certa medida imprevisíveis. No segundo caso descrito, a dor irruptiva é classificada como incidental (“dor precipitada”), em que de acordo com a mesma entidade (EONS, 2013) está relacionada com um fator precipitante identificável. Neste caso concreto desencadeado por atos voluntários (levantar e deambulação), pelo que se classifica de dor incidental volitiva.

Observou-se ainda uma situação isolada de dor episódica, relacionada com o descontrolo repentino de outros sintomas e ao próprio plano farmacológico presente. Esta doente, até então com a dor significativamente controlada, iniciou quadro de obstipação (por toma prolongada de opióides) e epigastralgias (que se associou à toma de AINE's), facilmente controláveis após identificação causal – portanto, uma dor incidental, diferente das anteriores, relacionada com os procedimentos/intervenção terapêutica (episódio D).

O episódio de instalação progressiva registado tem características diferentes dos anteriormente analisados. No caso observado identificado como dor progressiva o que se observou foi, sobretudo, uma quebra na intervenção farmacológica analgésica. A doente em questão faria analgesia ajustada às suas queixas antes da entrada no serviço, que por algum motivo não foi prescrito e continuado nas primeiras 24h de internamento. Esta falha na continuidade dos cuidados levou a um progressivo descontrolo sintomático,

permitindo uma intensificação da dor para níveis de intenso sofrimento, comprometedores do conforto e serenidade desejados nesta fase da doença. Na avaliação dos episódios A, B e C (por esta ordem) que correspondem ao mesmo doente em fases de gestão da dor diferentes entende-se pelo tipo de características manifestadas que existiu um primeiro descontrolo conforme acima descrito, que levou a uma exacerbação das queixas, mas que após identificação e aplicação de medidas terapêuticas adequadas à gestão da dor da pessoa, permitiu um alívio das características registadas (como se poderá confirmar mais adiante na tabela 2).

Relativamente à tipologia da dor gostava de destacar a dificuldade na sua avaliação. Dos 5 doentes acompanhados durante este estágio, 2 deles não apresentavam condição clínica, nem capacidade cognitiva-comunicativa para expressarem, da forma que seria desejado, estas características. Alves (2014) realça a dificuldade na avaliação da dor de doentes com este nível de comprometimento – a incapacidade de comunicar a sua dor, e apesar de todos os esforços no contorno deste problema, limita a construção da história da dor e pode comprometer o sucesso do seu tratamento. Apesar de todas as escalas comportamentais construídas de forma a minimizar a subjetividade adjacente a este processo, a tipologia continua a ser de difícil avaliação nestes doentes, uma vez que o auto-relato da experiência dolorosa é, ainda, a única forma fidedigna de obter a especificidade desta informação. Esta foi uma dificuldade real que senti ao longo desta experiência.

Em relação aos restantes doentes observados, importa referir que ao longo dos vários episódios de observação realizados, a dor experienciada e referida por cada um deles foi, na maioria das vezes regular, no sentido em que as características/tipologia se mantiveram idênticas ao longo do tempo, apesar da intensidade ir variando à medida que o plano terapêutico ia cumprindo o seu papel. Estes resultados mostram-nos que se assistiu a uma continuidade relativamente à patogénese da dor, onde raramente surgiram novas perturbações funcionais.

A única alteração registada a este nível da tipologia foi uma situação isolada de início de um quadro de obstipação e toma prolongada de AINE's, que despoletou alteração (ou introdução) de novas queixas. A doente em questão manifestava dor generalizada associada à doença oncológica, mas após controlo significativo desta dor de base, teve um episódio isolado de epigastralgias/cólicas, rapidamente identificado e controlado.

Diniz (2012) diz que na patologia oncológica podem coexistir vários tipos de dor, mas a mais frequente é a dor nociceptiva somática. Com os resultados e observações

realizadas em campo não é possível retirar conclusões neste sentido, até porque apenas 3 dos observados tinham, efetivamente, doença oncológica, e destes, apenas uma reunia capacidade cognitiva e comunicativa para expressar a especificidade destas características. Porém, as observações neste sentido foram muito ricas e não deixaram de dar contributos importantes no meu processo de desenvolvimento de competências, sobretudo pelo treino que me foi permitido fazer no reconhecimento e identificação dos diferentes tipos de dor (nociceptiva, neuropática, mista...), conferindo-me novas capacidades essenciais na fase de planeamento e introdução de plano terapêutico.

A localização pode também revelar-se uma característica importante na caracterização da dor. Perceber a sua extensão, delimitação e irradiação dá-nos informação importante sobre a sua eventual patogénese, e permite consequentemente uma delimitação do plano terapêutico de forma mais assertiva. Uma dor de fácil localização/bem delimitada é, frequentemente, uma dor do tipo somática. Por outro lado, uma dor vaga, de difícil localização com tendência para a irradiação é, habitualmente, visceral (Costa et al, 2007). Apesar de não existirem condições para fazer generalizações a este nível da avaliação percebe-se que ao se examinar os resultados por indivíduo, observa-se que ao longo dos vários episódios a dor manifestada foi, maioritariamente, demarcada à mesma localização. Esta situação alerta-nos não só para a importância da identificação precoce da causa da dor mas também, para a relevância na distinção das várias dores que possam co-existir na mesma pessoa, ao mesmo tempo. Gonçalves (2011) recorda que esta orientação essencial para o êxito do processo de gestão da dor, é facilmente esquecida aquando da avaliação das queixas.

No doente 4 não tendo existindo efetivamente um mudança de localização, observou-se uma diminuição da área sobre a qual as queixas dolorosas incidiam. Verificou-se ao longo do tempo de observação deste doente que a dor que inicialmente envolvia toda a extensão do membro superior esquerdo, a determinada altura do processo de gestão dolorosa se circunscreveu apenas à mão. Mais uma vez se prevê o sucesso das medidas analgésicas aplicadas, consequentes das competências adquiridas relativamente à caracterização pormenorizada e assertiva da dor inicial.

Outra característica importante à qual se deve ter especial atenção durante o levantamento de dados iniciais sobre a dor tem a ver com os fatores de alívio e agravamento da dor, igualmente avaliados e atendidos durante este processo de observação. Esta informação tem um papel essencial na definição do plano terapêutico, como se discutirá mais adiante, sobretudo na identificação das estratégias não

farmacológicas mais adequadas à especificidade da dor sentida e das características do doente de uma forma geral. Neste sentido, e para mais fácil análise, apresenta-se graficamente o resumo destes resultados no gráfico 1 e 2.

Gráfico 1 – “Nº. de episódios de dor” por “fatores de alívio da dor expressos pelo doente”

(Nota: Em alguns episódios foram registadas mais do que uma característica)

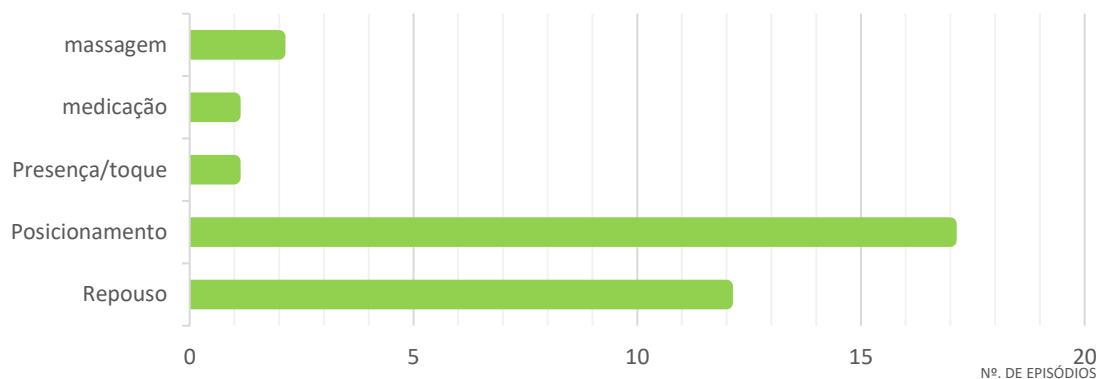
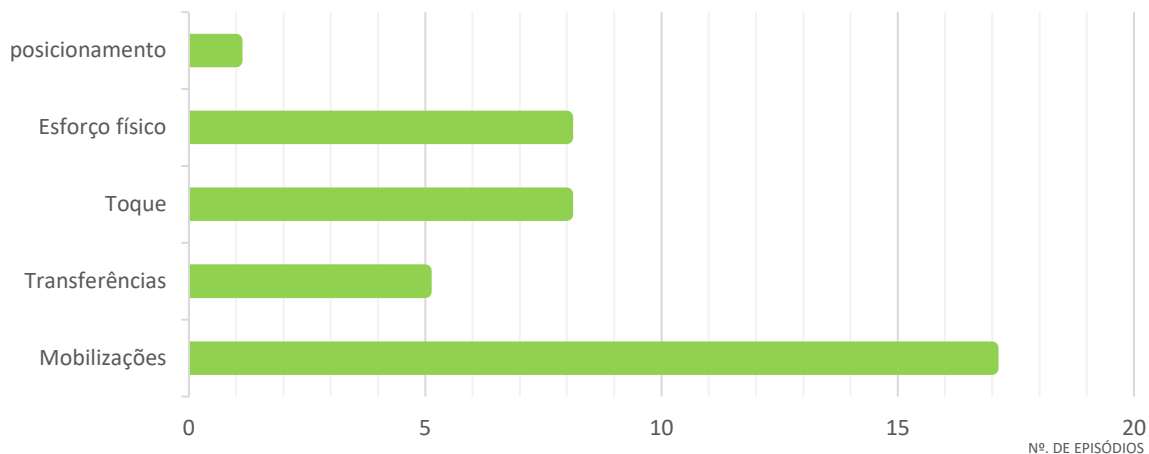


Gráfico 2 – “Nº. de episódios de dor” por “fatores de agravamento da dor expressos pelo doente”

(Nota: Em alguns episódios foram registadas mais do que uma característica)



Em termos de fatores de alívio da dor expressos pelo doente, durante o processo de avaliação da mesma, os posicionamentos terapêuticos e repouso foram os mais manifestados nas observações realizadas. Em relação aos fatores de agravamento os relatos vão, sobretudo, ao encontro dos procedimentos que implicam movimento e/ou contacto físico. Estes resultados são, em certa forma, espectáveis, uma vez que a reação

natural da maioria das pessoas que sentem algum tipo de dor é contrair ou proteger a zona dolorosa. Assim, não mexer, privilegiar a posição de conforto e o repouso são o comportamento mais habitual para o alívio das queixas, não apenas em contexto de dor oncológica, mas de uma forma geral.

Por várias vezes alguns doentes manifestaram ainda que o toque não informado ou inesperado potenciava, de certa forma, a sensação dolorosa. Este fenómeno pode estar relacionado com dois motivos distintos: pela lesão das fibras nervosas, típica da dor neuropática; e/ou do medo antecipado à dor. Num dos doentes onde se verificou este comportamento, manifestava constantemente uma dor tipo queimadura, com uma hipersensibilidade ao toque, que previa uma dor neuropática, confirmada posteriormente com a análise de outras características e sucesso do plano terapêutico instituído. Noutra situação observada, pelo contrário, a percepção com que fiquei foi a de um comportamento antecipatório onde, eventualmente, não terá sido o toque em si a provocar a dor, mas a ideia construída sobre a relação entre o comportamento e a dor provavelmente sentida. Como Marinho (2014) alerta, existem vários fatores capazes de influenciar a percepção, a tolerância e as respostas individuais a um mesmo estímulo doloroso. O medo e as experiências anteriores são dois desses fatores que esta autora identifica e que associo grandemente à vivência dolorosa deste doente em particular.

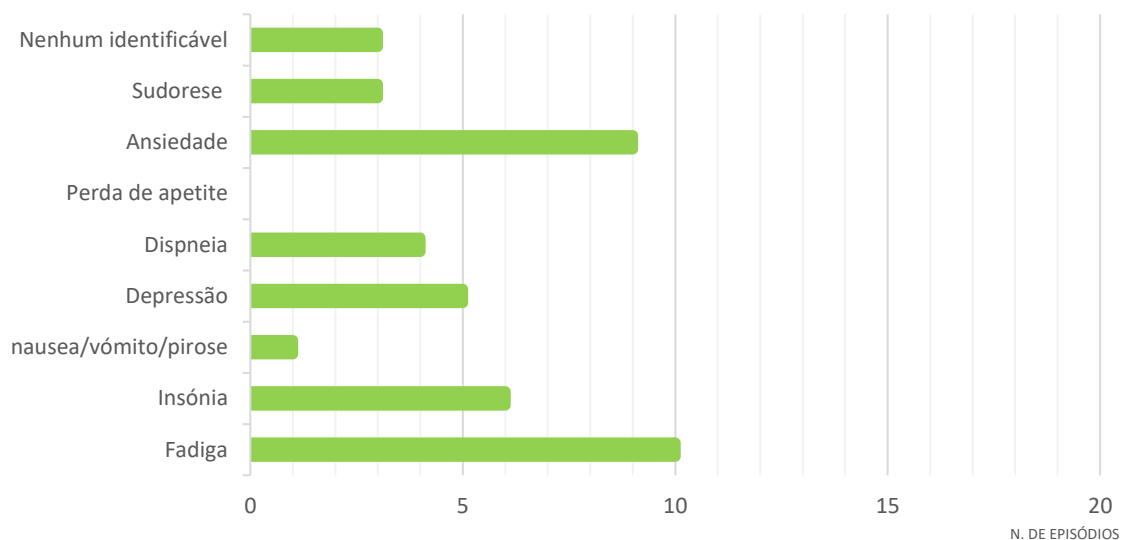
Contrariamente, e de forma curiosa, o toque foi mencionado ou manifestado em alguns dos episódios observados, também, como fator de alívio. Nestas situações, Marinho (2014) relembra a estreita relação entre a dor, a ansiedade e o stresse. Desta forma o toque é identificado pelo doente como estratégia tranquilizadora, capaz de contribuir para o alívio da dor do doente.

Fazer este tipo de diferenciação dos comportamentos demonstrados dá trabalho mas revela-se essencial, uma vez que dão indícios de afeção de componentes diferentes da dor que exigem abordagens diferenciadas e personalizadas.

A sintomatologia associada à dor é outro fator importante no desenvolvimento do processo de gestão da dor do doente – “A manifestação de um sintoma raramente ocorre de forma isolada, pelo que tanto a avaliação como o tratamento, demandam uma abordagem compreensiva e multimodal” (Ramos e Sá, 2015:32). Neste sentido, compila-se seguidamente os sintomas mais frequentemente manifestados pelos doentes observados, no gráfico 3.

Gráfico 3 – “Nº. de episódios de dor” por “sintomas associados à dor”

(Nota: Em alguns episódios foram registadas mais do que uma característica)



Assim, e analisando os resultados obtidos pelo processo de observação realizado, a fadiga¹ foi o sintoma mais vezes manifestado relacionado com a intensificação dolorosa. “A fadiga representa um dos sintomas mais frequentes e debilitantes em Cuidados Paliativos” (Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2010:5). Campos et al (2011) acrescenta ainda que na doença oncológica 50 a 90% das pessoas referem ter experienciado este sintoma angustiante muitas vezes, exacerbado na fase avançada da doença e frequentemente associado à prevalência de outros sintomas, sobretudo a dor. A natureza da dor oncológica pode colocar o corpo e a mente regularmente sobre stress, levando a um sentimento de cansaço frequente.

A ansiedade² e depressão³ também observadas em vários dos doentes acompanhados, estão referidos em vários estudos consultados como outros importantes sintomas associados à dor. Robb-Nicholson (2010) lembra que à medida que se foi compreendendo melhor o funcionamento do cérebro e de como o sistema nervoso interage com as outras partes do corpo, foi possível perceber que a dor, a ansiedade e a depressão partilham alguns mecanismos biológicos. Assim, torna-se evidente a importância do

Fadiga¹ (em contexto de cuidados paliativos) define-se como “uma sensação subjetiva e persistente de cansaço, exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional à atividade recente, que não melhora com repouso e sono e que interfere nas atividades de vida cotidiana.” (ABCP, 2010)

Ansiedade² define-se por um estado de alerta, que amplia o estado de atenção diante de uma situação de perigo real ou imaginário. É caracterizada por uma sensação desagradável, de apreensão, geralmente acompanhada por sensações físicas variadas como mal-estar gástrico, precordialgia, palpitações, sudorese ou cefaleias. (Rezende et al, 2005)

Depressão³ é um transtorno mental que se caracteriza por tristeza constante e desinteresse pela maioria dos factos que compõem o dia-a-dia da pessoa, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, falta de concentração, cansaço e distúrbios do sono e/ou do apetite (WHO, 2010).

reconhecimento destes sintomas, uma vez que podem revelar-se essenciais aquando do planeamento terapêutico da gestão da dor, não só farmacológico, mas também não farmacológico.

A insónia⁴ foi outro dos sintomas mais manifestados, também facilmente compreendido nesta dimensão da experiência dolorosa – a dor interrompe o sono, a privação do sono reduz a tolerância a dor aumentando a sensação dolorosa, que piora o sono. (Tang et al, 2015). Este ciclo vicioso compromete de forma esgotante e aflitiva toda a vivência da doença, bem como o conforto e bem-estar, de uma forma geral.

Por fim, importa ainda analisar os resultados relativamente à dispneia⁵. Este sintoma foi manifestado em três situações distintas – associado a dor na região abdominal/infra-torácica (episódio E), eventualmente por exaustão dos músculos respiratórios e envolventes, pela queixa dolorosa referida; associado a um descontrolo sintomático múltiplo, pela entrada em fase agónica (episódio F), e por fim associado a um aumento da intensidade da dor não esperado, promotor de ansiedade (episódio B).

Mais uma vez se entra num círculo vicioso, desta vez entre queixas dolorosas e desconforto respiratório, prevendo a tal abordagem multimodal, baseada nos mecanismos biológicos comuns e distintos de cada um dos sintomas.

Qualquer desta informação revelou-se, naturalmente, essencial aquando da avaliação e análise do plano terapêutico, uma vez que deixa de ser possível fazer um planeamento unicamente focado nas queixas dolorosas, dado que os múltiplos sintomas se misturam e se comprometem uns aos outros.

Outro ponto de interesse na análise dos resultados obtidos prende-se com o impacto da dor nas NHF. Esta é uma área à qual se deve ter atenção acrescida pelo compromisso e interferência que pode causar na vida da pessoa e na forma como a experiencia.

Neste âmbito, e como se pode verificar pela análise do gráfico 4, as NHF mais afetadas pela presença de dor, no contexto desta observação, foram sobretudo as necessidades que implicam movimento e esforço físico. Tal situação, confronta a pessoa com a sua fragilidade e ameaça a sua segurança, autonomia e conforto. “A dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo” (Dellaroza e Pimenta, 2012:235). Assim, e de acordo com os mesmos autores, a dor não controlada

Insónia⁴ é a perturbação do sono mais comum. Define-se como a sensação subjetiva de sono insuficiente onde existe uma dificuldade em iniciar/manter o sono, acordar com a sensação de não ter repousado ou acordar cansado. (Prior, 2011)

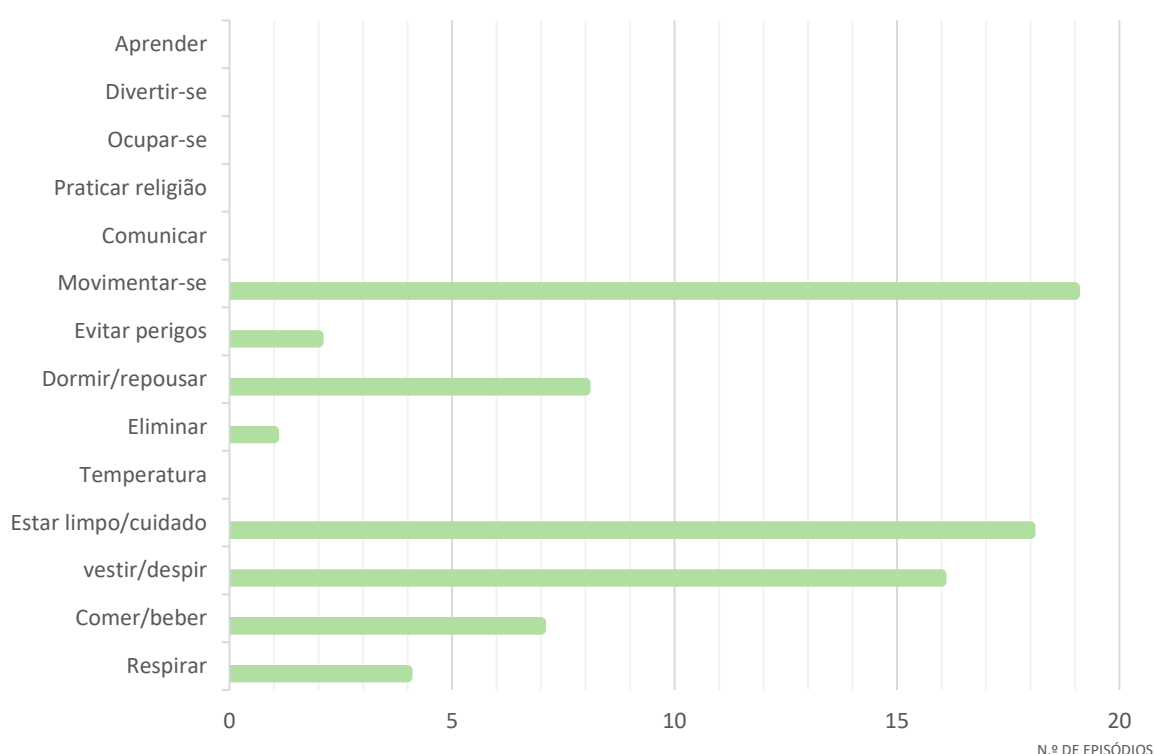
Dispneia⁵ é a sensação subjetiva de falta de ar ou dificuldade respiratória, que deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, e que podem induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias (EONS, 2012).

limita a capacidade funcional, levando a que pequenos esforços ou movimentos rotineiros se tornem novos desafios.

Em contexto de fim de vida esta torna-se, por vezes, na mais importante característica a ser focada ao longo de todo o processo de avaliação e intervenção, uma vez que a “autonomia individual se destaca como um dos valores centrais na busca de fundamentação e excelência dos cuidados paliativos” (Oliveira e Silva, 2010:213).

Gráfico 4 – “Nº. de episódios de dor” por “interferência nas NHF”

(Nota: Em alguns episódios foram registadas mais do que uma característica)



Numa análise mais pormenorizada pode perceber-se certa relação entre as NHF afetadas e algumas das características da dor, anteriormente apresentadas. Uma dessas relações que se pode tornar interessante e que é refletida na literatura consultada (Dellaroza e Pimenta, 2012) é a localização da dor, já anteriormente discutida. Observando cuidadosamente a maioria das localizações mencionadas são membros ou estruturas com forte impacto no movimento. Assim, justifica-se a manifestação principal das NHF vestir/despir, estar limpo/cuidado e movimentar-se.

Outra NHF com alguma representação em termos de impacto relacionada à dor é o sono/repouso. Há muito que os investigadores têm ocupado tempo a estudar este binómio,

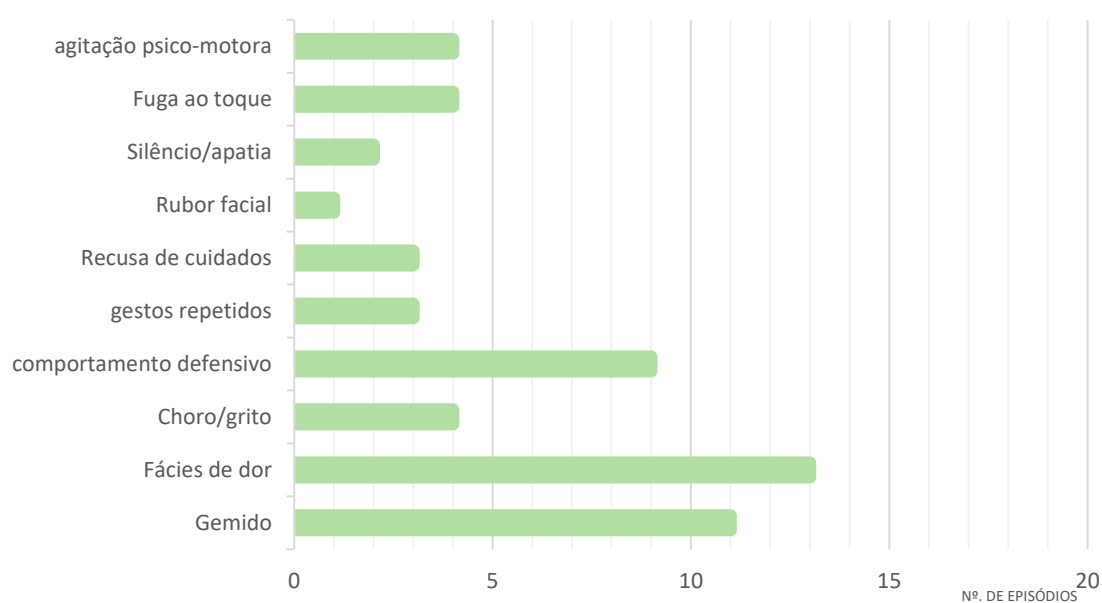
percebendo que a dor tem um forte impacto sobre o aparecimento de distúrbios do sono, e vice-versa. “Existe forte evidência de que um dia com mais dor é seguido por uma noite de sono deficiente, e uma noite de sono deficiente precede um dia com uma variação maior de dor” (Lavigne, Kato e Mayer, 2010:131).

O facto de não terem sido registados episódios de dor com implicações em algumas das NHF, não quer dizer que não tenham sido relatadas ou expressadas. O motivo pelo qual não foram incluídas nos resultados tem a ver com o fato das situações não estarem diretamente relacionadas, ou não serem claramente relacionadas com a experiência dolorosa manifestada, mas antes com o quadro clínico de uma forma geral, progressão da doença ou outros fatores.

A observação e registo dos comportamentos associados à vivência de dor também pode oferecer dados fundamentais neste processo, e não apenas nos doentes com alterações cognitivas/comunicativas mas em todos de uma forma geral. “Mesmo nos doentes que conseguem verbalizar e descrever a sua dor, o papel do profissional de saúde é preponderante na ajuda para a caracterização o mais completa possível da dor que está a avaliar, adotando uma postura de escuta ativa, empatia e observação de linguagem não verbal sugestiva de dor, nomeadamente alterações da expressão facial ou corporal.” (Ritto e Rocha, 2012:107)

Gráfico 5 – “Nº. de episódios de dor” por “manifestações/expressões de dor”

(Nota: Em alguns episódios foram registadas mais do que uma característica)



Entender o impacto que a dor tem nas vivências das pessoas é sempre um processo complexo, até pela componente individual e subjetiva. Porém, a tentativa de interpretação das manifestações e expressões de dor de cada pessoa revelou-se um dos pontos essenciais na continuidade do processo de gestão dolorosa, sobretudo porque habitualmente se revelam sinais inconscientes de enorme riqueza de informação. “Sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos. Em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não-verbal, a mensagem não-verbal prevalecerá” (Ramos e Bortagarai, 2012:1).

A observação da linguagem não-verbal é, portanto, um aspeto fundamental na melhoria da interação entre os profissionais de saúde e os doentes – “a competência em comunicação interpessoal (...) não-verbal é uma habilidade fundamental a ser adquirida, a qual possibilita a excelência do cuidar em saúde” (Ramos e Bortagarai, 2012:2). Neste sentido a observação atenta de algumas manifestações/expressões não-verbais dos doentes acompanhados revelou-se um instrumento de trabalho essencial na compreensão das queixas reais de cada um, permitindo-me relacionar linguagens e comportamentos, de forma a conduzir o conseqüente processo de gestão da dor no sentido da verdadeira e individual satisfação das necessidades de alívio.

Fácies de dor e gemido foram as expressões mais vezes manifestadas como comportamento calculável de dor. Eventualmente por também serem os mais claros, no que se refere à associação direta à dor, um vez que alguns deles podem apenas representar alterações de comportamento associados a outros fatores. No entanto, no momento da observação direta, e muitas vezes por interligações entre comportamentos e outras queixas, pareceram-me tratar-se de expressões relacionadas com o processo doloroso, e portanto, atendidos como tal na intervenção de enfermagem posteriormente planeada. Além disso, a sua anulação após aplicação de intervenções de alívio da dor, permitiram consolidar esta ideia.

No contexto deste trabalho, entendo por comportamento defensivo, a proteção consciente ou inconsciente da zona que dói, perante uma abordagem identificada como perturbadora ou potenciadora da sensação dolorosa. No fundo um mecanismo de defesa pessoal. Esta é uma das manifestações importantes que identifiquei algumas vezes durante o período de observação em campo. Os doentes adotaram, recorrentemente, estratégias anti-álgicas, como a colocação das mãos sobre a barriga (que dói) aquando das mobilizações ou o suporte/imobilização do membro afetado com o outro membro,

aquando das transferências, procurando eventualmente o auto-controlo sobre a dor sentida, nas circunstâncias que se antecipavam como dolorosas.

Apesar da fuga ao toque poder ser considerada uma forma de comportamento defensivo (Vitor et al, 2008), considerei importante diferencia-lo no âmbito desta observação. A utilização deste conceito é assim feito não apenas associado ao desvio do contacto do outro que provoca dor, mas também num sentido de reação antecipatória. Ou seja, o doente identifica a tentativa de contacto como um provável mecanismo desencadeante ou agravante da dor, levando-o a adotar comportamentos de esquiva que evitem esse contacto. Este foi um comportamento comum, sobretudo no doente 4, onde sempre que se tentava o toque da região dolorosa (membro superior/mão) ele repelia o contacto, por vezes até antes de existir contacto efetivo. Curiosamente este doente de que se fala, apresentou sempre um quadro de ansiedade marcada associada à sua experiência de dor, situação que pode ampliar o seu estado de alerta perante uma qualquer tentativa de abordagem perigosa, ou identificada como tal (Rezende et al, 2005).

1.2. INTERVENÇÕES PARA ALÍVIO DA DOR

Importa agora, após o processo de caracterização das experiências dolorosas, apresentar e analisar todas as intervenções realizadas ou promovidas como tentativas de alívio satisfatório da dor expressada em cada episódio acompanhado, selecionadas de acordo com essa avaliação cuidada anteriormente descrita, uma vez que é essa história pessoal e individual de dor que “deve nortear a escolha das intervenções analgésicas” (Ritto e Rocha, 2012: 105), na esperança de potencializar, ao máximo, os resultados finais.

Numa análise generalista dos resultados apresentados na tabela 2, entende-se que a intervenção farmacológica foi utilizada em 80% dos episódios de dor observados e, naturalmente, responsáveis por respostas de alívio mais rápidas e assertivas, maioritariamente. Como Gonçalves (2011) refere, “a maioria das dores oncológicas podem ser controladas por tratamento farmacológico (...) apenas cerca de 10 a 20% dos doentes não responde bem ao tratamento analgésico convencional.”

Por outro lado, em todos os episódios se utilizaram estratégias não farmacológicas no processo de gestão dolorosa observado. A percentagem superior à intervenção farmacológica deve-se a duas situações específicas, refletida na evidência científica. A

primeira está relacionada com a manifestação de dores de intensidade ligeira, com valores iniciais na EAN inferiores a 3, que foram facilmente controlados apenas com estratégias não-farmacológicas. Marinho (2014) defende que algumas destas dores manifestadas podem ter resultados significativos apenas com este tipo de estratégias, sem os efeitos secundários associados, muitas vezes, aos tratamentos farmacológicos.

A outra situação deveu-se ao facto da dor manifestada parecer ter uma forte componente psico-emocional. Recordando o trabalho de Cecily Sanders, sobre o conceito de Dor Total, o fenómeno doloroso não deve ser interpretado apenas na sua dimensão físico-sensitiva, mas também na dimensão psicológica, social e espiritual. (Diniz, 2012). Observou-se nestes episódios manifestações de dores facilmente associadas a momentos de stresse emocional ou encontro com fatores de ansiedade, passíveis de serem controlados apenas pela articulação de estratégias não farmacológicas, reforçando mais uma vez a importância do processo de avaliação personalizado e pormenorizado. Nos restantes episódios observados a intervenção não farmacológica foi concomitante à intervenção farmacológica, tal como a OE (2008) recomenda. Estas técnicas não estão, portanto, previstas para substituir a analgesia farmacológica, mas revelam-se úteis como adjuvantes na obtenção ou recuperação do bem-estar e conforto da pessoa.

Tabela 2 – Intervenção Farmacológica e não farmacológica para o alívio da dor e respetivos resultados por episódio de dor

Episódio	Intervenção farmacológica	Intervenção não-farmacológica	Intensidade após intervenção Enfermagem	Outros resultados associados	
Doente 1	A		Distração Suporte emocional	0 (EAN)	
	B	Escalada analgésica Administração de resgates Acerto do esquema analgésico	Posicionamento terapêutico Relaxamento Oxigenoterapia Suporte emocional Apoio psicológico	3 (EAN)	Melhoria da função respiratória (eupneica sem o ₂) Diminuição do nível de ansiedade Anulação do quadro de sudorese Fácies sereno e diminuição da agitação Maior tolerância às mobilizações e toque
	C		Suporte emocional	1 (EAN)	
	D	Acerto do esquema analgésico Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Relaxamento	2 (EAN)	Anulação de toda a sintomatologia gástrica Diminuição do nível de ansiedade Fácies sereno e diminuição da agitação Eliminação intestinal normalizada Tolerância da posição sentada ou Fowler Maior tolerância às mobilizações e toque
	E	Administração de resgate	Distração Relaxamento Posicionamento terapêutico	0 (EAN)	Melhoria da função respiratória Fácies sereno Maior tolerância às mobilizações/transferência

			Suporte emocional Apoio espiritual		
Doente 2	F	Administração de resgates Rotação de opióide Acerto do esquema analgésico	Musicoterapia Suporte emocional Relaxamento	3 (PAINAD)	Anulação do quadro de sudorese Melhoria da função respiratória Fácies sereno e diminuição da agitação Descanso por períodos
	G	Acerto de esquema analgésico	Posicionamento terapêutico Suporte emocional	0 (PAINAD)	
Doente 3	H	Administração de resgate Acerto de esquema analgésico	Posicionamento terapêutico Suporte emocional	2 (PAINAD)	Diminuição da agitação Descanso por períodos Maior tolerância às mobilizações
	I	Escalada analgésica	Posicionamento terapêutico	2 (PAINAD)	Fácies sereno
	J	Acerto de esquema analgésico Administração de resgate	Posicionamento terapêutico	2 (PAINAD)	Fácies sereno Maior tolerância às mobilizações e toque
	K	Administração de resgates Rotação de opióides	Posicionamento terapêutico	3 (PAINAD)	Melhoria da função respiratória Descanso por períodos Fácies sereno e diminuição da agitação Maior tolerância ao toque
	L	Acerto do esquema analgésico Administração de resgates	Posicionamento terapêutico	2 (PAINAD)	Descanso por períodos Fácies sereno
Doen	M	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico	2 (EAN)	Diminuição do nível de ansiedade

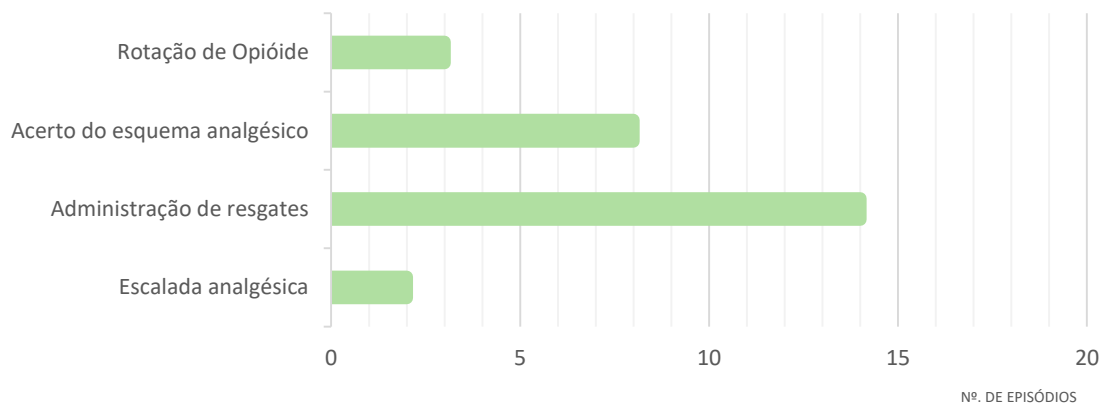
			Relaxamento Distração		Maior tolerância às mobilizações e toque
	N	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Relaxamento Distração Psico-educação	3 (EAN)	Diminuição do nível de ansiedade Maior tolerância às mobilizações e toque
	O	Administração de resgate Acerto de esquema analgésico	Posicionamento terapêutico Relaxamento Suporte emocional Apoio psicológico Massagem Psico-educação	MODERADA (EAQ)	Diminuição do nível de ansiedade Maior tolerância às mobilizações e toque Melhoria das queixas de insónia Fácies sereno
	P		Posicionamento terapêutico Psico-educação Distração Relaxamento Massagem	LIGEIRA (EAQ)	Diminuição do nível de ansiedade
	Q		Posicionamento terapêutico Psico-educação Distração Relaxamento Massagem	LIGEIRA (EAQ)	Diminuição do nível de ansiedade
Doen	T	Administração de resgates	Posicionamento terapêutico	3 (EAN)	Anulação do quadro de sudorese

		Rotação de opióides	Suporte emocional Apoio psicológico - Relaxamento		<p>Maior tolerância às mobilizações/transferência</p> <p>Controlo ligeiro da labilidade emocional</p> <p>Diminuição do nível de ansiedade</p>
R		Administração de resgates	<p>Psico-educação</p> <p>Posicionamento terapêutico</p> <p>Suporte emocional</p> <p>Apoio psicológico</p>	3 (EAN)	<p>Maior tolerância às mobilizações/transferência</p> <p>Diminuição do nível de ansiedade</p> <p>Fácies sereno</p>
S		Administração de resgates	<p>Posicionamento terapêutico</p> <p>Suporte emocional</p> <p>Relaxamento</p>	3 (EAN)	<p>Fácies sereno</p> <p>Maior tolerância às mobilizações/transferência</p> <p>Diminuição do nível de ansiedade</p>

A administração de resgates foi a estratégia farmacológica mais vezes utilizada justificada, eventualmente, pelo facto de grande parte dos doentes possuírem esquemas analgésicos capazes de suprir as queixas basais.

Gráfico 6 – “Nº. de episódios de dor” por “intervenções farmacológicas”

(Nota: Em alguns episódios utilizou-se mais do que uma intervenção)



Os 70% (14 episódios) onde se optou pela administração de resgates para gestão da dor (como estratégia farmacológica única ou em complementaridade com outras) representa sobretudo situações de dor irruptiva, previsível ou não, onde foram utilizados analgésicos de ação rápida para evitar exacerbações de dor (ex: cuidados de higiene; transferências) ou aliviá-las (exacerbações sem causa associada aparente). Porém, em 3 episódios distintos esta estratégia foi, também, auxílio no processo de determinação da dose diária ideal de opióide. Isto é, doentes que não tendo a dor basal significativamente controlada, utilizaram a terapêutica de resgate como complemento ao processo de gestão da dor, de forma a perceber qual a dose analgésica diária ideal promotora de alívio satisfatório para determinado doente (dose diária ideal = dose basal + dose resgate efetuada nas 24h).

“ O objetivo é aliviar o sofrimento depressa e bem” (Pina, 2012a), logo optou-se sempre por fazer-se a tal “triagem analgésica” que o mesmo autor defende, priorizando estratégias de resultados rápidos em situações de forte sofrimento, complementando-as posteriormente com outras de resposta mais lenta, mas de maior continuidade de resultados.

Neste sentido, a outra grande fatia da intervenção farmacológica corresponde aos acertos no esquema analgésico (aumentos de doses, introdução de adjuvantes, ajuste de horários,...) sobretudo por falhas no controlo satisfatório da dor basal.

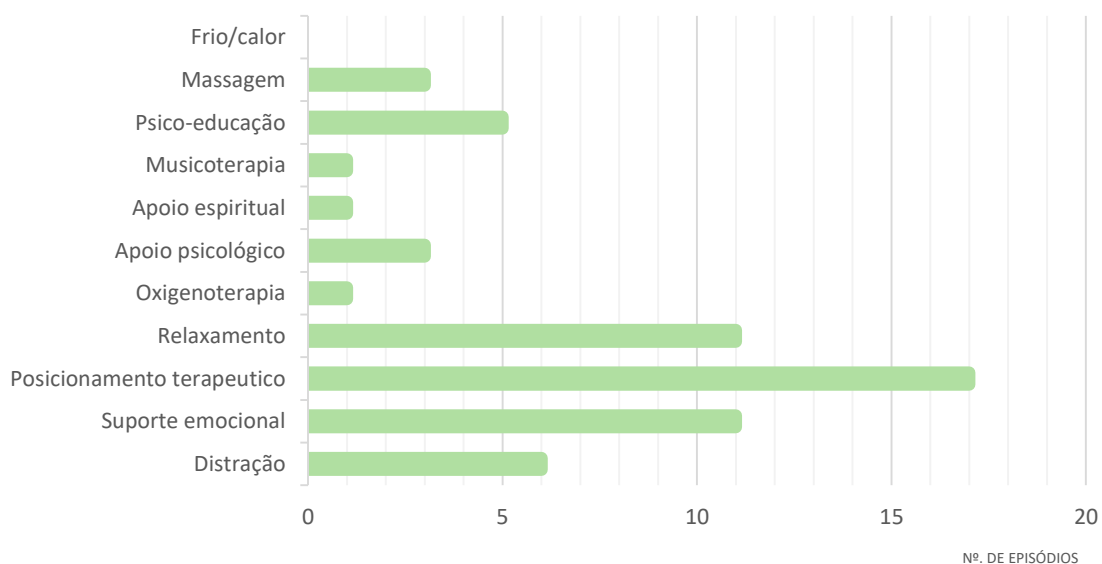
A rotação de opióides e a subida na escada analgésica parecem à primeira vista estratégias com menor significado ou impacto na gestão da dor destes doentes. Porém, alerta-se para a forma como se analisam os resultados, uma vez que estes são processos que devem ser utilizados de forma ponderada, permitindo espaço e tempo para que as intervenções planeadas possam mostrar resultado (Pina, 2012b). Recorda-se que a população observada foi apenas de 5 doentes acompanhados ao longo de 4 semanas. Logo, é natural que as primeiras estratégias aqui discutidas possam aparecer com maior frequência, uma vez que as últimas foram apenas utilizadas em situações específicas e pontuais de consolidação e/ou insucesso do plano farmacológico.

Porém, “o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor.” (Sousa, 2009:40).

Naturalmente que a seleção das técnicas não farmacológicas teve em conta as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (Alves, 2014). Além disso, toda a informação obtida aquando da caracterização da dor foi essencial na identificação das estratégias mais adequadas, sobretudo pela consideração e análise dos fatores de alívio e agravamento referidos ou manifestados.

Gráfico 7 – “Nº. de episódios de dor” por “intervenções não-farmacológicas”

(Nota: Em alguns episódios utilizou-se mais do que uma intervenção)



Nº. DE EPISÓDIOS

Tal como Santos (2011) descreveu no seu estudo, também os resultados observados durante este estágio mostraram que a estratégia não farmacológica mais utilizada em contexto de final de vida é o posicionamento terapêutico/antiálgico, sobretudo pelo rápido encontro com a promoção do conforto do corpo.

A distração, relaxamento, suporte emocional e a psico-educação foram outras estratégias com expressão significativa.

O uso de medidas cognitivas-comportamentais no alívio da dor é baseado nos princípios de que “a dor é também um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente; que o indivíduo não é recetor passivo de informações e pode aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, isto é, que tragam maior funcionalidade e bem-estar.” (Marinho, 2014:42). É neste sentido, que surge a pertinência da inclusão de estratégias de âmbito educativo, de análise e reorganização do comportamento e do pensamento (psico-educação), e/ou de alívio dos estados de tensão e ansiedade (técnicas de relaxamento e distração).

Também o suporte emocional, pela partilha de sentimentos, emoções e experiências permitem construir um ambiente de apoio e segurança com profissionais e/ou pessoas significativas que contribuem de forma positiva para o alívio da sua sensação dolorosa e desconforto de uma forma geral (Marinho, 2014), como foi nítido ao longo de todo este processo de observação. No fundo, cada um à sua maneira, permitem a diminuição da ansiedade, descontração física e/ou mental, aumentando a sensação de bem-estar, conforto e tranquilidade, essencial ao alívio geral da sensação dolorosa, lembrando mais uma vez a multidimensionalidade da dor e a importância de uma intervenção pormenorizada mas de visão global.

A massagem tem sido discutida entre especialistas, pela sua controvérsia em relação aos riscos/benefícios da sua utilização em contexto paliativo oncológico. As doenças malignas são em muitas circunstâncias uma contra-indicação narrada para a técnica de massagem, sobretudo pelo risco de expansão de células neoplásicas, capazes de conduzir a processos metastáticos dado o aumento do fluxo linfático (Ferreira e Lauretti, 2007). Porém, estas mesmas autoras acreditam que “em pacientes debilitados que apresentam a doença neoplásica em fase terminal, o risco de expansão metastática é irrelevante e o benefício fisiológico e os efeitos psicológicos da massagem têm potencial positivo para melhorar a função, aliviar sintomas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida” (p.162). Desta forma, e uma vez que a evidência científica consultada não é clara relativamente a este ponto, a massagem foi apenas utilizada no contexto deste estágio em

doentes em fim de vida não oncológicos, evitando transpor aprendizagens para a população-alvo selecionada. Apesar de tudo, a aplicação e investigação sobre a técnica da massagem não deixou de trazer contributos importantes no meu desenvolvimento, conferindo-me capacidade de apreciação, situação a situação, baseado na evidência, no raciocínio e no julgamento crítico.

Apesar de só terem sido observadas uma vez, gostava ainda de mencionar outras duas estratégias para as quais não estava desperta no início deste percurso, mas que ao observar a sua aplicação neste contexto, permitiram uma modificação dos meus pré-conceitos relativos à componente não farmacológica do controlo da dor, bem como à consolidação de aprendizagens no âmbito da multidimensionalidade da dor.

A primeira intervenção está relacionada com o papel da música no processo de gestão da dor (desenvolvido em pormenor na reflexão apresentada em apêndice VII deste relatório). A segunda intervenção prende-se com a promoção de apoio espiritual, como estratégia de alívio da dor. Uma das doentes que acompanhei intitulava-se neo-ecuménica, frequentando sempre que possível celebrações e atividades espirituais/religiosas neste âmbito. Presenciei num dos episódios de dor observados, uma melhoria muito significativa do seu estado bio-psico-existencial após procura deste tipo de apoio. Em registos de enfermagem dos colegas do serviço confirmei o papel desta intervenção sobre o seu estado de alívio e conforto, percebendo que o episódio observado por mim não se tratou de uma casualidade isolada, mas que se repetia com alguma frequência, sempre com aparentes benefícios sobre as suas queixas dolorosas. Neste sentido trabalhei, claramente, no contexto psicoespiritual definido por Kolcaba, na sua teoria do conforto, onde a experiência espiritual parece ter permitido a combinação do seu “eu” mental, espiritual e emocional, construindo um sentimento positivo de relaxamento e alívio, minimizando as suas queixas dolorosas.

Tais experiências permitiram-me compreender a amplitude do papel da enfermagem, potenciando, não apenas, a importância da avaliação multidimensional da dor para a seleção assertiva das técnicas de alívio, como também, a contextualização destas queixas no seu estado geral de conforto. Kolcaba conceptualiza esta ideia, lembrando que é primordial um levantamento das efetivas necessidades individuais de cada doente, para que se consiga um plano de cuidados integrado e centrado na pessoa, capaz de resultar numa experiência final de maior conforto. Reconhecendo, assim, que o alívio da dor e a maximização do conforto se comprometem entre si, compreende-se que o resultado final observado teria facilmente sido implicado se a avaliação não tivesse considerado todos

os estados de conforto e os seus diversos contextos. A consideração de aspetos significativos e a manipulação possível do ambiente, no sentido do encontro com a sua própria individualidade, facilitou o caminho na linha do conforto, aliviando as queixas dolorosas iniciais.

No nosso dia-a-dia profissional há tendência para esquecer a pertinência e mais-valia destas técnicas não-farmacológicas na resolução ou minimização da dor, sobretudo pela desvalorização que tantas vezes fazemos da multidimensionalidade da dor. Porém, as experiências aqui partilhadas permitiram-me compreender a dor para lá da sua conotação física, maximizando o papel da enfermagem na procura intencional do alívio e conforto da pessoa, utilizando as ferramentas próprias ou adaptadas de cada um, reconhecidas pelo conhecimento pormenorizado e verdadeiramente holístico de cada um.

1.3. RESULTADO DAS INTERVENÇÕES

Após apresentação das estratégias de alívio e percurso realizado para gestão da dor nos episódios observados, importa compreender o seu verdadeiro impacto sobre a experiência de dor conseguido em cada situação presenciada. Desta forma, apresenta-se graficamente a variação de intensidade referida e/ou manifestada após promoção das anteriormente descritas intervenções de enfermagem.

Gráfico 8 – Intensidade da dor inicial vs após intervenção avaliadas em escala numérica / episódio de dor

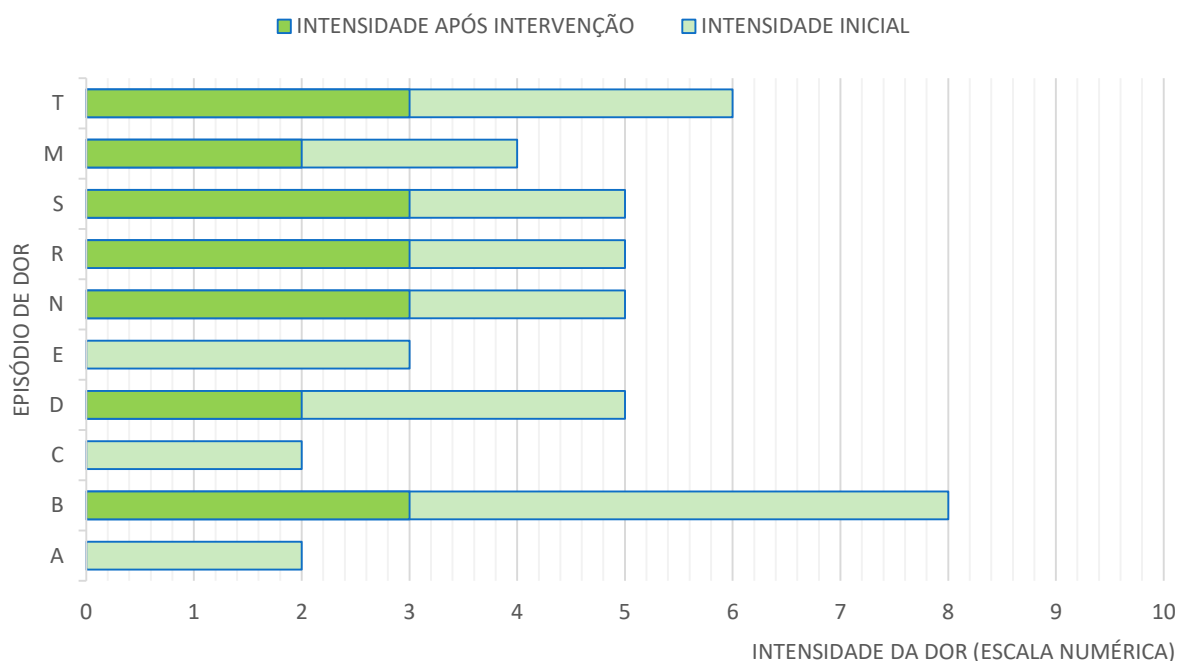


Gráfico 9 – Intensidade da dor inicial vs após intervenção avaliadas em escala PAINAD/episódio de dor

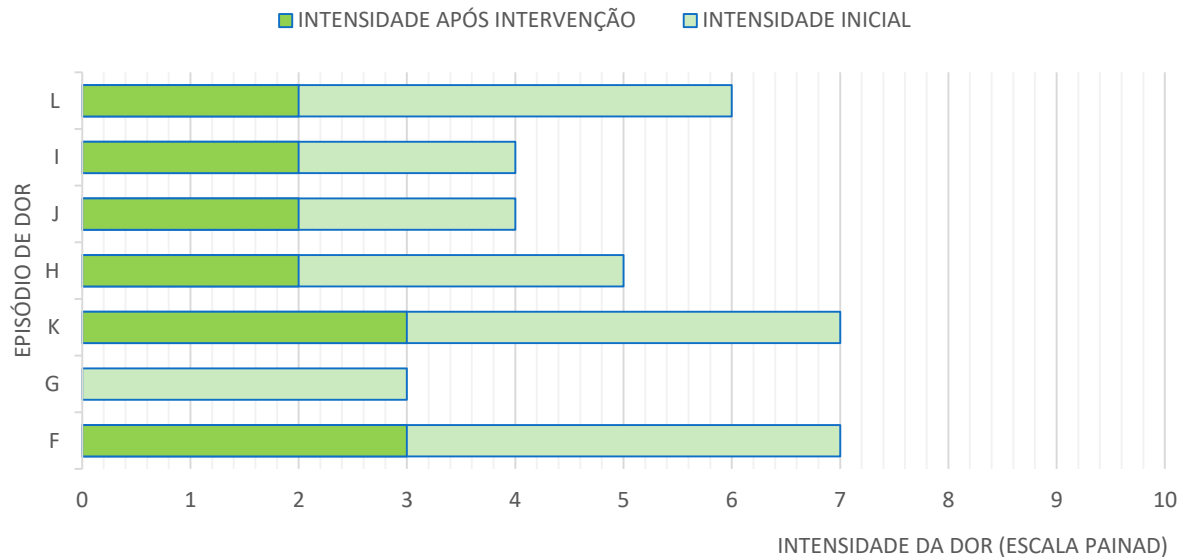


Tabela 3 – Intensidade da dor inicial vs após intervenção avaliadas em escala qualitativa/episódio de dor

Episódio de dor	Intensidade de dor inicial	Intensidade de dor após intervenção
O	INTENSA	MODERADA
P	MODERADA	LIGEIRA
Q	MODERADA	LIGEIRA

Nos episódios de dor registrados, e conforme se pode verificar pela expressão gráfica dos resultados (gráfico 6, 7 e tabela 3), assistiu-se em todos os episódios de dor acompanhados diminuição da sua intensidade após intervenção de enfermagem.

Ritto e Rocha (2012) apresentam uma escala híbrida⁶ de auto-avaliação que junta no mesmo instrumento as escalas numérica e qualitativa, que oferece correspondência entre os valores de ambas, o que facilita em certa medida a interpretação e conceptualização de

⁶ Escala híbrida Numérica/qualitativa

Sem dor	Dor ligeira		Dor moderada			Dor intensa			Dor máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

alguns resultados da observação feita. Assim, tendo por base a comparação permitida por esta escala híbrida é possível perceber pormenores interessantes do trabalho desenvolvido. Entende-se que a dor inicial foi maioritariamente classificada como moderada (12 episódios = 60%). Em apenas 2 episódios (10%) a dor foi classificada como ligeira e em 6 (30%) como intensa. No final, após intervenção assistiu-se a uma alteração significativa destes resultados. A dor passou a situar-se em valores de intensidade mais baixos, sobretudo de nula a ligeira (60%).

Porém, mais do que conhecer estes resultados é importante perceber que em todos os episódios seguidos, se assistiu a uma diminuição da classificação da dor em pelo menos 2 valores de intensidade, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 4 – % de episódios inicial vs após intervenção por intensidade de dor

Intensidade da dor	Avaliação inicial		Avaliação após intervenção	
	Nº. episódios	%	Nº. episódios	%
Nula	0	0	3	15
Ligeira	2	10	9	45
Moderada	12	60	8	40
Intensa	6	30	0	0
Máxima	0	0	0	0

Tabela 5 – % de episódios por descida de intensidade da dor

Descida de intensidade (EAN/ PAINAD)	Nº. episódios
1 Valor	0
2 Valores	8
3 Valores	5
Mais de 3 valores	4

Além disso, e indo ao pormenor da análise permitida pelas representações gráficas percebe-se que em apenas 3 episódios não se conseguiu reduzir o nível de intensidade inicial para (pelo menos) o valor abaixo da escala qualitativa. Ou seja, no episódio N, R e S apesar da descida da intensidade de 2 valores numéricos, a classificação da dor inicialmente moderada manteve-se no mesmo escalão de intensidade qualitativa. Em todos os outros episódios assistiu-se a uma queda dos valores de intensa para moderada, moderada para ligeira/sem dor e de ligeira para sem dor.

Porém, não se quer com esta constatação retirar importância aos episódios em questão ou às intervenções subjacentes a todo o processo de gestão de dor, uma vez que esta descida de dois valores (de 5 para 3 na escala numérica) não deixaram de ter impacto positivo sobre a vivência de dor dos respetivos doentes, bem como na consequente experiência de conforto, como tentarei mostrar mais adiante.

Importa ainda referir que se observou em 3 dos episódios acompanhados a descida de intensidade para o valor mínimo de 0 (correspondente a sem dor). Thomaz (2010) diz que a dor pode ser completamente aliviada em 80 a 90% dos doentes, e um nível aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos restantes. Apesar dos resultados corresponderem apenas a uma percentagem de 15% de alívio total da dor, entre os 20 episódios, observou-se uma diminuição efetiva da intensidade sentida, anulando-se níveis de dor mais violentos e incapacitantes, fixando-os sobretudo em intensidades mais toleráveis, com menor impacto nas vivências da pessoa, de uma forma geral, como se entende sobretudo pela análise da tabela 4, acima apresentada.

Além do alívio notório da dor destes doentes, parece-me essencial perceber, igualmente, se as intervenções de enfermagem e a conseqüente minimização do quadro doloroso permitiu outros resultados positivos, nomeadamente ao nível do controlo de sintomatologia associada à dor, desempenho nas NHF e comportamento associado.

Quando analisamos com maior pormenor a última coluna da tabela 2, anteriormente apresentada, percebe-se que a intervenção de enfermagem permitiu não apenas o alívio da dor, mas vários outros resultados capazes de potenciar o estado de equilíbrio e conforto do doente. A análise comparativa das avaliações feitas e apresentadas na tabela 1 e 2, por episódio de dor (ou até por doente ao longo do período de seguimento) permite perceber, por exemplo, que grande parte da sintomatologia que foi associada à dor, diminuiu à medida que as queixas dolorosas iam sendo controladas. A síntese dos registos mostra frequentemente melhoria da função respiratória, diminuição da ansiedade, capacidade de descanso aumentada, diminuição de estados de agitação, da sudorese, entre outras. Tal facto, abre espaço para que, de alguma forma se possa confirmar a relação entre a presença de dor e o aparecimento/exacerbação destes sintomas, maximizando a importância adjacente ao processo de gestão da dor. Nem sempre é fácil compreender se existe uma relação efetiva ou se apenas co-existem num determinado momento. Nesta avaliação, apesar de se tratar de uma amostra reduzida parece confirmar-se a ligação na presença simultânea e co-relacionada de determinados sintomas com a dor.

Porém, tal fenómeno não ficou clarificado em todos os sintomas, nomeadamente relativamente aos quadros depressivos. Na evidência científica esta relação entre dor e depressão é amplamente estudada e aceite. “O tratamento da depressão tem impacto na evolução clínica da população com dor crónica, melhorando a sua saúde mental e reduzindo os efeitos da dor nesta população.” (Pereira, 2014:9). Condição que no presente trabalho é dificilmente confirmada. Entende-se que o tratamento da depressão é um

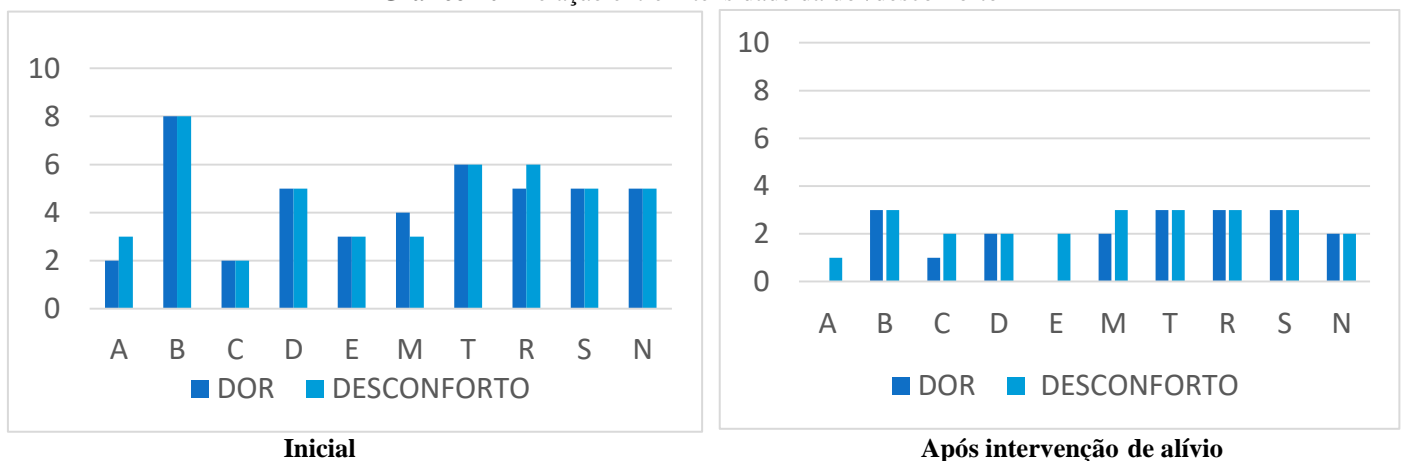
processo complexo e demorado, para o qual não se conseguirão, facilmente, resgates rápidos como os que utilizamos no alívio da dor. Logo, o período de acompanhamento a estes doentes não foi, certamente, o suficiente para que se pudessem assistir a alterações significativas relativamente ao seu estado de depressão.

Para além da sintomatologia, observaram-se também em vários dos episódios descritos uma melhoria no desempenho das NHF, sobretudo na tolerância às mobilizações e toque, revelando-se um óptimo ganho no conforto e até na autonomização do doente.

Estes resultados permitem compreender o sucesso dos planos terapêuticos adoptados, e do papel da enfermagem de uma forma geral, neste âmbito da gestão satisfatória da dor dos doentes em final de vida.

Porém, e lembrando Kolcaba (2003) que defende que caminhamos sempre no sentido da satisfação da necessidade de conforto nas suas mais variadas dimensões, considerou-se essencial na conjuntura do trabalho de análise/reflexão compreender a relação “dor-desconforto”, procurando evidência da sua existência no campo de observação escolhido e respectiva população-alvo selecionada. Os gráficos seguintes sintetizam os dados possíveis de serem obtidos neste contexto específico, dado que nem em todos os doentes observados foi possível avaliar com rigor e simplicidade as variações do conforto em função das queixas dolorosas.

Gráfico 10 – relação entre intensidade da dor/desconforto



Existem, atualmente, várias escalas e questionários de avaliação do conforto, inclusive adaptadas às circunstâncias de final de vida (Kolcaba, 2010). Contudo, na conjuntura deste projeto a maioria revelou-se extensa ou desadequada ao verdadeiro objetivo da sua aplicabilidade. Assim, adaptei a *visual discomfort Scale*, que se traduz

num termómetro numérico de auto-avaliação do conforto, em que o valor 0 corresponde ao conforto total (ou ausência de desconforto) e o valor 10 corresponde ao desconforto mais insuportável possível. Desta forma, a todos os doentes onde foi aplicada a escala numérica de avaliação da dor foi, concomitantemente, aplicada esta escala adaptada do conforto, que ao serem equivalentes do ponto de vista numérico, permitiram comparação entre si e discussão da relação observada.

Como se percebe pela leitura do gráfico 10, os doentes referiram frequentemente o mesmo valor, ou valores aproximados de intensidade para a dor e para o desconforto, prevendo a tal relação entre a intensidade da dor e o desconforto geral sentido, previsto e discutido frequentemente na literatura. Além disso, na comparação gráfica entre intensidades antes e após intervenção de alívio assiste-se, para além da diminuição já discutida dos níveis de intensidade da dor, uma diminuição proporcional do desconforto manifestado por cada uma das pessoas observadas. Ou seja, parece consensual que ao diminuir significativamente a dor, consegue-se atingir melhores níveis de conforto pessoal. No entanto, e como Nicolau (2013) alerta, apesar desta estreita relação é importante atender-se à multidimensionalidade, subjetividade e individualidade destes fenómenos, uma vez que as necessidades de conforto são dinâmicas e raramente associadas a um único fator isolado – a prova disso é que na percentagem de episódios de dor onde o fenómeno doloroso foi completamente anulado, os doentes mantiveram queixas presentes de desconforto, apesar de se ter assistido a quebras muito significativas na sua intensidade.

2. CONCLUSÃO

O contacto com a realidade dos cuidados é fundamental para o desenvolvimento de competências, permitindo-nos questionar, problematizar e refletir sobre as experiências. Porém, no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática (OE, 2010). É, assim desta articulação de conhecimentos e experiências que se alcança o efetivo desenvolvimento pessoal e profissional desejado.

O conforto é um princípio fundamental da Enfermagem, sobretudo, em contexto de cuidados paliativos. Neto (2006), reforça esta ideia ao considerar os cuidados paliativos como cuidados intensivos de conforto. O controlo de sintomas, e o alívio da dor de uma

forma especial, é uma prioridade na procura do bem-estar e conforto. Os dados recolhidos e analisados, permitiram compreender a importância do papel do enfermeiro: “enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.” (OE, 2008:11). Pela sua capacidade singular de apreciação holística e integrativa da situação, de raciocínio, julgamento crítico e intervenção diferenciada, o enfermeiro especialista vê redobrado este privilégio e a oportunidade de intervenção. Neste sentido temos responsabilidades na avaliação diagnóstica, na construção e execução do plano de intervenção (farmacológico/não-farmacológico), e monitorização dos resultados, na instrução do doente/família, na partilha e comunicação de toda a informação relativa ao processo de gestão da dor, como elemento da equipa multidisciplinar.

De forma simples mas esquematizada e assente na evidência científica foi possível compreender, no terreno, que a caracterização da dor é efetivamente um dos pontos-chaves mais importantes de todo o processo de gestão da dor. Que sem se compreender os significados e experiências da dor do outro, a planificação terapêutica é mais difícil e, eventualmente menos assertiva. “...é imprescindível considerar o relato minucioso da experiência dolorosa do paciente para que os profissionais indiquem as formas mais adequadas de tratamento. Este relato possibilita a compreensão do quadro algico (...), aumentando a probabilidade de sucesso (...).” (Garner, Junior e Rolim, 2010: 347).

Esta observação inicial foi um ótimo ponto de partida para uma planificação individualizada e focada nos verdadeiros problemas, causas e vivências de cada doente, permitindo a análise e intervenção sobre os fatores em desequilíbrio nos vários estados e contextos do conforto, que condicionavam o processo de gestão dolorosa de cada doente acompanhado.

Desta forma, e relacionando cada experiência e resultado obtido ao longo deste processo de observação, considero que toda a intervenção planeada se revelou um sucesso quer para os doentes envolvidos (com alívio muito significativo das suas queixas iniciais), quer para o meu desenvolvimento profissional (enquanto fonte de aprendizagem).

Permitiu compreender ainda a efetividade da relação entre dor e conforto. A medida destes dois fenómenos revela-se muitas vezes comum e apesar de na maioria das vezes, se entender que dor e desconforto são dimensões diferentes, facilmente estes conceitos convergem no mesmo sentido da experiência, como parece evidente nos resultados obtidos, pela observação realizada no contexto deste estágio.

É deste tipo de reflexão sobre os cuidados que prestamos e queremos prestar que se criam verdadeiras condições para a mudança necessária e desejada nos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.
- Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2010). Consenso brasileiro de Fadiga. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 3(2)- Suplemento 1. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/consenso_fadiga.pdf
- Campos, M.; Hassan, B.; Riechelmann, R.; Giglio, A. (2011). Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Revista da Associação Medicina Brasileira*. 57(2):211-219. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a21.pdf>
- Change Pain (2015). *Classificação de acordo com a patogénese*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP_pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Classificacao/Patogenese/pt_PT/159400074.jsp
- Costa, C.; Santos, S.; Alves, P. e Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol XIII. Nº.6. Novembro/Dezembro. P 855-867.
- Dellaroza e Pimenta (2012). Impacto da dor crónica nas actividades de vida diária de idosos da comunidade. *Ciência Cuidado e Saúde*. N.11 (suplemento). P235-242. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17081
- Dias, G. (2012). *A massagem como promotora do conforto à pessoa em fim de vida*. Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre em Enfermagem à pessoa em processo de doença na comunidade. Escola Superior de Saúde de Santarém. Instituto Politécnico de Santarém. Disponível no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém.

- Diniz, L. (2012). *Dor Crónica*. In: Manual da Dor Crónica. P.87-100. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO.
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5ª Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa nº. 09/DGCG de 14/06/03.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Circular Normativa nº. 15/2010 de 04/12/10.
- European Oncology Nursing Society (2012). *Dispneia. Melhorar a gestão dos sintomas durante o tratamento do cancro através de uma prática baseada na evidência*. Acedido a 01/02/2016. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPEPDyspneaPortuguese.pdf>
- European Oncology Nursing Society (2013). *Dor irruptiva oncológica. Guidelines 2013. Guia de Bolso*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf
- Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Coisas de ler. 2ª. Edição*. IBSN: 978-989-8218-50-6.
- Ferreira, A.; Lauretti, G. (2007). *Massoterapia como técnica adjuvante no controlo da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Revista Prática Hospitalar. Ano IX. Nº. 53. Set-Out. p161-163*. Acedido a 1/2/2016. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/12/massagem-e-ca.pdf>
- Graner, K.; Junior, A.; Rolim, G. (2010). *Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. Temas em Psicologia. Vol. 18, no 2, p345-355. ISSN: 1413-389*.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.
- Kolcaba (2010). *Confort Questionnaires*. Consultado a 10/11/2015. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>
- Lavigne, G.; Kato, T. ; Mayer, P. (2010). *Dor e distúrbio do sono*. In: Sessle, B.; Lavigne, G.; Lund, J.; Dubner, R. *Dor orofacial – da ciência básica a conduta clínica*. Capítulo 16. p125-132. Quintessence. 2ª. Ed. ISBN: 9788587425942.
- Marinho, L. (2014). *A Gestão da dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados

- Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Maio. Disponível no RCAAP.
- Ministerio de Salud (2011). *Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie Guias clínicas MINSAL. Santiago. Consultado a 12/12/ 2015. Disponível em:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>
- Neto, I. (2006). *Princípio e filosofia dos cuidados paliativos*. In: Barbosa, A.; Neto, I. – Manual de cuidados paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. p. 17-52.
- Nicolau (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Junho. Disponível no RCAAP.
- Oliveira, A.; Silva, M. (2010). *Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde*. Acta Paulista de Enfermagem. 23(2). p212-217. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/10.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas*. Publicado em Diário da República, 2ª. Série – nº.35 – 18 de Maio.
- Pereira, I. (2014). *Depressão na dor crónica: a importância da intervenção multidisciplinar*. Artigo de revisão bibliográfica (contexto da dissertação de mestrado integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Pilatto, M. (2011). *Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica*. Trabalho referente à componente curricular: Vivências Teórico-Práticas em Oncologia da Pós-graduação Lato Sensu em Oncologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Acedido a: 1/2/2016. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1>
- Pina, P. (2012a). Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides. Analgésicos opióides (doses fracas). In: *Manual da Dor Crónica*. P125-163. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor.

- Pina, P. (2012b). Os analgésicos opióides (doses fortes). Os efeitos adversos dos opióides.in: *Manual da Dor Crónica*. P165-214. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO.
- Prior, L. (2011). *A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Dezembro. Disponível no RCAAP.
- Ramos, A.; Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. São Paulo. Acedido a 01/02/16, Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf.
- Ramos, A; Sá, E. (2015). 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. *Journal of aging and inovation*, 4 (1): 18-35. ISSN: 2182-6951.
- Ritto, C.; Rocha, F. (2012). Avaliação da Dor. In: Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. *Manual da Dor Crónica*. Clinica da Dor. IPO. p.101-124.
- Robb-Nicholson (2010). *The pain anxiety depression connection*. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.health.harvard.edu/healthbeat/the-pain-anxiety-depression-connection>
- Santos, M. (2011). *Dor no doente Oncológico em Fase Terminal. Análise de uma Experiência de Cuidar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Sousa, M (2009). *O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Psiquiatria cultural. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Junho. Disponível no RCAAP.
- Tang, N.; McBeth, J.; Jordan, K. ; Blagojevic-Bucknall, M. ; Croft, P.; Wilkie, R. (2015). *Impact f musculoskeletal pai non insomnia onset: a prospective cohort study*. *Rheumatology (Oxford)*. Fevereiro. 54(2): 248-256. Acedido a 01/02/2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301708/>

- Thomaz, A. (2010). Dor Oncológica: Conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco&*. Agosto/Setembro. P.24-29. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf
- Vitor, A.; Ponte, E.; Soares, P.; Carvalho, K.; Rodrigues, M.; Patrocínio, M.; Lima, R.; Vasconcelos, S. (2008). Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Vol.2, n.1, p.87-96. Janeiro/Junho. Rio de Janeiro. ISSN 1981-6278.
- World Health Organization (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Acedido a 01/02/2016. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

**Apêndice VIII - Caracterização e pertinência da seleção do 2º campo de estágio
(UD)**

CARACTERIZAÇÃO E PERTINÊNCIA DA SELEÇÃO DO SEGUNDO CAMPO DE ESTÁGIO

Unidade de Dor

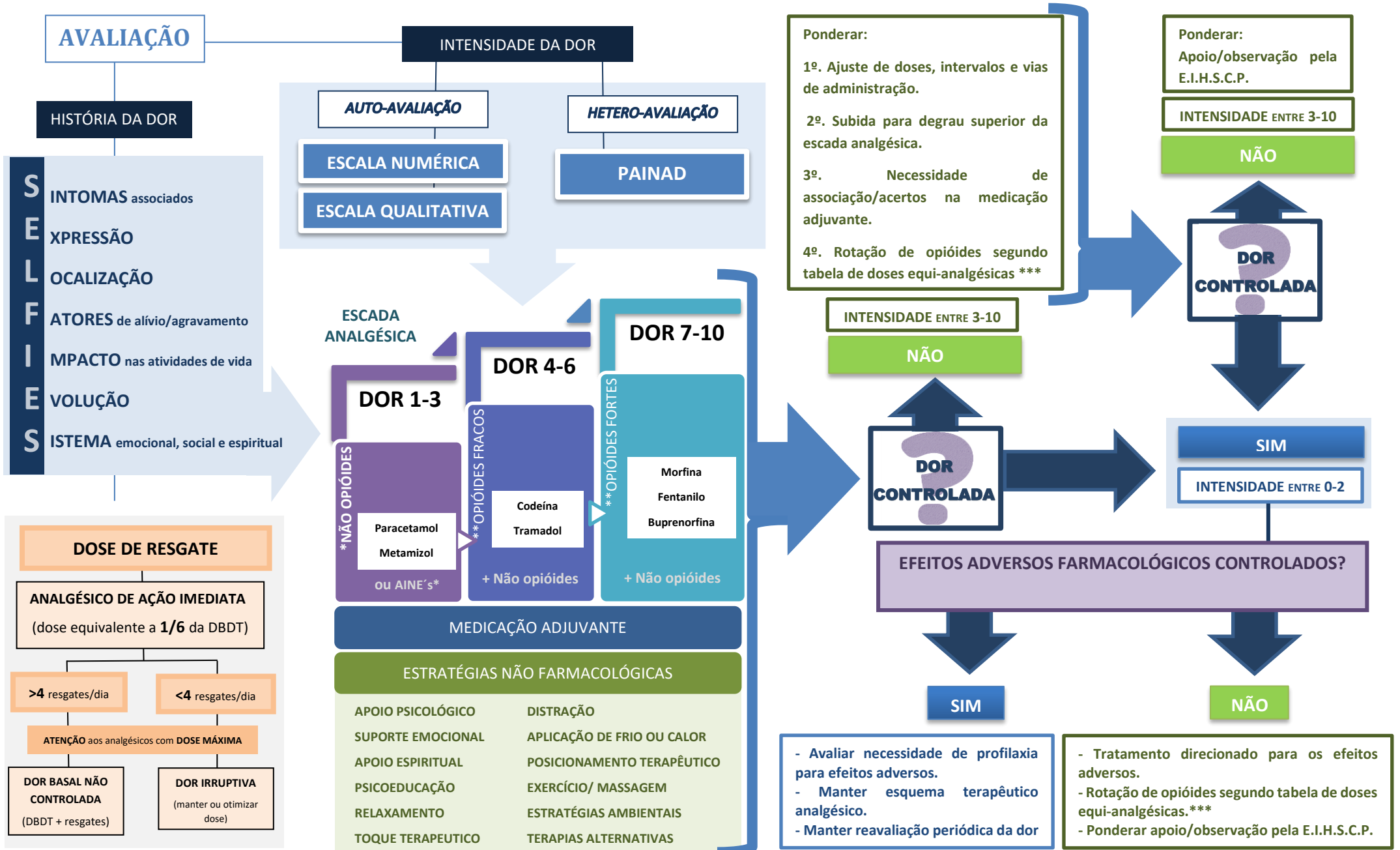
O segundo serviço selecionado, como campo de estágio capaz de dar resposta às inquietações e objetivos propostos na fase de planeamento do projeto, foi uma UD. Este é um serviço de características muito diferentes do anterior. Está inserido num hospital de acompanhamento diferenciado à pessoa com cancro. Esta unidade tem como objetivo principal a avaliação, estudo clínico e tratamento de síndromes dolorosas crónicas causadas ou relacionadas com a doença oncológica. Além disso, tem desenvolvido ao longo dos anos um importante papel ao nível da investigação e ensino, promovendo e divulgando conhecimento nas mais diversas áreas da temática da dor. É um serviço em regime de hospital de dia, com autonomia técnica, funcional, e recursos técnicos e humanos de excelência, assente num conceito de abordagem multidisciplinar. “Para um eficiente controle da dor oncológica é necessário que uma equipa multidisciplinar de saúde com oncologistas, clínicos da dor, cirurgiões, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, tenham familiaridade com uma gama de opções terapêuticas tais como terapias antineoplásicas, medicamentos, técnicas anestésicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos intervencionistas, técnicas psicológicas e técnicas de reabilitação” (Rangel e Teles, 2012:34). É nestes moldes que a presente UD desenvolve o seu trabalho, tendo à disposição do doente uma equipa permanente de enfermeiros, anestesistas, neurologista e psicólogo, que a qualquer momento se articulam com outros técnicos, nomeadamente a psiquiatras ou técnicos de MFR, de forma a responder às queixas da pessoa da maneira mais rigorosa e personalizada possível.

O serviço possui 3 gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos, um quarto (com 2 camas) e uma sala de enfermagem. Dividiria o trabalho desta equipa em 6 momentos diferentes: consultas médico-enfermagem (de primeira vez e subsequentes, consoante seja o primeiro contato ou reavaliações de doentes já seguidos); consultas de grupo (onde estão presentes profissionais das várias disciplinas de interesse para o alívio da dor do doente); atendimento não programado (avaliação e controlo

sintomático de doente com episódios de exacerbação da dor que recorrem ao hospital sem marcação, mas com necessidade de intervenção imediata); tratamentos invasivos (aplicação de técnicas adjuvantes ao controlo da dor quando o tratamento dito convencional não se revela suficiente); atendimento telefónico (acompanhamento dos doentes, inscritos na consulta, via telefónica de forma a esclarecer dúvidas relativas ao seu tratamento e evitar idas ao hospital desnecessárias) e consultadoria/apoio aos serviços de internamento (onde em conjunto com as equipas de internamento se tenta potencializar os resultados de doentes com dores complexas de difícil gestão).

Tendo em conta estes aspetos, entende-se que existe uma preocupação real da equipa em oferecer uma resposta adequada à experiência dolorosa do doente, assente numa filosofia da maximização do conforto da pessoa. Não sendo um serviço onde se trabalhe exclusivamente a dor em fim de vida, ou em contexto de cuidados paliativos de uma forma geral, o serviço está montado numa ideologia de minimização do sofrimento e promoção da qualidade de vida (valores indiscutíveis dos cuidados paliativos). Assim, considereei que estavam reunidas as condições para o desenvolvimento da segunda etapa do meu estágio, onde me propunha a experiências de gestão da dor crónica do doente oncológico, com a possibilidade de mobilizar esse conhecimento para o contexto da intervenção paliativa – permitindo-me, assim, o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem oncológica.

Apêndice IX – Algoritmo de apoio à tomada de decisão na gestão da dor do doente em fim de vida



ABREVIATURAS:

DBDT – Dose basal Diária Total
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério de Saúde (2011). *Alívio da dor por cancro avançado e cuidados paliativos*. Série Guias clínicos MINSAL. Santiago. || Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzano, E.; Berti, M.; Rolla, F. (2012). *Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines*. Annals of Oncology 23 (supplement 7): 139-154. October. || Rito, C.; Rocha, F. (2012). *Avaliação da Dor*. In: Manual da Dor Crónica. P.101-124. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica, Clínica da Dor. IPO. || *Dor. Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5. || Swann, R.; Abernethy, A.; Angelescu, D.; Benedetti, C.; Blinderman, C.; Boston, B.; Cleland, C.; et al (2010). *Adult Cancer Pain, Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. Volume 8, number 9, P1046-1086. September. ||

ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES		DOSE MÁXIMA (mg/dia)
SIMPLES	Paracetamol	4 000
	Metamizol	2 300
AINE's	Ibuprofeno	2 400
	Naproxeno	1 500
	Diclofenac	150
	Nimesulida	200
	Clonixina	1 800
	Ceterolac	120

TABELA DE DOSES EQUIANALGÉSICAS***																				
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	200
ORAL (mg)	MORFINA																			
	TRAMADOL	50	100	150	200	250	300	350	400											
	CODEÍNA	90	210	330																
INIEC. (mg)	MORFINA (e.v.)			10			20			30			40			50			60	
	MORFINA (s.c.)		10		20		30		40		50		60		70		80		100	
	TRAMADOL (i.v./s.c.)			100			200			300			400							
	FENTANILO					12,5				25						50				
TD (µg/h)	BUPRENORFINA								35					52,5				70		

(Dados meramente orientadores. Deve-se atender à especificidade de cada doente)

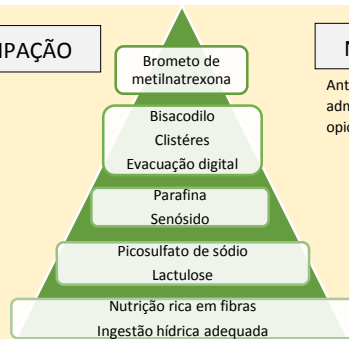
RELAÇÃO EQUIANALGÉSICA		
MORFINA ORAL	MORFINA E.V	3:1
	MORFINA S.C	2:1
	CODEÍNA ORAL	1:10
	TRAMADOL ORAL	1:5
	TRAMADOL EV/SC	1:3,3
	TAPENTADOL ORAL	1:2,5
	HIDROMORFONA ORAL	5:1
	FENTANILO TD	100:1
BUPRENORFINA TD	75:1	

ANALGÉSICOS OPIÓIDES**			
MORFINA	PO (libertação prolongada)	8-12h	Dor basal
	PO (libertação rápida)	Até de 4/4H (comprimido) Frasco 2 mg/ml: 5-10ml até 4-4h (solução) Frasco 20 mg/ml: 0,5-1ml até 4-4h (solução)	Dor irruptiva (e/ou basal)
	EV	1 a 3 mg até de 10/10 min. Perfusão contínua	Dor irruptiva Dor basal
	SC	5 a 10 mg até de 4-6h Perfusão contínua	Dor basal e/ou irruptiva Dor basal
TRAMADOL	PO (libertação prolongada)	50-100mg a cada 8h (efeito retardado) 150-200mg a cada 12h (efeito retardado) 100-400mg a cada 24h (efeito longo)	Dor basal
	PO (libertação rápida)	50-100mg até 6-6h (Crodispersível) Doseador: 4 doses=50mg (solução) Conta-gotas: 20 gotas=50mg (solução)	Dor Irruptiva
	EV	100 mg até de 6/6h	Dor irruptiva
FENTA	TRANSDÉRMICO	De 72/72h	Dor basal
BUPRENORFINA	TRANSDÉRMICO	De 96/96h ou 2 dias fixos por semana (Transtec) De 72/72h (outras marcas)	Dor basal

MEDICAÇÃO ADJUVANTE				
	EFEITO	EFEITOS SECUNDÁRIOS	PRECAUÇÕES ESPECIAIS	EXEMPLO
ANSIOLÍTICOS	- Controlo de espasmos musculares. - Diminuição da ansiedade. - Alívio da dor fantasma. - Controlo da dimensão emocional da dor. - Controlo da dor neuropática lancinante. - Controlo da insónia.	- Sonolência. - Depressão do SNC. - Incontinência ou retenção urinária.	- Monitorizar hidratação e diurese. - Titulação cuidadosa em doentes com debilidade grave.	- Diazepam 5-10mg até 8/8h - Lorazepam 1-2mg até 8/8h - Alprazolam 0,25 -1mg até 8/8h - Clonazepam 0,5-2mg até 12/12h - Midazolam 7,5-30mg (consoante efeito hipnótico ou sedativo)
ANTIESPASMÓDICOS	- Relaxante muscular. - Controlo da dor neuropática lancinante.	- Sonolência. - Tonturas. - Insónias - Convulsões. - Alterações gastro-intestinais	- Titulação cuidada em doente com insuficiência hepática e renal.	- Baclofeno 5-25mg até 6/6h. (aumento progressivo)
NEUROLÉTICOS	- Efeito calmante, sedativo e antiemético. - Controlo da dimensão psicológica da dor.	- Hipotensão. - Retenção urinária. - Efeito extrapiramidais.	- Monitorização de tensão arterial.	- Clorpromazina 10-15mg até 6/6h - Haloperidol 1-5mg até 12/12h
ANTIDEPRESSIVOS	- Controlo da dor por lesão nervosa (em doses baixas). - Interação farmacocinética que aumenta a concentração do opióide, quando administrado em associação.	- Sonolência. - Sedação. - Confusão. - Obstipação. - Retenção urinária. - Secura da boca.	- Vigilância mais apertada a pessoas com alterações cardíacas (palpitações irregulares).	- Amitriptilina 25-100mg/dia (aumento progressivo) - Fluoxetina 20-40mg/dia - Venlafaxina 37,5-225mg/dia - Duloxetina 30-60mg/dia
ANTICONSULIVANTES	- Controlo da dor neuropática, do tipo lancinante. - Ajuda no alívio da sensação de formigamento e ardor proveniente das lesões nervosas.	- Sonolência. - Sedação. - Depressão do SNC. - Toxicidade hepática. - Tonturas. - Depressão da medula óssea.	- Hemograma de 15/15 dias.	- Carbamazepina 100-600mg/dia (aumento progressivo) - Fenitoína 100-300mg/dia (aumento progressivo) - Clonazepam 1-8mg/dia (aumento progressivo) - Gabapentina 300-2400mg/dia (aumento progressivo) - Pregabalina 75-600mg/dia (aumento progressivo)
CORTICOSTERÓIDES	- Controlo da dor causada por ação inflamatória - Diminui o edema e a compressão nervosa. - Controlo da dor nociceptiva óssea metastática e/ou dor visceral.	- Hiperglicemia. - Hipertensão arterial. - Retenção de líquidos. - Confusão. - Psicoses. - Mioclonias. - Perturbações do sono.	-Gastro-proteção. - Monitorização da glicémia e tensão arterial.	- Prednisolona 15-75 mg/ dia. - Dexametasona 16-24 mg/ dia.

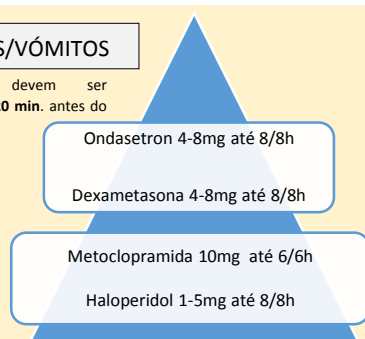
EFEITOS ADVERSOS DOS OPIÓIDES

OBSTIPAÇÃO



NÁUSEAS/VÔMITOS

Antieméticos devem ser administrados 20 min. antes do opióide.



Apêndice X - Clarificação da pertinência e significado da mnemónica “*selfies*”

CLARIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA E SIGNIFICADO DA MNEMÓNICA “SELFIES”

À medida que fui consolidando aprendizagens ao longo dos estágios fui sentindo necessidade de organizar e, até, esquematizar esse conhecimento. Considerei que criar estratégias nesse sentido me poderia facilitar a aquisição de competências e, eventualmente, contribuir para construir pontes de aprendizagem com a equipa de enfermagem onde estou inserida, profissionalmente.

Foi neste sentido, e após consulta e análise de vários documentos de apoio, exatamente pensados nesta base, que elaborei o algoritmo de gestão da dor do doente em fim de vida.

Porém, a maior dificuldade sentida nesta construção foi a tradução do processo de avaliação da dor para o algoritmo, de forma prática, simples mas competente, do ponto de vista da sua organização e aplicabilidade. A importância desta fase de avaliação na gestão da dor e o reconhecimento de frequentes falhas e esquecimentos na obtenção de informação relacionada com a história de dor do doente, confirmou esta necessidade.

Muitas vezes durante a avaliação inicial da dor temos dificuldade em estruturar a “entrevista” no sentido de garantir que reunimos toda a informação útil para a continuação do processo de gestão dolorosa. Assim, considerei que construir uma mnemónica poderia ser uma estratégia simples que auxiliasse os enfermeiros nesta fase, baseada na ideia de que a mente humana memoriza com maior facilidade dados associados a sequências organizadas.

Desta forma, quis encontrar uma palavra ou expressão que conseguisse articular todos os pontos a ser trabalhados, relativamente à história de dor dos doentes mas, ao mesmo tempo, que estivesse associado ao próprio processo em si. Acabei por selecionar a palavra “SELFIES”, pela ideia que deve ser subentendida do auto-retrato que é pedido ao doente (e família) para fazer da dor, ou dores, que sente. Considerei que ao associar a palavra selecionada ao seu próprio significado poderia facilitar a sua utilização e contribuir para a facilidade de memorização adjacente.

No final, a associação de ideias implicadas foi a seguinte:

S - SINTOMAS associados

E – EXPRESSÃO

L – LOCALIZAÇÃO

F – FACTORES alívio/agravamento

I – IMPACTO nas atividades de vida

E – EVOLUÇÃO

S – SISTEMA emocional, social e espiritual

Através das 7 letras desta palavra penso ter conseguido reunir todos os dados fundamentais a explorar, no âmbito do doente com dor em fim de vida. No conjunto, parece-me ter a capacidade estruturante e organizadora da observação e abordagem exigida ao enfermeiro. Porém, e apesar de parecer claro, para mim, o significado e pertinência de cada item envolvido na mnemónica, pelo facto de resultar da articulação das minhas próprias aprendizagens, achei que a eventual utilização por outros enfermeiros ou profissionais, poderia exigir uma explicação e treino adicional, como maximizador da sua aplicabilidade. Assim, construí uma tabela de apoio à mnemónica onde clarifico significados e formas de utilização, que penso poder vir a ser útil aquando do estágio no meu contexto de trabalho, se surgir a oportunidade de partilhar e se fazer cumprir este auxiliar de memória, nesse contexto. Aparentemente este processo de explicação e formação à equipa poderá ficar mais simplificado e, até ser um ponto de partida à construção do guia orientador da prática proposto para esse campo de estágio.

Na tabela seguinte exploram-se, assim, as questões, tópicos ou comportamentos a que o enfermeiro deve estar atento, aquando da caracterização da dor do doente em fim de vida, de acordo com cada um dos tópicos criados com a mnemónica “SELFIES”:

S	SINTOMAS ASSOCIADOS	<i>- Que outros sintomas acompanham a sua dor? Fadiga? Dispneia? Náuseas/vómitos? Insónias? Perda de apetite?...</i>
----------	----------------------------	--

			- Observam-se sinais de inflamação, contraturas musculares, alterações neurovegetativas (sudorese, etc)....??
E	X	XPRESSÃO	
		Qualidade	- Como descreve a sua dor? Tipo moinha? Queimadura? Facada? Formigueiro? Latejo? Picada?...
		Formas de manifestação	De que forma é que a pessoa comunica/expressa a sua dor? Choro? Gemido? Silêncio? Fuga ao toque? Fáceis? Linguagem própria?....
		Intensidade	Avaliado através da aplicação de escalas
L	LOCALIZAÇÃO		- Onde dói? - É um só foco de dor ou dói em locais distintos? - A dor irradia?
F	ACTORES	Alívio	- O que faz quando tem dor? O que alivia a sua dor? Posicionamento? Repouso? Exercício físico? Calor? Frio? Analgesia?...
		Agravamento	- O que agrava a sua dor? Posicionamento? Mobilização? Tosse?....
I	MPACTO NAS ATIVIDADES DE VIDA		- De que forma a dor interfere nas suas vivências diárias? Afeta o sono/repouso? A mobilidade? A higiene? Alimentação? As atividades sociais/lazer? ...
E	VOLUÇÃO		- Como surgiu a dor? Subitamente ou de forma progressiva? - Há quanto tempo surgiu a dor? - É uma dor constante, intermitente, episódica...? - Que tratamentos já realizou anteriormente?
S	ISTEMA EMOCIONAL, SOCIAL E ESPIRITUAL		- De que forma a dor interfere na sua relação com os outros? - Que significado tem esta dor para si? - Que sentimentos e emoções a dor lhe desperta? - O que o preocupa mais em relação à sua dor? - A dor afeta-o psicologicamente? Espiritualmente? - Como espera que a consigamos ajudar?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud (2011). *Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie Guias clínicas MINSAL. Santiago. Consultado a 12/12/ 2015. Disponível em:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5.

Ritto, C.; Rocha, F. (2012). Avaliação da Dor. In: Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. *Manual da Dor Crónica*. Clinica da Dor. IPO. p.101-124.

Swarm, R; Abernethy, A; Anghelescu, D.; Benedetti, C.; Blinderman, C.; Boston, B; Cleeland, C.; et al (2010). Adult Cancer Pain. Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 8, number 9. P1046-1086. September. Acedido a 10/12/2015. Disponível em: <http://www.jnccn.org/content/8/9/1046.full.pdf>

Apêndice XI – Reflexão de evento significativo II (UD)

REFLEXÃO DE EVENTO SIGNIFICATIVO II

No decorrer do estágio na UD tive a oportunidade de dirigir uma consulta subsequente de um senhor em contexto de cuidados paliativos, seguido há largos meses neste serviço. O sr. Joaquim (nome fictício), com diagnóstico de carcinoma da próstata há cerca de 3 anos, com necessidade de nefrostomia bilateral por invasão destes órgãos, encontrava-se no momento em fase de progressão rápida da doença com metastização óssea e suspeita de outros quadros metastáticos ainda não esclarecidos. O sr. Joaquim mantinha-se autónomo e vinha à consulta da dor, mensalmente, dadas as suas queixas contínuas ao nível da região lombar e inguinal, com irradiação aos membros inferiores, bilateralmente.

Durante a consulta, senti frequentemente dificuldade na condução da entrevista, uma vez que o doente se perdia com facilidade no próprio discurso, não existindo por vezes uma continuidade lógica do seu relato, contradizendo-se e divagando. Revelava alguma dificuldade em caracterizar a sua dor, utilizando frequentemente as minhas palavras para fazer o seu próprio relato, não de um ponto de vista de auxílio ao discurso, mas como se não soubesse o que dizer. Os valores de intensidade referidos foram tão dispersos, na EAN, que tive dificuldade em compreender as suas queixas. Além disso, quando tentei explorar o plano terapêutico, pareceu-me existir incoerências com o plano que lhe tinha sido proposto na última consulta e aquele que ele me relatava fazer.

Tentei obter algumas informações através do familiar que o acompanhava à consulta, mas este revelou não ter conhecimento pertinente que pudesse partilhar comigo, referindo que era o sr. António que geria a sua situação de doença e tratamento.

Senti-me a determinada altura completamente perdida na informação recolhida e com dificuldade em encontrar estratégias que facilitassem o processo de comunicação entre ambos, uma vez que, a cada questão nova surgiam novos obstáculos e desentendimentos de discurso. Tal situação impedia-me de continuar o processo de gestão dolorosa de forma assertiva.

Após dada por concluída a consulta de enfermagem, partilhei com a minha orientadora a dificuldade sentida na condução desta consulta. Primeiro por ser uma das

primeiras vezes que tive oportunidade de a experimentar, do ponto de vista da sua condução e depois potenciada pelo desencontro comunicacional com o doente.

A minha orientadora revelou-me que a consulta com este doente já era, habitualmente, uma consulta difícil, onde a construção de uma verdadeira relação terapêutica se tinha vindo a revelar um processo trabalhoso, ao longo das várias sessões. Porém, e à medida que iam conhecendo o sr. Joaquim, tinham conseguido identificar novas estratégias de abordagem da situação e condução da entrevista, situação que me permitiu a reflexão sobre várias situações que tendemos a esquecer no nosso dia-a-dia profissional.

Primeiro, já falado em outras oportunidades ao longo deste relatório, a constatação de que a forma como decorre o processo de avaliação compromete toda a consequente tentativa de gestão da situação. Avaliar a dor do outro é um desafio colocado diariamente a todos os enfermeiros, onde a comunicação desempenha um papel fundamental. A “comunicação entre enfermeiro e paciente é denominada comunicação terapêutica porque busca identificar e atender as necessidades de saúde do paciente, criando oportunidades de aprendizagem e permitindo-lhe adquirir conhecimento, segurança e satisfação” Oliveira et al (2012:158). Ou seja, sem relação comunicacional (verbal ou não) o processo de avaliação da dor torna-se difícil, ou mesmo impossível, uma vez que o reconhecimento das necessidades de alívio de dor e, conseqüentemente, de conforto fica comprometido. Lameiras (2009) refere mesmo que é esta fraca comunicação entre doentes e cuidadores, a maior causa para o défice de controlo da dor.

Neste sentido, Ritto e Rocha (2012) defendem que nesta relação comunicacional é essencial que o enfermeiro entenda claramente a mensagem, e que a pessoa com dor possua capacidades físicas, cognitivas e emocionais para transmitir eficientemente a sua dor ao outro. Este equilíbrio entre a informação oferecida e a informação compreendida nem sempre é fácil de conseguir. No caso concreto do acompanhamento ao Sr. Joaquim, parece ter existido um conjunto de barreiras que contribuíram para a dificuldade na gestão desta situação, para lá da subjetividade já inerente à avaliação da dor. Uma das barreiras facilmente identificáveis neste episódio foi, sem dúvida, a dificuldade em determinar se o doente tinha a capacidade de relatar de forma fiável a sua experiência de dor. Esta barreira, segundo Batalha (2016) parece ser uma das principais dificuldades no processo de avaliação. O Sr. Joaquim pareceu-me desde o início da consulta um doente orientado no tempo, espaço e pessoa, mas com dificuldade no discurso oral, aparentando limitação

na dimensão cognitiva. Neste sentido, o documento-guia de apoio à consulta, que até então utilizava como condutor da entrevista, revelou-se com pouca utilidade, uma vez que nunca consegui construir uma linha orientadora na procura da informação fundamental para responder à sua necessidade de alívio. Apesar de ter tentado contornar a situação com base na “participação ativa no seu atendimento, escutando-o com interesse, disposição e favorecendo a sua liberdade de expressão” (Oliveira et al, 2012:158), assumo ter tido dificuldade em encontrar a resolução mais assertiva para contornar este obstáculo. Relembrando um dos princípios orientadores da avaliação da dor propostos por Ritto e Rocha (2012), e por ter sido uma estratégia várias vezes trabalhada e com sucesso no campo de estágio anterior, investi na observação dos fatores fisiológicos e, sobretudo, comportamentais. Porém, a própria observação revelou-se um instrumento insuficiente, uma vez que o comportamento era, tal como o discurso, tendencialmente confuso e pouco esclarecedor das suas queixas. A expressão facial, por exemplo, era variável desde um fâcies cerrado tipicamente de dor até ao esboço de sorrisos perante a tentativa de abordagem de determinados assuntos. A própria expressão corporal mais agitada, parecia de difícil relacionamento com a dor, lembrando-me que “a análise de comportamentos associados à dor deve ser interpretada com precaução” (Batalha, 2016:13).

Outra barreira que eventualmente não pensei na altura desta consulta foi o comprometimento cognitivo (sobretudo da memória) desde doente. O Sr. Joaquim referiu várias vezes que no momento da consulta não experienciava qualquer dor, porém, em vários outros dias e momentos anteriores referia ter sentido dor. Batalha (2016) refere ser comum este tipo de dificuldades de memória (não se lembrarem da dor), sobretudo em doentes idosos, situação que não ponderei na altura da avaliação. Daí talvez a dificuldade na utilização da escala de avaliação e caracterização das queixas. Ao me referir, mais do que uma vez, que no dia anterior ao deitar tinha sentido *uma dor muito grande nas pernas e nos rins*, tentei focar-me nesse episódio de forma a obter mais informação sobre a sua experiência dolorosa. No entanto, os valores na EAN referidos foram muito variáveis na especificidade desse episódio (desde 3 a 10). Além disso, teve dificuldade em explicar outras características da dor, escolhendo as expressões que eu ia dizendo de caracterização da dor, de forma aparentemente aleatória, para tentar explicar as suas queixas. Perguntando duas vezes a mesma questão de forma a tentar validar informação, encontrava, quase sempre, informação diferente.

Uma das minhas falhas relacionadas com esta dificuldade poderá ter sido não ter explorado, primeiro, determinados significados e entendimentos relacionados com o processo de avaliação da dor. Sendo um doente já acompanhado assumi, rapidamente, a sua compreensão da escala da dor (seleccionada em consultas anteriores), ou que saberia caracterizar eficientemente a sua dor, sobretudo, por já ter realizado este processo várias outras vezes, esquecendo que a sua situação clínica, idade ou outros fatores, podem predispor a diminuições da capacidade cognitiva, nomeadamente ao nível da compreensão e memória.

Ritto e Rocha (2012) recordam que é importante assegurar que o doente nos compreende, garantindo que é promovido o ensino prévio e a linguagem apropriada. Neste sentido, poderia ter sido importante, avaliar se a escala anteriormente seleccionada continuaria a fazer sentido, na conjuntura da sua condição atual, percebendo se efetivamente compreendia a sua utilização. Agora, em momento de reflexão, penso que a alteração para a EQ (com os respetivos ensinamentos associados) poderia facilitar o processo de auto-avaliação da intensidade da dor, uma vez que o número de itens de escolha eram restritos, eventualmente não se perdendo tanto na extensão da escala. Por outro lado, faria sentido clarificar significados sobre as características da dor, utilizando comparações com situações do dia-a-dia, de forma a tentar uma aproximação à sua realidade e, eventualmente, conseguir resultados melhorados.

Batalha (2016) diz-nos que a solução para a maioria destas dificuldades passa por falar devagar e dar instruções claras e simples, permitindo tempo para a reflexão e resposta. Além disso, ensinar e validar a informação, de forma a minimizar desentendimentos ou avaliações irreais, bem como, reavaliar de forma frequente e incluir familiares ou outros profissionais no processo de avaliação. A mesma autora, alerta também para a importância da utilização de escalas de heteroavaliação nestas situações de complexidade de avaliação e na atenção a todos os fatores que possam influenciar a avaliação da dor (nomeadamente a instabilidade clínica), registando e considerando esses fenómenos.

Outra situação que eventualmente poderá ter contribuído para este desentendimento comunicacional poderá ter sido o facto de eu ser um elemento novo naquela equipa, sem qualquer relação prévia com o doente. Percebi quando o doente passou da consulta de enfermagem para a consulta médica (com a minha presença e da minha orientadora) que a minha orientadora conseguia, de forma mais assertiva, alcançar a informação desejada.

Porém, acredito que tal situação se deve não só ao maior treino e conhecimentos que tem sobre o processo de gestão da dor, mas também, pela relação terapêutica que foi sendo capaz de construir com o doente ao longo das várias consultas. “Mediante os vínculos estabelecidos, o trabalho da enfermagem é otimizado e o paciente é beneficiado com isso” (Pontes, Leitão e Ramos, 2008:313). Observei neste momento a diferença de intervir após a construção de uma verdadeiramente relação de confiança, compromisso e empatia, tornando-nos mais aptos para identificar e compreender os relatos e mensagens que a pessoa não consegue expressar diretamente, ou de forma eficaz, pela capacidade de nos colocarmos verdadeiramente no lugar do outro.

Perceber que não reunia, ainda todas as competências fundamentais neste processo, fez-me planear em conjunto com a minha orientadora, várias outras experiências similares de condução de consultas, de forma a possibilitar-me este treino ao nível da comunicação assertiva e relação terapêutica. Achei no entanto, que para este treino, as consultas de primeira vez poderiam revelar-se uma melhor estratégia, dado ser o primeiro contato dos doentes com o serviço, exigindo-me trabalhar bases da comunicação e habilidades de relacionamento interpessoal, de forma a garantir uma relação de confiança e compromisso e agir positivamente na assistência individual a cada doente.

Da discussão crítica deste caso com a minha orientadora foi também possível refletir em conjunto, e a partir do que se conhecia do doente partilhar estratégias e detalhes que pudessem fazer sentido na gestão desta situação, nomeadamente, alternativas de simplificação e organização do plano terapêutico. Em conjunto, foi estudada a possibilidade de alterar alguma da terapêutica farmacológica instituída para outras que se revelassem mais práticas e adequadas, não apenas às necessidades de alívio da dor, mas também às suas capacidades cognitivas e quotidianas, minimizando riscos de erros, como aparentava acontecer até então. Sabe-se que, muitas vezes, os doentes têm dificuldade em integrar a sua doença e todas as mudanças que ela implica, no seu dia-a-dia, podendo resultar daí vários riscos à sua saúde e conforto (Dias et al, 2011).

Não havendo garantia de apoio familiar a este doente no domicílio, considerou-se que o acompanhamento telefónico frequente, pelo menos numa fase inicial desta reformulação terapêutica, poderia revelar-se uma mais-valia. Porém, nenhuma das várias situações pensada para simplificação dos cuidados foi integrada no plano deste doente, uma vez que após avaliação clínica optou-se pelo internamento do doente, de forma a criar condições estáveis para o controlo da sua dor e a potencialização do seu conforto.

No entanto, este trabalho de reflexão conjunto revelou-se essencial, ao longo do restante percurso de estágio (e não apenas neste campo) permitindo-me retirar conhecimentos e saberes importantes para dar resposta ao acompanhamento de outros doentes, com necessidades e histórias semelhantes.

Por fim, e refletindo sobre a solução encontrada para a situação específica do sr. Joaquim, importa enaltecer a forma como esta equipa de saúde conduziu o processo de alívio da dor deste doente, privilegiando a efetiva humanização dos cuidados. O doente foi visto como um todo e de forma individualizada, identificando e explorando as suas necessidades reais, não só a nível da gestão efetiva da dor, mas de toda a conjuntura envolvida neste processo. O internamento, discutido, explicado e consentido pelo sr. Joaquim e família, revelou-se uma estratégia de satisfação das suas necessidades básicas de conforto, garantindo-lhe um acompanhamento mais regular que permitia um ajuste permanente do seu plano terapêutico, mais adequado à especificidade da sua individualidade, permitindo ao mesmo tempo a sua capacitação, educação e estimulação da autonomia, relacionada com a gestão da sua doença e do seu plano terapêutico, de forma supervisionada. Neste sentido, o objetivo final foi a promoção de cuidados de conforto holísticos, de forma a dar ânimo ao doente, esperando, como refere Kolcaba (2003), que o sr. Joaquim adota-se comportamentos de procura de saúde, no sentido da sua satisfação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de Estudo - Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 03/06/2016. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>.
- Dias, A; Cunha, M; Santos, A.; Neves, A; Pinto, A.; Silva, A.; Cantro, S. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*. 40: 201-219. Acedido a 03/06/2016. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.
- Lameira, M. (2009). *As Atitudes Dos Enfermeiros Face Avaliação Da Dor Crónica Nos Doentes Oncológicos*. Tese para obtenção de grau de mestre em Ciências da Dor. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Disponível em RCAAP.
- Oliveira, S.; Queiroz, A.; Matos, D.; Moura, A.; Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Jan-Fev; 65(1): 155-61. Acedido a 16/02/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>
- Pontes, A; Leitão, I.; Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Maio/Junho. 61(3): 312-318. Acedido a 16/02/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Ritto, C.; Rocha, F. (2012). Avaliação da Dor. In: Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. *Manual da Dor Crónica*. Clinica da Dor. IPO. p.101-124.

Apêndice XII – Reflexão de evento significativo III (UD)

REFLEXÃO DE EVENTO SIGNIFICATIVO III

Uma das consultas que pude acompanhar e observar na UD foi a da D. Maria (nome fictício) de 72 anos com diagnóstico de sarcoma do cotovelo direito, após tratamento cirúrgico e QT. Teria sido encaminhada para a consulta da dor em Outubro de 2015 por queixas no antebraço direito. Nesta altura, e de acordo com o que pude apurar através dos registos de enfermagem colhidos na primeira consulta (anterior ao início do meu estágio) e ao relato realizado pela doente e pela sua filha (cuidadora e acompanhante na consulta presente), a dor tinha uma intensidade na escala numérica de 5-6/10 do tipo formigueiro constante, com períodos de guinadas e sensação de choque elétrico, irradiando para todo o braço até ao polegar. Nesta zona de irradiação referia sentir uma sensação constante de dormência/ardor, apresentando parésia e espasticidade moderada ao nível da extremidade. O mínimo de dor referida foi 3/10 e máximo de 8/10 variando ao longo das 24h de forma incerta, com enorme impacto na maioria das NHF, pelo agravamento da dor adjacente ao movimento e esforço implicado na satisfação da maioria dessas necessidades.

Na consulta anterior teria sido medicada com tapentadol 150 mg (12/12h), paracetamol 8/8h, nolotil 8/8h, gabapentina 150mg + 150mg + 300mg e sulfato de morfina (solução oral 20mg/ml – 4 gotas de resgate, no máximo de 4/4h). Além disso incentivou-se o início da fisioterapia do membro superior que, para além dos benefícios sobre a recuperação funcional do membro, contribuiria para o alívio da dor experienciada, como estratégia não farmacológica adjuvante.

Na consulta subsequente, em que tive oportunidade de colaborar, a doente referiu melhoria significativa da dor, com uma média de dor 2-3/10, por vezes com picos de 7/10 esporádicos, que associa a períodos de mobilização mais intensa do membro, mas que alivia após repouso do membro. Desde a última consulta (mais ou menos 1 mês), só precisou de fazer 2 resgates, por agravamento súbito da dor, mantendo-se o restante tempo em valores de sensação ligeira de dor. Apesar de francamente melhorada, pelo que se entende do seu relato, nunca experienciou dor 0 durante este período entre consultas. Porém, e apesar desta nítida melhoria do quadro algico, a doente mantinha a sensação de ardor e picadas desde o cotovelo até à articulação do punho de forma intermitente, com dormência permanente da mão respetiva.

Apesar deste relato de franca melhoria, a filha da D. Maria referiu que por ter voltado a trabalhar, recentemente, não consegue assegurar a toma assistida da medicação, deixando essa atividade muitas vezes ao encargo da própria doente. Mostrou receio relativamente a esta situação, apesar da doente referir dar conta da situação sozinha, por enquanto.

Neste sentido e após reavaliação do plano terapêutico, foi decidido em equipa ajustar o plano no sentido da sua simplificação, já que os resultados pareciam no sentido do alívio satisfatório das queixas da doente. Assim, o tapentadol foi rodado para fentanilo TD e foi eliminado o nolotil (8/8h). Como forma compensatória desta redução, e dadas as queixas na dimensão neuropática mantidas, optou-se pelo aumento da gabapentina para 3 doses iguais/dia. Reforçou-se, também, a importância de fazer os resgates sempre que existir essa necessidade, não protelando a sua toma apenas para valores da EAN intensos. Incentiva-se a continuidade do plano de fisioterapia programado e a decorrer.

Esta foi uma das primeiras consultas que assisti, e na altura senti-me, de certa forma perdida na facilidade com que se articularam conhecimentos, disciplinas e necessidades da doente, de forma a garantir o sucesso da intervenção e a satisfação da pessoa/família. Ficou, mais uma vez claro, o papel da avaliação assertiva da dor, mostrando-me que pequenos pormenores do relato/comportamento do doente podem, efetivamente, revelar-se fundamentais na identificação mais adequada do plano terapêutico.

Inicialmente, achei todo este processo de construção/adaptação do plano farmacológico de uma complexidade enorme, que me dificultava a compreensão da escolha daquele percurso terapêutico concreto.

Pina (2012a) defende que o tratamento farmacológico da dor deve ter por base uma abordagem multimodal, ou seja, “a aplicação de um conjunto de intervenções, maioritariamente inseridas num programa complexo e bem estruturado, em detrimento da aplicação de uma única intervenção isolada” (Gonçalves, 2015:31). Este é realmente um ponto essencial apreendido para o qual, no dia-a-dia, nem sempre estamos despertos, mas que se revele num ponto-chave para o adequado tratamento da dor. Refletindo um pouco sobre esta questão, torna-se clara esta necessidade quando pensamos no conceito de Dor Total, introduzido por Cecily Saunders, que constatou que a dor resultava de um conjunto de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Assim, sendo a dor o resultado de todos estes fatores, é importante que o seu controlo tenha em conta o caráter multifactorial

implícito ao sintoma (Gonçalves, 2015). Sabemos também pela análise da evidência científica e pelo percurso construído até aqui, que a própria dor física pode ter simultaneamente diferentes causas, origens ou manifestações, exigindo naturalmente abordagens diferenciadas que permitam o alívio global das queixas. É neste sentido que Pina (2012a) defende um programa farmacológico multimodal individualizado e adequado às necessidades reais da pessoa. No entanto, acrescenta “o conhecimento da fisiopatologia da dor, assim como da farmacocinética e farmacodinâmica dos agentes e das vias empregadas, deve ser divulgado a todos os profissionais de saúde, com o intuito de minimizar o sofrimento dos doentes...” (Pina, 2012a:131). De outra forma esta intervenção multimodal é, muito provavelmente, comprometida.

Este episódio permitiu-me assim compreender que o percurso de aquisição e aperfeiçoamento de competências e habilidades relacionadas com a gestão da dor estava apenas a iniciar-se, revelando ainda muita dificuldade na articulação do conhecimento teórico-prático e até reconhecendo falhas na bagagem teórica adquirida até então.

Porém, aos poucos e com a ajuda, não só da enfermeira orientadora, mas também da médica (que sempre se revelou disponível para me ajudar neste meu desenvolvimento de competências), fui conseguindo mobilizar informações e consolidar aprendizagens de forma a compreender a intervenção que tinha sido planeada, facilitando até a, posterior, procura de fundamento teórico para as intervenções que, ali, vi serem aplicadas.

Foi-me permitido espaço, dentro da própria consulta, para que após vários esclarecimentos pudesse ser eu a realizar os cálculos e mobilização de conhecimentos, de forma a atingir o resultado que a equipa já tinha realizado e que me mostrava. Esta revelou-se uma ótima oportunidade de consolidar aprendizagens, quase como se tivesse sido a experiência piloto que permitiu a estruturação mental de todo o processo envolvido nesta intervenção. Como refere Cavaco (2002), a observação de pessoas com experiência acumulada é essencial no processo de aprendizagem. Porém, é essencial a experimentação após tal observação, de forma a garantir a aquisição de verdadeiras aprendizagens, permitindo perceber os resultados da ação, corrigindo erros e introduzir eventuais alterações à prática.

Compreendi, também, que o guia de bolso que esta equipa utilizava, onde apresenta tabelas de equivalência analgésica, relações equianalgésicas entre fármacos e outras informações base relacionadas com o processo de gestão de dor, se revelava realmente um ótimo documento de auxílio à prática. “Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados, quando rigorosamente (...) utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado.” (OE, 2007b:10). Assim, a articulação da evidência científica mais atual presente neste guia, em conjunto que a reflexão consequente da aprendizagem experimental permitiram-me um verdadeiro desenvolvimento profissional, pois como defende Pimentel (2007) é essencial a integração de conhecimento estruturado e conhecimento experimental para construir um percurso de efetivo desenvolvimento.

Outro aspeto, vivenciado durante este episódio e sobre o qual foquei, igualmente, a minha reflexão foi a preocupação e atenção da equipa relativamente às conveniências e preferências da doente, no que diz respeito ao plano terapêutico planeado. Pina (2012b), relembra que a utilização de um opióide em detrimento de outro (com intuito analgésico) deve atender não apenas às condições intrínsecas do doente (relativas ao estado do doente), mas também às suas condições extrínsecas (onde fatores económicos, sociais e organizacionais podem ter grande impacto). Neste sentido, identificavam-se vários fatores extrínsecos que requeriam nova reflexão sobre o plano farmacológico anteriormente instituído, de forma a potenciar resultados e garantir a adesão terapêutica. Falamos de uma senhora que, apesar de viver com a família, passa grande parte do tempo sozinha, onde a sua autonomia para a gestão do regime terapêutico pode encontrar-se comprometido, potenciada pela necessidade de polimedicação, consequente da sua condição de doença.

Além disso, sobre o ponto de vista da promoção do conforto geral, a reformulação e simplificação do seu plano terapêutico pode revelar-se uma estratégia fundamental. Permitir à doente a expressão de desejos, sentimentos, preferências ou interesses pode revelar-se uma importante estratégia não-farmacológica de promoção de conforto, atuando sobretudo ao nível da satisfação de necessidades relativamente ao estado de transcendência, segundo definição de Kolcaba (2003). Ou seja, atender às conveniências e preferências da doente contribui para a promoção da independência da D. Maria, por permitir o alcance das suas vontades, dando-lhe potencial para participar de forma mais ativa na resolução dos seus problemas. Assim, atua-se sobre o desconforto que possa estar

associado àquela circunstância, garantindo benefícios quer ao nível da adesão terapêutica quer no cumprimento assertivo do plano traçado.

Neste sentido, foi-me também possível confirmar que, no contexto da filosofia paliativa, a abordagem individualizada e centrada no doente ganha condição prioritária. Pelo que articular estas aprendizagens, pode revelar-se uma mais-valia no papel de gestão, coordenação e articulação do plano de cuidados, projetando a ideologia humanista, holística e personalizada exigida, pois “prestar cuidados em fim de vida significa coordenar o desejo do doente, no espetro de cuidados oferecidos...” (Simmons, 2000, citado por Bragança, 2011:29).

Porém, por muito que se atenda à intervenção holística e centrada na individualidade da pessoa, dificilmente se terá sucesso se não se tiver em consideração a educação do doente e/ou família. É, no fundo, a intervenção educativa que permite a conservação de todas as outras intervenções instituídas. Esta intervenção” tem por objetivo dar competências a indivíduos ou grupos para obtenção de melhores condições de saúde, logo o interveniente tem como função propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidades” (Raposo, 2012:41). No fundo, a intenção é incentivar a pessoa a adquirir maior controlo e responsabilidade sobre a gestão da sua dor, o que implica a construção de uma relação de compromisso e confiança, permitindo verdadeiramente a inclusão das pessoas no seu próprio processo de obtenção de alívio e conforto. A componente do ensino, foi assim trabalhada com a D. Maria de forma a garantir a preservação do plano instituído, facilitado pela atenção às suas vontades e mostrando-se disponível, sobretudo telefónica, para a esclarecer sempre que surgisse alguma dúvida. Tal comportamento pareceu ter conferido satisfação e segurança à doente, lembrando-me que pequenos gestos e atitudes podem fazer a diferença no êxito das intervenções planeadas.

Acredito que a forma como se conduziu esta consulta permitiu a construção de uma verdadeira relação terapêutica e de ajuda entre a equipa e a D. Maria, permitindo agora refletir sobre a componente emotivo-intelectual que deve estar implicada no agir profissional do enfermeiro, com efeito não apenas sobre o meu desenvolvimento de competências emocionais essenciais ao trabalho de enfermagem, como também na “literacia emocional dos doentes, refletindo-se no conforto emocional da pessoa que vivencia o fim de vida” (Xavier, Nunes e Basto, 2014:15)

A consolidação de competências científico-técnico-relacionais permitidas por toda esta experiência, e pela conseqüente reflexão sobre ela, revelou-se um ponto de partida importante no meu desenvolvimento profissional na área da gestão de dor do doente oncológico em fim de vida, abrindo espaço para que futuramente reúna condições para desempenhar um importante papel, no âmbito desta temática, dentro da equipa multidisciplinar do meu contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bragança, J. (2011). *Enfermeiros de Cuidados Paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Setembro. Acedido a 13/12/2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6056/1/641657_Tese.pdf
- Cavaco, C. (2002). *Aprender fora da escola – Percursos de Formação Experiencial*. Lisboa: Educa.
- Gonçalves, P. (2015). *Intervenções de Enfermagem em Quadros de Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos: Revisão Sistemática de Literatura*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível no RCAAP.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7..
- Ordem do Enfermeiros (2007b). *Recomendações para a elaboração de Guias orientadores de boas práticas de cuidados*. Comissão de formação. Julho. Acedido em 05/01/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia* (Natal). 12(2). P159-168. ISSN 1678-4669. Acedido a 21/02/2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000200008&script=sci_abstract&tlng=pt

- Pina, P. (2012a). Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides. Analgésicos opióides (doses fracas). In: *Manual da Dor Crónica*. P125-163. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO
- Pina, P. (2012b). Os analgésicos opióides (doses fortes). Os efeitos adversos dos opióides.in: *Manual da Dor Crónica*. P165-214. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO.
- Raposo, A. (2012). *Efeito De Uma Intervenção Educativa Dirigida Ao Cuidador Informal/ Utente Com Doença Avançada No Domicilio*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. . Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Xavier, S.; Nunes, L.; Basto,M. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar Enfermagem*. Vol. 18. N.º 2. 2º Semestre.

Apêndice XIII – Reflexão de evento significativo IV (UD)

REFLEXÃO DE EVENTO SIGNIFICATIVO IV

Durante o período de observação na UD, assisti a uma consulta subsequente da D. Ana (nome fictício), doente de 63 anos, com história de carcinoma da mama à esquerda em 2012, e recentemente, carcinoma do cólon com metastização óssea e ganglionar confirmada. Em contexto, claramente paliativo, tem sido seguida em consulta da dor por queixas ao nível da anca esquerda com irradiação a todo a face posterior desse membro inferior. Numa das últimas consultas, pelo que pude avaliar no processo clínico e pela história que a minha orientadora partilhou relativamente a esta doente, pude perceber que manifestou uma dor retro-external diferente da sua queixa inicial. De acordo com o processo de enfermagem essa dor intermitente agravava com os movimentos respiratórios e tinha tendência para aparecer durante a tarde e à noite, quando se ia deitar. Referia insónias, que associava a problemas do seu quotidiano (não diretamente à dor que sentia), mas que parecia influenciar a intensidade da dor. O registo descreve que na altura desta consulta a D. Ana se apresentava muito chorosa, ansiosa, e com labilidade emocional marcada. Foi feito encaminhamento, na hora, para a psicologia, e discutido/avaliado caso conjuntamente com a psiquiatria, pela associação previsível entre este estado de declínio psico-emocional e a dor retro-external nova. Após se explorar melhor, percebeu-se que o neto da D. Ana, ao seu encargo até umas semanas antes deste episódio, foi para a creche, fazendo com que a doente passasse, desde então, muito tempo sozinha, sobretudo no período da tarde em que não tinha mais ninguém em casa. Na altura e após avaliação por todos estes profissionais foi medicada, atendendo a este seu estado depressivo, passando a ser seguida, regularmente em consulta de psicologia e psiquiatria, nesta instituição de saúde.

No dia da consulta de reavaliação, onde colaborei, a doente revelou-se menos triste, referindo sentir-se melhorada de uma forma geral. A dor retro-external desapareceu totalmente (tal como toda a sintomatologia associada), pouco tempo após o início deste acompanhamento direcionado. Referiu que, como lhe foi sugerido em consulta, encontrou estratégias de distração que a ajudaram a sentir-se útil e ter o tempo ocupado, apesar de continuar a sentir falta do seu neto e pensar muitas vezes na progressão da sua doença como limitadora do tempo que poderá ter, ainda, para usufruir da sua presença.

Esta experiência remeteu-me mais uma vez para a reflexão sobre o trabalho de Cecily Saunders, ao introduzir o conceito de dor Total. Doentes em fim de vida deparam-se com perdas sucessivas, que impõem uma miríade de problemas físicos, sociais, psíquicos e espirituais. O que Cecily quis, no fundo, mostrar com o seu trabalho foi que o alcance satisfatório do alívio da dor não pode ser conseguido, se não forem tidas em conta todas estas dimensões do sofrimento humano. “Neste contexto, para uma adequada intervenção, e como não é possível controlar a dor física nem qualquer um dos sintomas sem que se consiga controlar em simultâneo todos os outros fatores geradores de sofrimento, é fundamental que os avaliemos e identifiquemos de forma a dar resposta às necessidades e aos problemas reais dos doentes” (Capelas, 2008:10).

Neste sentido, foi possível identificar uma panóplia de circunstâncias que acompanham a doença da D. Ana, e que ultrapassam a dimensão física, afetando-a psicoemocionalmente e, contribuindo para a sua experiência de sensação dolorosa global. Preocupações familiares, a incerteza do futuro, a angústia relativa à evolução da doença, entre outras, são exemplos dessas circunstâncias, que avaliados sobre o ponto de vista da multidimensionalidade da dor, permitem reconhecer que “mais útil que a *morfina* talvez seja uma explicação que elimine o medo, uma presença e atenção que modere a pressão emocional e não se sinta desamparada” (Lameiras, 2009:24)

Entende-se também pela análise do episódio, existir uma forte variável social envolvida nas suas necessidades de alívio, exigindo igualmente uma atenção e intervenção capaz de restabelecer ou desenvolver habilidades socio-relacionais para que a doente se sinta bem na relação com os outros, minimizando preocupações relacionadas com a perda de papéis dentro da família, sentimentos de abandono, isolamento ou utilidade, que possam estar implicados, sobretudo, na relação com o seu neto.

Por fim, e tentando ir mais longe nesta análise, também a componente espiritual parece estar implicada, quando lembramos que a “espiritualidade é uma dimensão humana, na qual a pessoa se transcende e encontra sentido para a vida” (Lameiras, 2009:28). A mesma autora lembra que todos temos necessidade de um quadro de significados, que fundamentem a nossa existência. A D. Ana, no que foi possível apurar pelos registos consultados, demonstrava inicialmente uma aparente perda do seu quadro de significados, na medida em que, revelava dificuldade em encontrar-se na ausência do neto (identificado, provavelmente, como uma fonte de esperança, ânimo e até justificação para viver).

Assim, ao reconhecermos a dor como um verdadeiro problema multidimensional, conferimos-lhe uma “complexidade (...) que não cabe nos limites de uma só especialidade” (Gomes, 2008:7), exigindo portanto uma intervenção multidisciplinar e multimodal.

Este é um trabalho bastante bem conseguido no seio da equipa da UD, onde desenvolvi este estágio. Observei, claramente, não apenas neste episódio mas de forma contínua em todo o percurso aqui realizado, existir um autêntico “trabalho conjunto de profissionais distintos que trabalha com uma metodologia comum, partilhando um projeto assistencial e com objetivos também eles comuns”, possuidores de “uma dinâmica que permita a reorganização e integração de saberes de cada profissional, em cada momento, segundo as necessidades e situações” (Fradique, 2010:58).

De acordo com a mesma autora, o trabalho em equipa multidisciplinar oferece um conjunto de vantagens aos profissionais, aos doentes, aos cuidados e à própria instituição, que me foram possíveis confirmar no seio desta equipa. Observei serem uma equipa coesa, que se apoiava mutuamente, ultrapassando em conjunto as resistências individuais que pontualmente existiam. Além disso, este trabalho em unidade permitia a continuidade e diferenciação dos cuidados, a partilha e discussão de experiências na tomada de decisão e a possibilidade de participarem na formação da equipa e no aperfeiçoamento de competências individuais e coletivas.

O facto da abordagem à D. Ana ter sido realizada efetivamente de forma conjunta (isto é, todos os profissionais estiveram presentes num mesmo momento para discussão deste caso específico, em vez de cada um trabalhar sobre os seus próprios objetivos isolados em consultas separadas), permitiu um debate aberto de ajuste real das intervenções a planear, atendendo as várias dimensões afetadas, e não apenas à realização de um somatório de intervenções, sem ligação entre si, que se sobrepõem de forma pouco estruturada, sem uma finalidade comum.

Este trabalho ganha ainda mais importância quando lembramos que estamos perante um contexto específico e complexo de intervenção Paliativa, onde os princípios da WHO indicam que não é possível oferecer reais cuidados paliativos sem que se preveja uma abordagem multidisciplinar – não fosse o trabalho em equipa um dos seus quatro pilares principais. “Os Cuidados Paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, em que os elementos da equipa usam uma conceção comum, desenham juntos a teoria e a

abordagem aos problemas que consideram de todos.” (Fradique, 2010:59). A autora acrescenta ainda que a finalidade de todo este trabalho é, sem dúvida, o bem-estar global do doente e da família. A intenção terapêutica da cura/recuperação não alcançável é substituída pela procura do conforto, bem-estar e alívio do sofrimento, exigindo uma intervenção centrada nas verdadeiras necessidades individuais e holísticas do doente/família. A dor manifestada pela D. Ana, contribuía para o desequilíbrio entre os diferentes estados e contextos implicados no conceito de conforto, definidos por Kolcaba (2003). Ao identificarmos e trabalharmos sobre as verdadeiras necessidades por detrás da sua queixa dolorosa, deu-se oportunidade de fortalecimento à doente, no sentido da mobilização de recursos que a permitissem sentir mais confortável. A construção de um plano de cuidados integrado e centrado na pessoa capaz de ir ao encontro do desejado conforto holístico, proposto na teoria do conforto, só é verdadeiramente alcançado através desta abordagem multimodal e multidisciplinar, proporcionada pelo reconhecimento e análise das necessidades básicas que surgiram das situações causadoras de stress identificadas.

Neste contexto, foram selecionadas várias estratégias não-farmacológicas (associadas a farmacológicas) capazes de trabalhar as necessidades básicas da D. Ana, que tinham forte impacto na sua experiência de dor, condicionando o seu estado de conforto geral. O apoio psicológico, o ensino de técnicas de distração, o suporte emocional pela partilha de emoções, sentimentos e expectativas, ou outras estratégias específicas no campo da terapia cognitivo-comportamental, trabalhadas numa dinâmica de transdisciplinaridade, permitiram a melhoria da relação com o seu “eu” e com os outros, tendo consequências diretas e positivas sobre o seu bem-estar e sensação de alívio.

Não participando diretamente na resolução do problema desta doente, nomeadamente por a experiência ter sido em contexto de reavaliação da intervenção, não deixou de me permitir a reflexão crítica, lembrando-me das inúmeras situações em que criamos barreiras a este trabalho de equipa multidisciplinar, comprometendo os resultados desejados. Em contexto de internamento, este “isolamento profissional” é frequentemente notório, muitas vezes desculpado com a falta de tempo, de recursos ou de organização/estruturação dos cuidados ou serviços.

Esta experiência obriga-me a olhar para a minha própria realidade de trabalho, onde ultimamente tenho assistido a um esforço por parte de alguns médicos internos, em realizar diariamente a sua observação clínica acompanhada do enfermeiro responsável

pelos cuidados dos doentes que assistem. Este é um esforço que deve ser reconhecido e aproveitado no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, onde o cruzamento de diferentes saberes, visões e perspetivas permitem a construção do verdadeiro cuidado holístico.

Enquanto futura enfermeira especialista, é essencial mobilizar estas aprendizagens num sentido de co-responsabilização e articulação dos cuidados, contribuindo para que as necessidades dos doentes sejam satisfeita de uma forma minuciosa, mas global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acedo, E. (2014). *Avaliação da dor: diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível no RCAAP.

Capelas, M. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde*. Vol.1. N.º 1. p. 9-24.

Fradique, E. (2010). *Efetividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível no RCAAP.

Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Biblioteca da Dor. Permanyer Portugal. Lisboa. ISBN: 978-972-733-232-8.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.

Lameira, M. (2009). *As Atitudes Dos Enfermeiros Face Avaliação Da Dor Crónica Nos Doentes Oncológicos*. Tese para obtenção de grau de mestre em Ciências da Dor. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Disponível em RCAAP.

**Apêndice XIV- Caracterização e pertinência da seleção do 3º campo de estágio
(IEM)**

CARACTERIZAÇÃO E PERTINÊNCIA DA SELEÇÃO DO TERCEIRO CAMPO DE ESTÁGIO

Internamento de Especialidades Médicas

Para a última etapa deste percurso de estágio selecionei o meu próprio contexto de trabalho – IEM, de um hospital geral. Fez-me sentido que assim fosse uma vez que considero que as competências adquiridas ao longo desta trajetória de enorme riqueza de aprendizagens deve ser, não apenas uma mais-valia no meu percurso pessoal/profissional, mas também contribuir para a capacitação e desenvolvimento da equipa onde me insiro, com a consequência direta de melhoria dos cuidados que oferecemos aos nossos doentes.

Este serviço de internamento dá apoio a doentes de 3 valências das especialidades médicas: medicina interna, infeciologia e cardiologia. Dividida em duas alas, mais ou menos, simétricas tem 23 enfermarias duplas, 6 quartos de isolamento individuais e 6 macas. A sua equipa de saúde inclui enfermeiros, internistas, cardiologistas, infeciologista, MFR e a possibilidade de articulação dos cuidados com outros profissionais e disciplinas, dada a multidimensionalidade comum da condição de saúde-doença dos doentes aí internados.

Assim, não sendo um internamento específico na área da oncologia ou dos cuidados paliativos, recebe diariamente vários doentes deste foro, exigindo, cada vez mais, a procura de conhecimentos e habilidades nestas áreas como resposta às necessidades que a admissão e acompanhamento destes doentes implica.

De acordo com a DGS (2013:5) “o cancro é uma das doenças do futuro (e do presente)”, onde a *International Agency for Research on Cancer* prevê um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%, mostrando valores idênticos para a especificidade de Portugal com um acréscimo previsto de 12,6%. Este aumento nos números da doença oncológica, antevê, inevitavelmente, um aumento do número de internamentos associados. A DGS (2013) mostra inclusivamente que entre 2007 e 2013 assistiu-se a um aumento muito significativo na produção hospitalar relacionada com este tipo de patologia e que a tendência é para continuar a subir. Por outro lado, os doentes em fim de vida são, também, uma realidade frequente nos serviços de medicina, de onde a etiologia

neoplásica se destaca fortemente. “A pessoa portadora de doença oncológica incurável e progressiva vê-se com frequência em hospitais onde o tratamento da doença aguda é uma constante, e a dispensa de cuidados paliativos não é uma prática recorrente” (Paulos, 2014).

É neste sentido, e reconhecendo esta realidade no serviço onde desempenho funções que considerei importante planejar todo o projeto de intervenção explorado e discutido seguidamente, atendendo não só aos dados da evidência científica, mas também às aprendizagens e competências que me foram possíveis desenvolver ao longo dos anteriores campos de estágio.

Apêndice XV – Ata I: Grupo de trabalho Cuidados em Fim de Vida



GRUPO DE TRABALHO: CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Serviço de Especialidades Médicas I

ACTA I

Reunião de 5 de Fevereiro de 2016

Enf.º David Leal
Enf.^a Joana Simão
Enf.º Luís Bernardo
Enf.º Tiago Beato

Ao quinto dia do mês de Fevereiro de 2016, pelas 15h reuniu-se o grupo de trabalho de Cuidados em fim de vida do serviço de Especialidade Médicas I, na sala de reuniões do referido serviço, para dar cumprimento à seguinte ordem de trabalhos:

Ponto um: Regulamentação da atividade e funcionamento do grupo de trabalho.

Ponto dois: Planificação de Atividades para o ano 2016.

Ponto três: Outros.

Relativamente ao ponto um, ficou definido que este grupo é estruturado para sensibilização/formação e apoio à equipa de enfermagem na tomada de decisão ou em funções assistenciais onde surjam dúvidas, receios ou dificuldades relacionadas com o cuidado à pessoa em fim de vida, propondo orientações para a boa prática. Ficou também definido que tem a responsabilidade de dinamizar atividades e procurar soluções, dentro das limitações do próprio serviço, capazes de dar resposta às diferentes exigências implícitas ao trabalho com o doente em fim de vida. De forma a apresentar o grupo e o seu trabalho, construiu-se nesta reunião um documento de regulamentação (apêndice B), que será posteriormente entregue à chefia do serviço para análise e , eventual, autorização da atividade proposta.

Quanto ao ponto dois, foi elaborado um cronograma anual para 2016 (apêndice A) com as sessões formativas que o grupo considerou mais pertinentes realizar aos Enfermeiros do serviço de Especialidade Médicas I, atendendo aos resultados do inquérito de necessidades de formação na área dos cuidados paliativos, aplicado no final do ano de 2015. Fica acordado que este cronograma poderá vir a sofrer alterações de acordo com a disponibilidade dos membros do grupo, necessidades do serviço ou até para integrar outras atividades pertinentes (uma vez que o cronograma apenas, ainda, inclui atividades do âmbito da formação da equipa).

Nesta reunião foram discutidos outros assuntos como a possibilidade de introduzir música no corredor e espaços comuns dos doentes, no serviço; recolha de dados

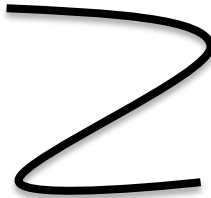
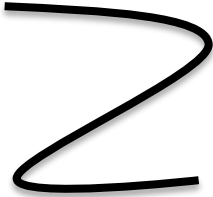
relativamente à satisfação dos doentes e famílias com os cuidados e intervenções prestadas pelos enfermeiros em circunstâncias de fim de vida; proposta de reformulação ou construção de algumas instruções de trabalho no âmbito da temática entre outros.

A próxima reunião do grupo ficou agendada para dia 8 de Março de 2016, e a primeira formação do ciclo formativo programado em cronograma, para o dia 22 de Fevereiro (ficando dependente da autorização da chefia).

APÊNDICES

Apêndice A- Cronograma 2016

Apêndice A – Cronograma 2016

2016					
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
	Formação – Cuidados Paliativos: Conceitos e Filosofia	Formação - Agonia	Formação – Sintomas: Náuseas, Vômitos e Obstipação	Formação – Sintomas: Delirium/Confusão e Dispneia	Formação – Terapêutica em Cuidados Paliativos
Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
		Formação - Comunicação em Cuidados Paliativos	1ª. Jornadas de Cuidados Paliativos do HVFX (a averiguar possibilidade)	Reflexão do grupo de trabalho	Planeamento e reestruturação

Apêndice B – **Regulamentação do grupo de trabalho: Cuidados em Fim de Vida**



SERVIÇO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS 1

REGULAMENTO

GRUPO DE TRABALHO: CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Elaborado por:

Enf.^a. David Leal

Enf.^a Joana Simão

Enf.^a. Luís Bernardo

Enf.^o. Tiago Beato

Fevereiro

2016

INTRODUÇÃO

O presente regulamento destina-se a apresentar o grupo de trabalho: Cuidados em Fim de Vida, bem como, definir normas e objetivos relativos ao funcionamento do referido grupo.

1. FINALIDADE E OBJETIVOS

O grupo de trabalho: Cuidados em Fim de Vida tem como finalidade criar condições, no seio da equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes ali internados, em circunstâncias de final de vida.

Assim, definiu como objetivos:

- Sensibilizar e capacitar a equipa de enfermagem na área dos cuidados paliativos;
- Apoiar a equipa de enfermagem na tomada de decisões ou em funções assistenciais onde possam surgir dúvidas, receios ou dificuldades relacionadas com os cuidados à pessoa em fim de vida;
- Propor orientações para a prática, baseadas na evidência científica e experiências da prática clínica, no âmbito dos cuidados em fim de vida;
- Conceber, gerir e dinamizar programas/atividades que possam promover a filosofia dos cuidados paliativos;
- Procurar soluções, dentro das limitações do próprio serviço, capazes de dar resposta às exigências, necessidades e desejos individuais dos doentes em fim de vida (e suas famílias) em circunstâncias de fim de vida.

2. LOCAL DE INTERVENÇÃO

O grupo de trabalho pretende desenvolver os seus objetivos no serviço de Especialidades Médicas 1, estando no entanto disponível para colaborar com outros

grupos ou serviços sempre que nos seja solicitado, se revele pertinente e haja disponibilidade para essa articulação.

Reforça-se que este grupo de trabalho não deseja substituir ou interferir com o trabalho realizado pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, que tem funções e responsabilidades institucionais diferenciadas e regulamentada

3. COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

O grupo de trabalho é composto por 4 enfermeiros, do serviço em questão, com formação avançada em Cuidados Paliativos e/ou cursos promotores de competências na área da filosofia paliativa, articulada com a motivação e interesse no acompanhamento e cuidado à pessoa em fim de vida.

Sempre que se revelar necessário, o grupo conta com a colaboração e apoio de uma médica internista, do mesmo serviço, também com competências diferenciadas e motivação para as questões do final de vida.

4. FUNCIONAMENTO

O presente grupo de trabalho reunir-se-á ,pelo menos, uma vez por mês para discutir o plano de atividades mensal, refletir em grupo sobre o percurso desenvolvido e eventos significativos que posam ter ocorrido, reestruturar ou planejar novas intervenções, entre outras situações que se revelem de interesse.

Todos os elementos do grupo se encontram disponíveis, dentro do seu horário laboral, a prestar o apoio necessário à equipa, dentro dos objetivos que estabeleceu, sempre que a dinâmica do serviço e o contexto de trabalho o permitir.

Apêndice XVI - Utilização da escala de avaliação da dor PAINAD, em contexto de cuidados paliativos, em pessoas incapazes de comunicar: fundamentação e pertinência.

UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE DOR PAINAD EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM PESSOAS INCAPAZES DE COMUNICAR

Fundamentação e pertinência

A avaliação da dor apresenta-se como o ponto central no processo de gestão da dor, permitindo uma maior eficácia e assertividade do plano terapêutico elaborado, uma vez que atenta às verdadeiras queixas da pessoa.

Em contexto de cuidados paliativos, a dor tem-se revelado o sintoma mais temeroso, “constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa de morte” (Rangel e Teles, 2012:32). Neto (2004) acrescentam que a dor não controlada pode inviabilizar que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver.

Porém, o caráter individual e subjetivo da dor dificulta o desafio da sua gestão, onde a avaliação adequada da dor se torna o primeiro obstáculo no combate ao subdiagnóstico.

Infelizmente não existe, ainda, uma forma universal para avaliação da dor. Além disso, das escalas e instrumentos de medida disponíveis, não existe nenhum construído para a avaliação específica da dor da pessoa em condição paliativa.

Apesar de tudo, peritos de todo o mundo, têm analisado várias escalas validadas, no sentido de tentarem encontrar consenso sobre as mais adequadas para a avaliação da dor na pessoa em contexto de cuidados paliativos. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda o uso de escalas multidimensionais, mas reconhece a sua dificuldade de utilização, sobretudo em serviços de internamento, não só para os profissionais como para os doentes. Escalas de auto-avaliação como a numérica, são globalmente aceites na avaliação da dor em cuidados paliativos. Porém, Rodrigues (2013) alerta para a precaução desta escala em contexto paliativo, pois a capacidade para completar adequadamente este tipo de escalas tem tendência a diminuir, à medida que a doença vai progredindo.

Alterações cognitivas e problemas do foro fisiológico são habitualmente condições que contribuem para a limitação da capacidade comunicativa destas pessoas, podendo

afetar a sua aptidão para relatar eficientemente as suas experiências dolorosas e de sofrimento, comprometendo todo o processo de gestão da sua dor. A doença de base, a disfunção de órgãos, a medicação, as comorbilidades ou outras situações adjacentes são fatores que colocam frequentemente em risco a capacidade de comunicação e expressão das pessoas com acompanhamento paliativo, sobretudo, em circunstâncias de fim de vida. Rodrigues (2013) faz referência a um estudo que, apesar de antigo (2006), mostra esta relação entre a disfunção cognitiva e a fase final de vida – ao se aplicar o mini-mental (exame de avaliação do estado mental) a doentes internados numa unidade de cuidados paliativos, verificou-se que no momento da admissão 44% dos doentes apresentavam alterações cognitivas e no momento próximo da morte ou no dia da alta esta percentagem subia para 55% - portanto, um crescimento significativo na disfunção cognitiva e, eventualmente, com repercussões na forma como o seu sofrimento passou a ser manifestado.

Assim, na impossibilidade de se conseguir uma autoavaliação assertiva, observar o comportamento da pessoa é a estratégia correta na avaliação da dor, de acordo com as orientações da DGS (2010).

Na literatura, e de acordo com a pesquisa realizada por Rodrigues (2013) são poucas as escalas de heteroavaliação utilizadas em cuidados paliativos, de forma sistemática. Já em 2006, Iersel, Timmerman e Mullie estudaram pormenorizadamente esta questão da identificação de uma escala da dor capaz de ser aplicada a pessoas em cuidados paliativos com alterações da comunicação e/ou da cognição. Concluíram, após análise de várias escalas disponíveis e de eventual interesse de utilização em contexto paliativo que uma escala é clinicamente mais relevante se for um instrumento com um número limitado de itens de pontuação e que demore apenas alguns minutos a preencher. Assim, como conclusão desta análise identificaram a PAINAD e a *Abbey Pain Scale* como as escalas mais adequadas à avaliação da dor desta população. No decorrer do estudo recolheram a opinião de vários profissionais de saúde quanto à sua capacidade para avaliar a dor neste contexto e a facilidade da sua aplicação – em ambas as escalas os resultados foram positivos na análise destes dois parâmetros.

Em Portugal a *Abbey Pain Scale*, não é ainda largamente conhecida e, encontra-se, de momento em processo de tradução e validação para a população portuguesa, pelo que se tem sugerido, de forma mais ou menos consensual, a utilização da PAINAD como escala preferencial na avaliação da dor nestas condições.

A PAINAD é, portanto, uma escala comportamental, que avalia 5 indicadores (respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade) cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos. Assim, ao avaliar a intensidade da dor entre 0 e 10 (equivalente à escala numérica, amplamente utilizada como escala de autoavaliação) torna o resultado final de mais fácil entendimento, dada a comparação inevitável. É uma escala de rápida aplicação, treino simples e instruções claras que raramente têm evidenciado dúvidas significativas de aplicação. Além disso, em comparação com outras escalas, nomeadamente com a escala do observador, muito utilizada como preferencial de heteroavaliação, parece ser menos subjetiva e mais representativa das queixas da pessoa, uma vez que atende ao comportamento expreso.

Posto isto, a PAINAD parece ser aquela que em condições de incapacidade comunicativa da dor, oferece melhores condições na avaliação da intensidade das queixas dolorosas, em contexto de cuidados paliativos no internamento hospitalar, motivo pelo qual se sugeriu a sua introdução informática.

A grande finalidade da sugestão da sua utilização é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas, uma vez que uma dor bem avaliada, torna-se uma dor bem tratada.

Enf^a. Joana Simão (91004) - Especialidades Médicas 1

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Tese para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.

Batalha, L. ; Duarte, C.; Rosário, R.; Costa, M ; Pereira, V.; Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 8 - Dez. P7-16. Disponível no RCAAP.

- Barbosa, A.; Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Circular Normativa nº. 15/2010 de 04/12/10.
- Neto, I. (2004). Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In: Neto, I.; Aitken, H. e Paldron, T. *A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência*. P11-49. 1ª. Edição. Cascais. Pergaminho, Lda.
- Rangel, O.; Telles, C. (2012). Tratamento da dor oncológica em cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 11. Abril/Junho. P.32-37. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324.
- Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.

Apêndice XVII – Escalas da dor: instrumento físico de apoio à avaliação

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR: AUTO-AVALIAÇÃO

SEM DOR	DOR LIGEIRA		DOR MODERADA			DOR INTENSA			DOR MÁXIMA		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR: HETERO-AVALIAÇÃO (PAINAD-pt)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-stok</i> .	2
	Nenhuma.	0
Vocalização negativa	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	2
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressivo.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem Corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

TOTAL: _____

Apêndice XVIII – Guia Orientador de boas práticas na gestão da dor do doente em
fim de vida



**GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS
NA GESTÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA**

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

Serviço de Especialidades Médicas 1

Enf^ª. Joana Simão

(No contexto de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica)

Sob orientação de:

Prof^ª. Patrícia Alves (ESEL)

Enf^º. Luís Bernardo (Especialidades médicas 1 - HVFX)

Aprovado por:

Vila Franca de Xira

2016

*“A minha Dor é um convento. Há lírios
Dum roxo macerado de martírios,
Tão belos como nunca os viu ninguém!*

*Nesse triste convento aonde eu moro,
Noites e dias rezo e grito e choro,
E ninguém ouve...ninguém vê...ninguém...”*

Florabela Espanca (In Sonetos)

ABREVIATURAS

- ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- HVFX** – Hospital de Vila Franca de Xira
- WHO** – World Health Organization
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- IASP** – International Association for the Study of Pain
- EFIC** – European Federation of Chapters of the IASP
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- Enf^o.** – Enfermeiro/a
- PAINAD** – Pain Assessment in Advanced Dementia
- SC** – sub-cutâneo
- EV** – Endovenoso
- IM** – Intramuscular
- TD** – Transdérmico
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- DBDT** – Dose basal diária total
- AINE's** – Anti-inflamatórios não esteróides

ÍNDICE

	Pag.
1. OBJETIVOS	7
2. NOTA INTRODUTÓRIA	7
3. AVALIAÇÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA	8
3.1. Intensidade da dor no doente em fim de vida	13
4. ALÍVIO DA DOR NO DOENTE EM FIM DE VIDA	16
4.1. Analgésicos não opióides	18
4.2. Analgésicos opióides	21
4.3. Determinação da dose ideal diária	26
4.4. Rotação de opióides	26
4.5. Vias de administração analgésica em fim de vida	30
4.6. Fármacos adjuvantes	34
4.7. Intervenção não farmacológica	40
5. REGISTOS	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

ÍNDICE DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1- Princípios orientadores da avaliação da dor no doente em fim de vida	8
Tabela 2 - Caracterização da dor do doente em fim de vida – “ <i>SELFIES</i> ”	9
Tabela 3 – classificação da dor de acordo com a duração	11
Tabela 4 – classificação da dor de acordo com a patogenia	12
Tabela 5 - Orientações gerais para aplicação das escalas	13
Tabela 6 - Escalas sugeridas para avaliação da dor nos doentes em fim de vida	14
Tabela 7 – Princípios gerais para a gestão da dor	16
Tabela 8 – Não opióides	19
Tabela 9 – Principais AINE´s na gestão da dor	20
Tabela 10 – Opióides fracos	21
Tabela 11 – Libertação e posologia do tramadol	22
Tabela 12 – Opióides fortes	23
Tabela 13 – Libertação e posologia da morfina	23
Tabela 14 – Indicações para rotação de opióides	27
Tabela 15 – Quadro de relação equi-analgésica	27
Tabela 16 – Tabela de apoio de doses equi-analgésicas	28
Tabela 17 - Princípios gerais da rotação de opióides	28
Tabela 18 – Vantagens da analgesia de resgate	29
Tabela 19 – Vias de administração analgésica	30
Tabela 20 – Princípios gerais da prescrição de fármacos adjuvantes	34
Tabela 21 – Caracterização dos principais fármacos adjuvantes	34
Tabela 22 – Efeitos adversos dos opióides	36
Tabela 23 – Atuação em situações de sobredosagem grave de opióides	38
Tabela 24 – Estratégias não farmacológicas na gestão da dor	40
Tabela 25 - Recomendações para os registos relativos à dor dos doentes em fim de vida	43

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1 – Escada Analgésica da WHO	17
Figura 2 – Avaliação da terapêutica de resgate	29
Figura 3 – Locais de aplicação do TD	32
Figura 4 – Locais de administração SC	32
Figura 5 – Material para administração de terapêutica SC	33
Figura 6 - Pirâmide auxiliar para seleção de laxante	36
Figura 7 – Pirâmide auxiliar para seleção de antieméticos	37
Figura 8 – Pirâmide auxiliar para seleção de antipsicóticos	37

1. OBJETIVOS

- Expor as estratégias de avaliação da dor, no doente em fim de vida.
- Descrever as estratégias para alívio da dor, no doente em fim de vida.
- Evidenciar a importância do registo da dor, na continuidade dos cuidados.

2. NOTA INTRODUTÓRIA

“Não adianta focar no positivo se a dor é insuportável.”
Santos (2011)

O conceito de dor tem vindo a ser trabalhado ao longo dos tempos mas a IASP deu um enorme contributo na definição deste fenómeno em 1979, descrevendo-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano (Witte & Stein, 2010). Este fenómeno é assim influenciado por diversos fatores que interferem na sua condição de subjetividade, reforçando assim o conceito de McCaffery (1989, citado por OE, 2008) quando refere que a dor é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.

Sentir dor não é natural, e o seu alívio é um direito de qualquer pessoa, instituído por uma campanha global da IASP, da EFIC e da WHO em 2004, consolidado com a declaração de Montreal, em 2011. A necessidade de acesso e tratamento da dor foi, nesta altura, elevada à condição distinta de Direito Humano Fundamental, confirmando a pertinência da abordagem destas matérias, exigindo aos profissionais de saúde a sensibilização, formação e treino adequado para garantir o cumprimento deste direito. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), na sequência da elaboração do Plano Nacional contra a Dor de 2001, classificou a dor como quinto sinal vital, maximizando a importância que a dor tem na saúde e no bem-estar de todo o indivíduo. No novo programa de 2008 voltou a reforçar-se esta necessidade admitindo-se que o controlo da dor deveria passar a ser uma prioridade na prestação de cuidados de saúde sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados.

Em contexto de fim de vida, esta necessidade de humanização, bem-estar e conforto reforça a sua importância, uma vez que a dor não controlada pode inviabilizar que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver. (Barbosa

e Neto, 2010). Nesta fase da doença é dos sintomas mais temerosos, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa da morte. (Rangel e Teles, 2012).

Assim, este guia pretende uniformizar cuidados que constituem boa prática na gestão da dor do doente em fim de vida, assente num processo multidimensional, onde o compromisso deve passar pela amenização dos desconfortos e fatores de sofrimento, para lá da visão bio-física, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados prestados.

3. AVALIAÇÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

“A dor não identificada e descrita não é tratada”.

Pimenta e Ferreira (2006:134)

A subjetividade e multidimensionalidade subjacente à avaliação da dor tem-se revelado um verdadeiro desafio nos cuidados de saúde. Porém, a sua valorização é essencial pelo contributo que pode oferecer ao conforto do doente, sobretudo, e de forma especial, em fim de vida, onde o alívio sintomático ganha contornos prioritários.

É desta necessidade de valorização da dor que, em 2003, a Direção Geral de Saúde decreta a dor como 5º Sinal Vital (Circular Normativa da DGS – nº. 9/DGCG de 2003) obrigando, eticamente, a “lidar com este facto com a mesma seriedade com que se lida com os outros sinais vitais (...)”. (Ritto e Rocha, 2012:105).

Porém, o reconhecimento desta importância na melhoria da qualidade dos cuidados e consequente melhoria do conforto, bem-estar e qualidade de vida dos doentes, não objetivou a atitude subjacente à avaliação e registo da dor. Assim, torna-se essencial definir orientações norteadoras deste complexo processo de avaliar a dor do outro.

Tabela 1- Princípios orientadores da avaliação da dor no doente em fim de vida

- Acreditar na dor que o doente diz ter.
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da vivência da dor, sempre que se revelar possível.

- Utilizar todas as fontes de informação disponíveis e meios complementares de diagnóstico adequados, para compreender a história e vivência de dor.
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, considerando a possibilidade da pessoa sentir dor e não a manifestar.
- Prever a possibilidade de existirem várias dores, que devem ser avaliadas individualmente.
- Solicitar a colaboração da família/cuidadores informais no processo de avaliação da dor.
- Estar atento a termos como *mal-estar, sofrimento, agonia*, entre outros, que podem estar associados à presença de dor.
- Promover a prática obrigatória do registo da avaliação da dor, de forma a permitir a continuidade dos cuidados.

Adaptado de Ritto e Rocha, 2012

É importante olhar para a dor do doente, sobretudo em circunstâncias de fim de vida, num sentido vasto, assumindo a sua natureza multidimensional, incontestável. Foi, exatamente desta observação cuidada que *Cecily Saunders* terá construído o conceito de “**dor Total**” – interpretação do fenómeno doloroso não apenas na sua dimensão física, mas também, na dimensão emocional, social e espiritual, capaz de influenciar a sua génese e expressão.

A atenção aos pormenores é, portanto, essencial, sendo importante articular os princípios orientadores anteriores com uma colheita de dados minuciosa sobre a história da dor presente, que clarifique a vivência pessoal de dor.

Assim, devem ser considerados na abordagem inicial (sempre que a situação o permitir) alguns parâmetros caracterizadores da experiência dolorosa. Neste sentido construiu-se uma mnemónica, apresentada abaixo, que contempla os aspetos essenciais a atender na avaliação desta experiência, para mais fácil compreensão e aplicação.

Tabela 2 - Caracterização da dor do doente em fim de vida – “SELFIES”

S	INTOMAS ASSOCIADOS	<p>- Que outros sintomas acompanham a sua dor? <i>Fadiga? Dispneia? Náuseas/vómitos? Insónias? Perda de apetite?...</i></p> <p>- Observam-se sinais de inflamação, contraturas musculares, alterações neurovegetativas (<i>sudorese, etc</i>)....??</p>
----------	---------------------------	---

E	XPRESSIONÃO	Qualidade	- <i>Como descreve a sua dor? Tipo moinha? Queimadura? Facada? Formigueiro? Latejo? Picada?...(Consultar tabela 4 – classificação da dor de acordo com a patogenia)</i>
		Formas de manifestação	De que forma é que a pessoa comunica/expressa a sua dor? Choro? Gemido? Silêncio? Fuga ao toque? Fáceis? Linguagem própria?....
		Intensidade	Avaliado através da aplicação de escalas (Consultar ponto 3.1 – intensidade da dor em doentes em fim de vida)
L	LOCALIZAÇÃO		- <i>Onde dói?</i> - <i>É um só foco de dor ou dói em locais distintos?</i> - <i>A dor irradia?</i>
F	ACTORES	Alívio	- <i>O que faz quando tem dor? O que alivia a sua dor? Posicionamento? Repouso? Exercício físico? Calor? Frio? Analgesia?...</i>
		Agravamento	- <i>O que agrava a sua dor? Posicionamento? Mobilização? Tosse?....</i>
I	IMPACTO NAS ATIVIDADES DE VIDA		- <i>De que forma a dor interfere nas suas vivências diárias?</i> <i>Afeta o sono/repouso? A mobilidade? A higiene? Alimentação? As atividades sociais/lazer? ...</i>
E	VOLUÇÃO		- <i>Como surgiu a dor? Subitamente ou de forma progressiva?</i> - <i>Há quanto tempo surgiu a dor? (Consultar tabela 3 – classificação da dor de acordo com a duração)</i> - <i>É uma dor constante, intermitente, episódica...?</i> - <i>Que tratamentos já realizou anteriormente?</i>
S	ISTEMA EMOCIONAL, SOCIAL E ESPIRITUAL		- <i>De que forma a dor interfere na sua relação com os outros?</i> - <i>Que significado tem esta dor para si?</i> - <i>Que sentimentos e emoções a dor lhe desperta?</i> - <i>O que o preocupa mais em relação à sua dor?</i> - <i>A dor afeta-o psicologicamente? Espiritualmente?</i> - <i>Como espera que a consigamos ajudar?</i>

Recolher e analisar esta informação permite classificar de forma mais assertiva a dor da pessoa, contribuindo para uma planificação de intervenções mais adequadas. Assim, a dor pode ser classificada atendendo a inúmeros fatores, dos quais se destacam no

âmbito do fim de vida, a classificação de acordo com a sua duração e de acordo com a sua patogenia.

Tabela 3 – classificação da dor de acordo com a duração.

<p>DOR AGUDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação dolorosa de curta duração (associada a um período inferior a 3 meses). • Intervém como alarme e auto-proteção da pessoa. • Desaparece ou diminui significativamente quando a causa originária é eliminada.
<p>DOR CRÓNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação dolorosa com mais de 3 meses de evolução. • Pode ter uma duração ilimitada. • Persiste após resolução da causa originária. • Promotor de exaustão física e sofrimento psico-socio-emocional. • A causa da dor torna-se a dor em si. • Requer intervenção transdisciplinar, focada, sobretudo, no alívio e adaptação, em vez da cura.
<p>DOR IRRUPTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exacerbação transitória (espontânea ou desencadeada por um qualquer fator previsível ou não) que surge sobre a base de uma dor crónica estável. • Expressa como uma dor aguda dentro da cronicidade da dor. • Caracterizada por intensidade elevada, instalação rápida e curta duração. 	
<p>Espontânea (ou idiopática)</p>	<p>Incidental</p>

<p>Episódios de dor não relacionados com um fator desencadeante identificável – portanto, imprevisíveis.</p>	<p>Episódios desencadeados por um fator identificável.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Incidental volitiva</u>: Desencadeada por um ato voluntário. (ex: caminhar) • <u>Incidental não volitiva</u>: Desencadeada por um ato involuntário (ex: tossir) • <u>Relacionada com os procedimentos</u> (ex: tratamento de feridas)
<ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser confundida dor irruptiva com episódios de dor relacionados com a iniciação ou titulação analgésica ou que ocorrem por fim de doses, uma vez que o doente não tem a dor de base controlada em qualquer das situações. 	

Adaptado de Diniz, 2012; EONS, 2013 e Ministerio de Salud, 2011.

Tabela 4 – classificação da dor de acordo com a patogenia.

<p>DOR NOCICEPTIVA</p>	<p>- Dor provocada por uma lesão ou dano tecidual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Somática</u>: Dor superficial ou profunda que surge na zona exata do dano tecidual (localização precisa/bem definida). Habitualmente dor do tipo moinha. (ex: osteoartrose grave, fraturas/metástases ósseas, infiltração dos tecidos moles...) • <u>Visceral</u>: Dor menos precisa. Habitualmente profunda que irradia de forma difusa. Pode ser distante da lesão originária. Referida muitas vezes como aperto ou cólica. (ex: metástases hepáticas, neoplasia do pâncreas, obstrução intestinal ...)
<p>DOR NEUROPÁTICA</p>	<p>- Dor provocada por lesão ou perturbação funcional do sistema nervoso central ou de nervos periféricos.</p> <p>- Habitualmente descrita como uma dor contínua, lacerante, do tipo queimadura, cortante ou choque elétrico. Pode existir sensação de ardor, hiperalgesia ou alodinia.</p>

	(ex:radiculopatia por compressão discal, neuropatia diabética, nefralgia pós-herpética, neuropatia pós-QT/RT, invasão do plexo braquial ou do nervo trigémio. - Dificuldade na gestão efetiva deste tipo de dor.
--	---

Adaptado de Ministerio de Salud, 2011 e Change Pain (2015)

3.1. Intensidade da dor no doente em fim de vida

Importa explorar a intensidade da dor de forma isolada pela importância que esta característica toma na conjuntura do processo de avaliação e, posteriormente, na gestão eficaz da dor. Como se descreveu na tabela de caracterização da dor, a intensidade da dor é dada pela aplicação de instrumentos construídos e validados para esse efeito.

Porém, não existe até então, um instrumento universal para a avaliação desta característica. No entanto, várias escalas estão disponíveis e adaptadas, quer a nível cultural quer a nível linguístico, para a população portuguesa, podendo ser selecionadas e utilizadas de acordo com a especificidade de cada pessoa e com a frequência necessária para perceber a intensidade e desenvolvimento da sua dor.

Alguns destas escalas são unidimensionais (avaliam apenas a dor na sua dimensão de intensidade), outras multidimensionais (avaliam várias dimensões da dor ao mesmo tempo). Estes últimos são instrumentos complexos e demorados, utilizados apenas em situações específicas que requerem interpretações particulares do foro sensitivo, emocional e/ou cognitivo associado à experiência de dor.

Além desta classificação, as escalas podem também ser de auto-avaliação ou hetero-avaliação. As de auto-avaliação utilizam-se em pessoas conscientes e orientadas, reconhecendo o princípio de que a pessoa é sempre o melhor avaliador da sua própria dor. As de hetero-avaliação são utilizadas quando a capacidade de comunicação e/ou interpretação do doente está, de alguma forma, comprometida, onde não há possibilidade de uma avaliação efetiva (ou fidedigna) da própria pessoa.

Tabela 5 - Orientações gerais para aplicação das escalas

- Escolher instrumento de avaliação da dor atendendo à idade, funções cognitivas, capacidade de interpretação e comunicação, condição clínica e facilidade de aplicação da mesma.
- Privilegiar a auto-avaliação da dor, sempre que possível.

- Assegurar que o doente compreende, corretamente, o significado e utilização da escala selecionada (quando aplicável), garantindo o ensino prévio e a linguagem apropriada.
- Optar por instrumentos de hétero-avaliação da dor, sempre que a pessoa não possua capacidade de comunicação verbal e/ou qualquer alteração cognitiva.
- Utilizar sempre a mesma escala de intensidade em todas as avaliações do mesmo doente, exceto se a alteração da condição clínica justificar.
- A intensidade da dor não é comparável entre doentes.
- Atender a que a intensidade da dor registada deve referir-se, sempre, ao momento da sua colheita.

Adaptado de Ritto e Rocha, 2012; DGS, 2003

Para a avaliação da dor do doente em fim de vida, não existem escalas especializadas, nem consenso universal sobre as que se devem aplicar, dentro das disponibilidades existentes (Rodrigues, 2013), sobretudo, quando existe necessidade de selecionar escalas de hétero-avaliação. Segundo a mesma autora (citando Hjermsstad et al., 2008) recomenda-se a utilização de instrumentos multidimensionais. Porém, acrescenta que a maioria destes instrumentos são considerados “árduos na sua aplicação, quer para os profissionais de saúde, quer para os doentes, especialmente para os acometidos por doença em fase avançada.”(p.40). Assim, e tal como estudos têm demonstrado, as escalas unidimensionais continuam a ser mais frequentemente utilizadas (Morete e Minson, 2010).

Com as escalas de auto-avaliação prevê-se, portanto, uma tradução da experiência dolorosa menos subjetiva. Porém, na abordagem ao doente em fim de vida é importante que estas escalas sejam utilizadas com precaução, pois a "capacidade para completar a escala diminui com a progressão da doença e a presença de alterações cognitivas". (Rodrigues, 2013:40). Reconhecer o declínio, frequentemente rápido e imprevisível destes doentes, deve antever a necessidade de reavaliação do processo de seleção do instrumento adequado.

Tabela 6 - Escalas sugeridas para avaliação da dor nos doentes em fim de vida.

Escala de avaliação numérica (EN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor Dor máxima										

- Escala de auto-avaliação unidimensional, capaz de avaliar todos os tipos de dor.
- Utilização prevista para pessoas que mantêm habilidades cognitivas satisfatórias, que compreendam a grandeza numérica.

Escala qualitativa (EQ)

Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

- Escala de auto-avaliação unidimensional, capaz de avaliar todos os tipos de dor.
- Utilização prevista para pessoas que mantêm habilidades cognitivas satisfatórias, que compreendam a dimensão/significado dos adjetivos pré-definidos.

Escala numérica/qualitativa (ENQ)

Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada			Dor intensa			Dor máxima		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Escala híbrida de auto-avaliação unidimensional, capaz de avaliar todos os tipos de dor.
- Utilização prevista nas mesmas circunstâncias subjacentes à escala numérica e/ou qualitativa.

Escala PAINAD (Avaliação da dor na demência Avançada)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-stok</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressivo.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem Corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

- Escala de heteroavaliação, capaz de avaliar todos os tipos de dor.
- Utilização prevista em pessoas não comunicantes (no âmbito do doente em fim de vida, a previsão de utilização subjacente à faixa etária e patologia clínica não se revela significativa).
- Avaliação baseada nas 5 categorias acima apresentadas, niveladas por descrições comportamentais, permitindo uma correspondência numérica ao comportamento doloroso da pessoa.
- O score total está compreendido entre 0 e 10, considerando-se os valores de 1-3 (dor ligeira), 4-6 (dor moderada) e 7-10 (dor severa).

Adaptado de Ritto e Rocha, 2012

4. ALÍVIO DA DOR NO DOENTE EM FIM DE VIDA

A avaliação sistemática e atenta da dor tem-se revelado um processo essencial na planificação das estratégias de alívio e gestão dolorosa. Assim, após esta fase do processo é importante traduzir os resultados das monitorizações da dor em intervenções adequadas às exigências das queixas dos doentes.

Como auxílio neste processo de planificação de intervenções para a gestão da dor, a WHO preconiza a utilização de um método simples, mas eficaz, capaz de aliviar a dor em mais de 80% dos casos (Pina, 2012a), resumido em 6 princípios:

Tabela 7 – Princípios gerais para a gestão da dor

Medicação pela boca	<ul style="list-style-type: none">• A via oral deve ser, sempre que possível, privilegiada na seleção de analgésicos (ou outros adjuvantes) → Via segura, de baixo custo, método simples, que permite a autonomia do doente/família em relação à situação.• 33% a 70% dos doentes em fim de vida têm dificuldade em cumprir este princípio, dado o seu estado de debilidade (Pina, 2012a), sugerindo-se a substituição desta via de administração terapêutica por outra alternativa, nomeadamente via transdérmica ou subcutânea. (consultar Tabela 19 – Vias de administração analgésica)• Sempre que se revelar necessária a mudança de via de administração deve ter-se em conta as suas características
----------------------------	---

	<p>e doses equipotentes (consultar Tabela 15 – Quadro de relação equi-analgésica).</p>
<p>Medicação pelo relógio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A analgesia deve ser administrada em intervalos de tempo fixos, e não só quando a dor aparece. • Assegura-se a continuidade do efeito da medicação, permitindo um alívio mais prolongado. <i>Quando a dor reaparece antes da próxima dose, o doente é exposto a um sofrimento “extra” desnecessário</i> (Pina, 2012a). • Devem ser previstas doses suplementares de analgésicos para momentos de exacerbação da dor, mas não devem ser a base do tratamento. • Os intervalos entre doses devem ser definidos de acordo com farmacocinética individual de cada fármaco.
<p>Medicação pela escada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O plano farmacológico para gestão da dor deve ser conduzido pela escada analgésica desenvolvida pela WHO, de 3 degraus sequenciais <div data-bbox="932 1037 1334 1256" data-label="Diagram"> <p>O diagrama apresenta a Escada Analgésica da WHO com três degraus ascendentes representados por caixas azuis. O primeiro degrau, 'Dor 1-3', contém o texto 'NÃO OPIÓIDES'. O segundo degrau, 'Dor 4-6', contém 'OPIÓIDES FRACOS' e '(+ não opióides)'. O terceiro degrau, 'Dor 7-10', contém 'OPIÓIDES FORTES' e '(+ não opióides)'. Setas brancas indicam a progressão da escada de um degrau para o seguinte.</p> </div> <p style="text-align: center;">Figura 1 – Escada Analgésica da WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta escada propõe uma progressão gradual desde o primeiro degrau (dor ligeira) com utilização de analgésicos não opióides, a um segundo degrau (dor moderada) com seleção de opióides fracos e, finalmente, no último degrau (dor intensa a insuportável) opióides fortes. • A escalada é feita de acordo com a intensidade da dor e resposta ao tratamento. • Se a dor inicial for logo intensa deve-se saltar para o terceiro degrau da escada → “O objetivo é aliviar o sofrimento depressa e bem” (Pina, 2012a:131). • Aconselha-se a não utilização de mais do que um fármaco de cada degrau (exceto, em situações de necessidade de administrar opióides de ações diferentes – modificada/normal/rápida/imediata).

<p>Medicação para o indivíduo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A dosagem e seleção do analgésico deve ser adequada às exigências individuais de cada doente. A dose ideal depende da intensidade da dor (não da gravidade da doença), dos efeitos adversos decorrentes da medicação, e da tolerância a estes efeitos → A dose ideal de um fármaco é aquela que alivia a dor do doente sem efeitos colaterais intoleráveis (Pina, 2012a).
<p>Utilização de adjuvantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A introdução de medicação adjuvante potencia o efeito analgésico. Este tipo de medicação permite controlar a ansiedade, a depressão, a insónia, as contraturas musculares ou outros problemas específicos, como o controlo da componente neuropática da dor, contribuindo para o aumento do alívio e conforto do doente. (consultar Tabela 21 – Caracterização dos principais fármacos adjuvantes)
<p>Atenção aos detalhes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para o sucesso dos resultados é essencial ter atenção aos aspetos práticos do alívio da dor e uso de analgésicos. Deve-se fornecer ao doente e/ou família as informações precisas e adequadas sobre os procedimentos, dando as instruções assertivas sobre dosagens, intervalos, efeitos adversos ou outros ensinamentos individualizados que possam fazer sentido na conjuntura da situação vivida, nomeadamente, explorar medos e crenças.

Adaptado de Pina, 2012a e Gonçalves, 2011

Posto isto, é essencial que todos os profissionais de saúde conheçam e compreendam não só a fisiopatologia da dor mas também a farmacocinética/farmacodinâmica dos fármacos e vias de administração, de forma a fazer cumprir os princípios orientadores acima descritos e potenciar os resultados no alívio da dor e conforto geral dos doentes.

4.1 – Analgésicos não opióides

Preconizados no primeiro degrau da escalada analgésica, como potenciais gestores de dor ligeira. Podem também ser utilizados no alívio da dor irruptiva.

Tabela 8 – Não opióides

ANALGÉSICOS NÃO-OPIÓIDES DE BASE	
PARACETAMOL	METAMIZOL
<ul style="list-style-type: none"> • Ação analgésica e antipirética. • Fraca ação anti-inflamatória. • Ideal como analgésico de escolha primária, em doses de 1g cerca de 3-4x/dia. • Pode ser utilizado isoladamente ou em associação aos opióides (potencia o efeito). • Dose máxima: 4g/dia. • Evitar utilização em situações de doença hepática ou alcoolismo (contra-indicado doses superiores a 2g/dia). • Potencia ação dos opióides quando administrado em associação. • Em associação com cafeína e estimulantes do SNC, pode conduzir a nervosismo, irritabilidade, insónia ou arritmia. • Com IMAO's pode levar a arritmia ou hipertensão grave. • Vias de administração: oral, retal, endovenoso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação analgésica e antipirética. • Fraca ação anti-inflamatória. • Ação antiespasmódica, com particular utilidade na dor visceral. • Pode ser utilizado isoladamente ou em associação aos opióides (potencia o efeito). • Dose máxima: 2,3g/dia. • Evitar utilização em doentes com asma, porfíria e deficiência em desidrogenase do fosfato-6-glicose. • Evitar a utilização simultânea com anticoagulantes. • Evitar doses elevadas em doentes com insuficiência renal e/ou hepática. • Medicamento controverso, dada a sua associação a doenças hematológicas potencialmente perigosas (agranulocitose ou hipoplasia medular). • Vias de administração: oral, endovenosa e intramuscular.
ANALGÉSICOS NÃO-OPIÓIDES ALTERNATIVOS	
AINE'S	
<ul style="list-style-type: none"> • Ação analgésica, antipirética e anti-inflamatória. • Parecem ter particular eficácia na dor óssea. 	

- Analgésicos com “efeito teto” (têm dose analgésica máxima, para além da qual não se obtém qualquer diminuição da dor).
- Podem ser utilizados isoladamente ou em associação aos opióides (potenciam o seu efeito).
- Contra-indicada a utilização de mais do que um AINE´s em simultâneo.
- Prescrições continuadas, superiores a 7-10 dias aumentam o risco de efeitos adversos (recomenda-se rotação em doses equianalgésicas nestes casos).
- Toxicidade gastrointestinal é o mais importante e frequente efeito adverso – Aconselha-se proteção gástrica com 300mg/dia de Ranitidina ou 20mg/dia de Omeprazole.
- Quanto maior o tempo de permanência dos AINE´s no organismo maior a probabilidade de toxicidade renal – em doentes de risco preferir os AINE´s com semi-vida inferior a 10 horas (Ibuprofeno ou Diclofenac).
- Se função hepática aumentar 1,5 do limite normal, aconselha-se a suspensão dos AINE´s.
- Evitar utilização de AINE´s em doentes com antecedentes ou risco elevado de doenças cardiovasculares (em caso de necessidade de utilização optar, preferencialmente, pelo Naproxeno).

Tabela 9 – Principais AINE´s na gestão da dor

AINE´s	DOSE MÁXIMA (mg/dia)
Ibuprofeno	2 400
Naproxeno	1 500
Diclofenac	150
Nimesulida	200
Clonixina	1 800
Ceterolac	120

- Vias de administração: oral, retal, intra-muscular (não adequada para uso repetido), tópica ou em perfusão contínua endovenosa ou sub-cutânea.
- O naproxeno, diclofenac e ceterolac em perfusão contínua sub-cutânea têm-se revelado uma alternativa útil na gestão da dor em cuidados paliativos.

Adaptado de Pina, 2012a; Gonçalves, 2011 e Ministerio de Salud, 2011

4.2 – Analgésicos opióides

Quando a dor manifestada é de intensidade moderada, e/ou os analgésicos anteriores não são eficazes na gestão da dor, aconselha-se a subida na escada analgésica, para o segundo degrau. Ao iniciar tratamento com um fármaco deste grupo (opióide fraco), sugere-se que se mantenha o não-opióide já em curso.

Tabela 10 – Opióides fracos

CODEINA
<ul style="list-style-type: none"> • Efeito analgésico, antitússico e depressor respiratório. • Dose máxima: 360mg/dia. • Frequentemente utilizado em associação ao paracetamol (nesta combinação a dose máxima não deve ultrapassar os 240mg/dia) – via de administração oral ou retal. • Os efeitos adversos mais comuns são os transtornos gastro-intestinais (náuseas, vômitos, obstipação), sonolência e ansiedade. • Recomenda-se prescrição acompanhada de laxantes e antieméticos (1ª. linha: metoclopramida), bem como ingestão hídrica abundante e alimentação rica em fibras. • Com continuidade das doses pode desenvolver-se tolerância (duração de ação encurtada e diminuição da efetividade analgésica) bem como dependência física/psíquica. • Deve ser utilizado com precaução, dado o número elevado de interações e efeitos aditivos com outros fármacos: antipsicóticos, ansiolíticos, IMAO's, antidepressivos, etc.
TRAMADOL
<ul style="list-style-type: none"> • Analgésico útil tanto na dor nociceptiva como neuropática, dada a sua ação sobre células nervosas específicas na espinal-medula e cérebro. • Dose máxima: 400mg/dia. • Frequentemente utilizado em associação ao paracetamol (nesta combinação a dose máxima não deve ultrapassar os 300mg/dia) – via de administração oral.

- Os efeitos adversos mais comuns são os transtornos gastro-intestinais (náuseas, vômitos, obstipação), sonolência e tonturas.
- Recomenda-se prescrição acompanhada de laxantes e antieméticos (1ª. linha: metoclopramida), bem como ingestão hídrica abundante e alimentação rica em fibras.
- Utilizado com precaução em doentes epiléticos ou que recebam medicação que reduza o limiar convulsivo (pode precipitar convulsões): forma injetável deve ser administrada em infusão lenta (100mg em 2-3horas) para minimizar risco.
- Deve ser utilizado com precaução, dado o número elevado de interações e efeitos aditivos com outros fármacos: antipsicóticos, ansiolíticos, IMAO's, antidepressivos, etc.

Tabela 11 – Libertação e posologia do tramadol

Libertação	Apresentação	Posologia	Foco	
Normal	Cápsulas	50mg até 6-6h	Dor Basal	
Prolongada	Cápsulas ou Comprimidos (efeito "retardado")	50-100mg a cada 8h Ou 150-200mg a cada 12h	Dor Basal	
	Comprimidos (efeito "longo")	100-400mg a cada 24h		
Rápida	Comprimidos orodispersíveis	Resgate (SOS)	Dor irruptiva	
	Solução oral			Doseador: 4 doses=50mg Conta-gotas: 20 gotas=50mg
	Retal			100mg até 6-6h
	Endovenoso			100mg até 6-6h

Adaptado de Pina, 2012a; Gonçalves, 2011 e Ministerio de Salud, 2011

Se a gestão da dor se mantiver ineficaz ou inadequada após introdução destes opióides analgésicos, a WHO sugere a continuação na subida da escada, para o terceiro degrau, onde os opióides fortes surgem como opção. Porém, e tal como no degrau abaixo, pode ser importante manter analgésicos não-opióides simultaneamente, como forma de melhorar analgesia (uma vez que atuam a níveis diferentes) e minimizam efeitos adversos.

A seleção de um opióide forte deve ser feita de forma ainda mais ponderada, atendendo de forma especial às condições do doente (condição clínica, autonomia, cognição,

polimedicação, apoio familiar, etc...) e conhecimento/experiência com os opióides disponíveis.

Tabela 12 – Opióides fortes

MORFINA			
<ul style="list-style-type: none"> • Opióide de eleição deste grupo de fármacos (por razões de disponibilidade e custo). • Não tem dose máxima: o limite é o controlo da dor ou o aparecimento de efeitos adversos intoleráveis. • Aconselha-se a redução da dose em 25-50% em situações de insuficiência renal. • Adjuvante ao controlo da dispneia e tosse. • Os principais efeitos adversos são a obstipação, náuseas, vómitos, astenia, sonolência, confusão e retenção urinária. • Recomenda-se prescrição acompanhada de laxantes e, eventualmente, antieméticos, bem como ingestão hídrica abundante e alimentação rica em fibras. • A depressão respiratória é dos efeitos adversos mais temidos, porém, recorda-se que <i>a presença de dor atua como antagonista natural da depressão respiratória</i> (Pina, 2012b), pelo que a possibilidade deste efeito indesejado não deve ser um obstáculo na sua seleção enquanto analgésico. 			
Tabela 13 – Libertação e posologia da morfina			
Libertação	Apresentação	Posologia	Foco
Prolongada	Comprimidos	8-12h	Dor Basal
Rápida	Comprimidos	Até 4/4h	Dor irruptiva (e/ou basal)
	Solução oral	Frasco 2 mg/ml: 5-10ml até 4-4h Frasco 20 mg/ml: 0,5-1ml até 4-4h	Dor Irruptiva (e/ou basal)
	Sub-cutânea	5 a 10mg até de 4-4h	Dor irruptiva
		Perfusão contínua	Dor Basal
	Endovenosa	1 a 3mg até de 10/10min.	Dor irruptiva
Perfusão contínua		Dor Basal	

FENTANILO

- 100 vezes mais potente que a morfina.
- **Não tem dose máxima:** o limite é o controlo da dor ou o aparecimento de efeitos adversos intoleráveis.
- Na sua forma transdérmica (TD) é uma boa alternativa na gestão da dor crónica, quando já bem determinada a dose diária total de opióides, adequada ao alívio e conforto do doente.
- Na sua forma TD é útil em doentes com dificuldade da adesão terapêutica.
- O Fentanil TD tem um início de ação mais lento que a morfina oral, mas um efeito mais duradouro. A sua eliminação é lenta, mesmo após retirar o sistema TD.
- O uso de macrólidos (claritromicina e eritromicina) e antifúngicos (cetoconazol, fluconazol) prolongam a eliminação e a duração de ação do fentanilo.
- O uso de retrovirais e rifanpicina acelera o seu metabolismo.
- Atender à associação com outros fármacos depressores do SNC, dado aumentar o risco de sedação aguda, hipoventilação ou hipotensão.
- A sua absorção pode ser acelerada por febre ou calor externo (evitar cobertores elétricos, almofadas de aquecimento, saunas, etc...)
- De utilização segura nos doentes com insuficiência renal, sem necessidade de redução da dose.
- Os efeitos adversos mais comuns são as náuseas, vômitos, obstipação (menos frequente quando comparados aos efeitos da morfina) e algumas reações cutâneas.
- Na sua forma TD está contra-indicado na gestão da dor aguda ou pós-operatória, intermitente e/ou moderada (situações para as quais existem outras estratégias e fármacos mais adequados).
- O primeiro sistema TD colocado pode levar 12-18h a atingir um nível plasmático clinicamente relevante, pelo que se recomenda manter o opióide que vinha até então a ser administrado, nas mesmas doses, até ultrapassar esse período de tempo de atraso no início de ação.
- Preconiza-se a mudança do sistema TD de Fentanilo a cada 72h. Porém, em situações específicas de relatos de “falhas” da analgesia no último dia (das 72h preconizadas, com registo de resgates mais frequentes neste período), pode haver necessidade de redução dos intervalos de substituição do sistema para 48-48h (mas nunca em intervalo inferior a este).

- Para além do TD existe um fentanilo de ação imediata, desenvolvido para a dor irruptiva (uma pastilha acoplada a uma haste que se esfrega e é absorvida pela mucosa jugal, com uma ação efetiva ao fim de 15 minutos. Existe disponível em várias doses, mas não se aconselha a sua utilização superior a 4 doses/dia. Infelizmente é uma alternativa pouco divulgada e disponibilizada.

BUPRENORFINA

- Não é utilizada por via oral dado o seu extenso metabolismo hepático.
- **Não tem dose máxima:** o limite é o controlo da dor ou o aparecimento de efeitos adversos intoleráveis.
- A forma mais utilizada no contexto da gestão da dor em fim de vida é a TD.
- De utilização segura nos doentes com insuficiência renal, sem necessidade de redução da dose.
- Nos doentes com insuficiência hepática a evidência de contra-indicações é baixa, porém, recomenda-se igualmente monitorização e vigilância cuidada.
- A associação de fenobarbital e outros anti-convulsivantes podem acelerar o seu metabolismo.
- Os efeitos adversos mais comuns são as náuseas, vômitos, tonturas, sonolência e obstipação (menos frequente quando comparados aos efeitos da morfina) e eritema no local de aplicação do sistema TD.
- O primeiro sistema TD colocado pode levar 12-18h a atingir um nível plasmático clinicamente relevante, pelo que se recomenda manter o opióide que vinha até então a ser administrado, nas mesmas doses, até ultrapassar esse período de tempo de atraso no início de ação.
- Preconiza-se a mudança do sistema TD de Buprenorfina a cada 96h ou 2 dias fixos por semana (no caso específico da marca Transtec). Nas restantes marcas aconselha-se as 72h, idêntico ao procedimento com o Fentanilo.
- Para além do TD existe Buprenorfina de ação imediata, sub-língual, adequada na gestão da dor irruptiva. Infelizmente, uma alternativa pouco divulgada e disponibilizada.

Adaptado de Pina, 2012b; Gonçalves, 2011 e Ministerio de Salud, 2011

Existem muitos outros opióides que, eventualmente, valeria a pena apresentar. Porém, a seleção acima descrita foi feita de acordo com a disponibilidade e facilidade de acesso nesta instituição. Seja como for, as tabelas de equivalência analgésica e conversão

apresentadas mais adiante, abrangem outros opióides não explorados neste capítulo, na medida em que pode revelar-se importante, cálculos e rotações que os impliquem.

4.3 – Determinação da dose ideal diária

O processo de determinação da dose ideal diária de um qualquer opióide deve ser sempre feita de forma progressiva, até atingir o efeito analgésico maior, com o esquema posológico mais simples para o doente. Isto é, a necessidade de utilizar um opióide forte para gestão de uma dor intensa não significa que se inicie tratamento com uma alta dose desse opióide. A intenção é começar sempre por pequenas doses, que possam ser aumentadas ao longo do tempo, de acordo com as necessidades do doente. Esta progressão gradual permite ganhar tolerância aos efeitos adversos da medicação e estudar eficientemente a dose ideal, para a individualidade daquela dor e daquela pessoa.

A reavaliação da dose diária deve ser feita a cada 24h, e se se manteve descontrolo algico aumentar 30-50% da dose total até gestão satisfatória. Porém, é importante fazer uma caracterização cuidada dessa dor, diariamente, percebendo se as queixas são efetivamente resultado de uma dor basal descontrolada ou se existem fatores que influenciam o comportamento pontual da dor.

Em circunstâncias de fim de vida, a necessidade de ajuste da dose pode revelar-se sempre crescente, dado o quadro esperado de progressão da doença e debilidade associada, habitualmente com agravamento rápido e contínuo da sintomatologia.

Se a gestão da dor permanecer desajustada às necessidades do doente, mesmo após sucessivos aumentos da dose, ou se surgirem efeitos adversos intoleráveis de difícil controlo, sugere-se a substituição por outro opióide, conforme se descreve no ponto abaixo.

4.4 – Rotação de opióides

Apesar da riqueza farmacológica que se tem vindo a apresentar, o processo de escolha da melhor analgesia raramente é um processo simples, fácil e rápido. Muitas vezes é necessário recorrer à rotação de opióides de forma a melhorar os resultados.

Este procedimento não é mais do que a promoção da mudança de fármaco ou de via de administração de forma a atingir um nível de maior controlo algico ou dos efeitos adversos.

Tabela 14 – Indicações para rotação de opióides

- Conveniência ou preferência de um doente com dor controlada.
- Dor controlada mas presença de efeitos adversos intoleráveis.
- Dor não controlada, com presença de efeitos intoleráveis.
- Presença de dor refratária (dor não controlada que esgotou os recursos anteriores).

Adaptado de Pedro e Silva, 2015

Para que esta rotação seja bem sucedida é importante que a dose seja equi-analgésica (ou equipotente), isto é, que a dose do novo fármaco ofereça, aproximadamente, o mesmo nível de alívio de dor. Atender a esta relação quando se convertem doses, permite que a rotação seja feita de forma segura (evitando sobredosagem) e eficaz (evitando agravamento do quadro algico ou abstinência). Habitualmente esta relação é feita tendo por base a morfina oral.

Tabela 15 – Quadro de relação equi-analgésica

RELAÇÃO EQUIANALGÉSICA		
MORFINA ORAL	MORFINA E.V	3:1
	MORFINA S.C	2:1
	CODEÍNA ORAL	1:10
	TRAMADOL ORAL	1:5
	TRAMADOL EV/SC	1:3,3
	TAPENTADOL ORAL	1:2,5
	HIDROMORFONA ORAL	5:1
	FENTANILO TD	100:1
	BUPRENORFINA TD	75:1

Adaptado de Pedro e Silva, 2015

Alguns laboratórios de indústria farmacêutica têm apresentado algumas tabelas de conversão direta de opióides, pelo que existem variações significativas nas suas apresentações. Ter presente esta realidade é essencial para compreender as limitações destas tabelas e o seu papel, unicamente de apoio, na decisão clínica da rotação de opióides.

Tabela 16 – Tabela de apoio de doses equi-analgésicas

TABELA DE DOSES EQUIANALGÉSICAS																					
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	200	
ORAL (mg)	MORFINA																				
	TRAMADOL	50	100	150	200	250	300	350	400												
	CODEÍNA	90	210	330																	
INIEC. (mg)	MORFINA (e.v.)			10			20			30			40			50			60		
	MORFINA (s.c.)		10		20		30		40		50		60		70		80			100	
	TRAMADOL (i.v./s.c.)			100			200			300			400								
TD (µg/kg/h)	FENTANILO				12,5			25					50								
	BUPRENORFINA							35			52,5					70					

Adaptada de Change Pain, 2015

Todos os doentes devem ser avaliados individualmente e de forma cuidadosa, considerando as suas características, comorbilidades e circunstâncias da doença. Além disso é essencial a competência e o treino neste tipo de procedimentos, considerando os princípios gerais da rotação de opióides.

Tabela 17 - Princípios gerais da rotação de opióides

A – Calcular dose diária total de opióide (incluindo dose de resgate).
B1 – Converter para a dose equivalente de morfina oral e determinar a dose do novo opióide através da tabela de relação equi-analgésica. (estratégia preferencial). OU B2 – Determinar a dose do novo opióide, tomando por apoio a tabela de equi-analgésia.
C – Reduzir 25% da dose calculada prevendo tolerância cruzada incompleta (a tolerância que se desenvolveu para o opióide em utilização não tem de existir em grau igual para o novo opióide) minimizando-se, assim, o risco de sobredosagem analgésica e/ou um surto de efeitos adversos.
D – Reduzir até 50% da dose calculada se a dose do opióide prévio era muito alta ou o doente está em estado de debilidade grave.
F – Reavaliar e titular a dose até atingir satisfação analgésica.

Adaptado de Pedro e Silva, 2015

Durante este percurso de acerto na titulação, sugere-se a prescrição complementar de analgesia de resgate (medicação de SOS).

É importante, sobretudo durante esta fase de acertos de dose, o doente ter ao seu dispor um fármaco suplementar que possa utilizar, consoante a sua necessidade, em situações de dor não controlada.

Tabela 18 – Vantagens da analgesia de resgate

- Alívio da dor irruptiva.
- Evita surgimento de sintomas de privação (fruto das reduções recomendadas aquando da rotação de opióides).
- Permite perceber se a dor basal está corretamente controlada (muitos resgates/dia evidencia analgesia de base desajustada).
- Permite ajustar as doses da analgesia de base, de acordo com as reais necessidades do doente.

Adaptado de EONS, 2013

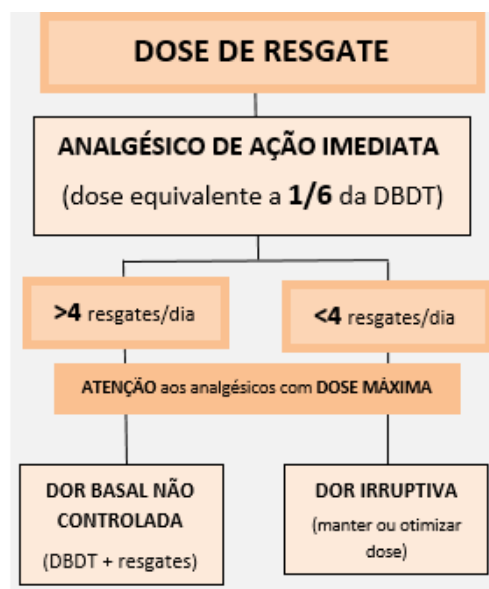
Na seleção do fármaco de resgate, aconselham-se, sobretudo, os opióides fortes, com farmacodinâmica de ação rápida/imediata. Habitualmente sugere-se a utilização do mesmo opióide selecionada para a dor basal (mas de rápida ação). No entanto, não é obrigatório que assim seja, até porque nem sempre existe disponível e acessível o mesmo fármaco com tipos de libertação diferentes.

Figura 2 – Avaliação da terapêutica de resgate

Sugere-se que a dose de resgate definida seja **1/6 da dose total diária basal** equivalente, habitualmente definida até de 4-4h (ajustável de acordo com o fármaco e o doente).

A administração de muitos resgates por dia, sugere uma insuficiência funcional da terapêutica de base escolhida para o alívio da dor, conferindo espaço para novo aumento da dose. **Esta alteração da dose deve ser feita somando a dose**

total diária do opióide de base com a dose de resgates feitos em 24h. A nova dosagem calculada deve assumir-se como a dose de base analgésica ideal. Este cálculo deve ser feito o número de vezes necessário, reavaliado diariamente, até que haja um controlo satisfatório ou surgimento de efeitos adversos insuportáveis (motivo que pode



justificar a necessidade de nova rotação). Há medida que as doses fixas aumentam, também a dose de resgate deve aumentar na mesma proporção de 1/6 (prevendo-se que a sua necessidade de utilização diminua e passe a ser apenas recurso em situações esporádicas de dor irruptiva).

A rotação de opióides é, portanto, uma ótima estratégia no processo de seleção do fármaco e dose ideal. Porém, tem também um papel importante quando há limitações ao nível das vias de administração medicamentosa.

4.5 – Vias de administração analgésica em fim de vida

A via oral é, como já se referiu, a via preferencial, não só pela autonomia que permite ao doente na gestão das suas queixas, mas porque reduz a incidência de efeitos manutenção desta via de administração, de forma segura e eficiente. Noutros exemplos, a exigência de conforto e comodidade crescente destes doentes, justifica a pertinência da simplificação dos tratamentos, até por motivos de adesão e cumprimento terapêutico. Desta forma, as tabelas e os cálculos acima descritos são válidos também nestas circunstâncias. Mais uma vez, o conhecimento e o treino com cada uma das vias de administração é essencial para o sucesso da intervenção programada, pelo que se discriminam, a seguir, cada uma delas.

Tabela 19 – Vias de administração analgésica

VIA ORAL
<ul style="list-style-type: none">• Via mais simples e segura.• Facilmente aceite pelo doente.• Utilizada com sucesso nas diferentes intensidades de dor.• Permitem a auto-administração.• Via indolor.• Atenção às apresentações em solução (gotas ou doseadores) – formas diferentes/dosagens diferentes.• Fórmulas de libertação prolongada não podem ser esmagados, sob o risco de alterar a sua farmacocinética.

- Fórmulas de libertação retardada (ex:MST) quando esmagadas passam a libertação rápida (diminuindo o tempo de efeito analgésico).

VIA SUBLINGUAL

- Absorvido diretamente da mucosa oral para a circulação sistémica.
- Rápido início de ação.
- Não há destruição do fármaco por enzimas digestivas ou pelo baixo PH do estômago.
- Fácil acesso e aplicação.
- Deteriorado facilmente pela humidade.
- Ingerir ou bochechar com água antes da toma, se mucosa oral seca.
- Não morder, mastigar ou engolir o fármaco (diminuição no efeito).
- Não ingerir alimentos ou líquidos até que o medicamento tenha sido completamente dissolvido.
- Útil em situações de urgência.
- Poucos fármacos analgésicos podem ser administrados por esta via.
- Aplicação impossível em doentes inconscientes.

VIA RETAL

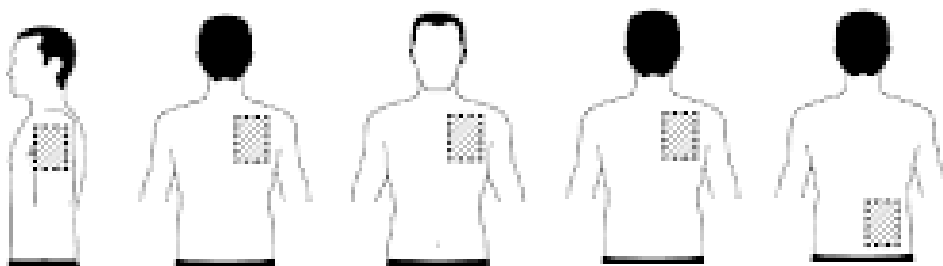
- Absorção rápida dada a espessura fina e irrigada da parede do reto.
- Não há destruição do fármaco por enzimas digestivas ou pelo baixo PH do estômago.
- Útil em situações de crise emética.
- Útil na impossibilidade de utilizar via oral ou parentérica
- Útil em doentes não cooperantes ou inconscientes.
- Causam incómodo e apresentam risco de expulsão.
- Poucos fármacos analgésicos podem ser administrados por esta via (irritação da mucosa do reto).

VIA TRANSDÉRMICA

- Aplicação do fármaco sobre a pele (habitualmente por um sistema adesivo).
- Ideal para administração contínua de fármacos.
- Concentrações plasmáticas são constantes (baixo risco de perda de eficácia terapêutica).
- Absorção condicionada pelo estado da pele e fatores externos, nomeadamente o calor.

- Absorção lenta e picos séricos tardios.
- Ideal em tratamentos de manutenção.
- Menores riscos adversos.
- Menor risco de sobredosagem.
- Boa aceitação e adesão por parte do doente/cuidador.
- Útil em doentes com transtornos gastro-intestinais.
- Aplicação em zonas sem pêlos (se necessário cortá-los com tesoura, nunca tricotomizar a zona).
- Não repetir a aplicação na mesma área da pele, em tomas consecutivas (rodar em tantas áreas quanto possível – à exceção dos doentes acamados, onde devem ser evitadas zonas de fricção ou contacto).
- O adesivo deverá ficar totalmente aderente à pele, incluindo as extremidades.

Figura 3 – Locais de aplicação do TD



- Observar a pele após retirar os pensos, verificando alterações cutâneas.
- Na eventualidade de ser necessário cortar o penso, deve ser feito, preferencialmente na diagonal.

VIA SUBCUTÂNEA

- Técnica invasiva menos agressiva.
- Cómodo e eficaz – facilmente tolerado.
- Rápido início de ação (similar ao da via oral).
- Absorção constante e lenta (estimulada pela massagem ou o calor).
- Contra-indicado em situações de alterações cutâneas ou em doente em anasarca.

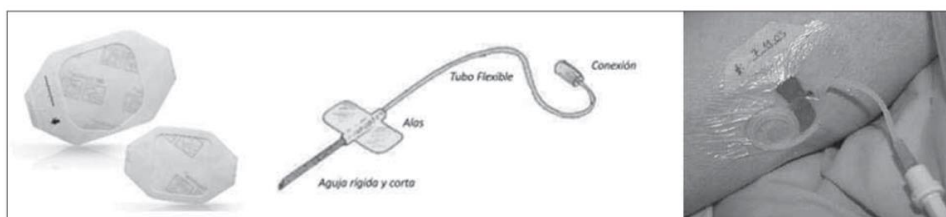
Figura 4 – Locais de administração SC



- Administração por bólus não deve ultrapassar os 3 ml (medicação sem necessidade de diluição). Recomenda-se a administração de bólus com soro fisiológico após medicação em dose idêntica para garantir dose programada.

Zonas de administração subcutânea preferenciais

Figura 5 – Material para administração de terapêutica SC



- Risco de quistos de retenção, com consequência na absorção do fármaco, se administração de bolús em quantidades superiores.
- Permite administração em perfusão contínua (evitar ritmos de perfusão superiores a 120ml/h).
- Via preferencial em estados de agonia.

VIA ENDOVENOSA

- Efeito farmacológico imediato.
- Exige acompanhamento rigoroso do profissional.
- Técnica invasiva e dolorosa.
- Facilidade no aparecimento de efeitos adversos e complicações.
- Velocidade de infusão exige acompanhamento rigoroso.
- Permite administração de grandes volumes.
- Pouco utilizado em circunstâncias de fim de vida, dado ser uma via agressiva e promotora de desconforto desnecessário e inaceitável.

VIA INTRAMUSCULAR

- Efeito rápido e seguro.
- Fácil utilização mas doloroso.
- Não suporta grandes volumes.
- Pouca utilidade na gestão da dor crónica, dado o tempo de tratamento habitualmente necessário.
- Pouco utilizado em circunstâncias de fim de vida, dado ser uma via agressiva e promotora de desconforto desnecessário e inaceitável.

4.6 – Fármacos adjuvantes

Nem sempre os opióides por si só, mesmo quando seguidos todos os princípios de utilização e rotação, são suficientes ou adequados para gestão da dor do doente. Analgesia combinada de fármacos que atuem a diferentes níveis podem não só poupar a utilização dos opióides, como potenciar os seus efeitos ou tratar outros sintomas associados à dor. A estes fármacos complementares que, de alguma forma, contribuem para a gestão da dor chamam-se adjuvantes. Raramente são utilizados de forma isolada, mas têm-se revelado úteis na dor de difícil controlo, quando a escada analgésica não permite um resultado satisfatório.

Tabela 20 – Princípios gerais da prescrição de fármacos adjuvantes

<p>Ter em conta que estes fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem como principal efeito a analgesia. • Têm uma ação vasta (com utilidade quer na dor nociceptiva, quer na neuropática) • Têm um início mais lento e efeitos tendencialmente mais nocivos. • Têm uma titulação difícil, muito dependente da farmacocinética e das características do doente.
--

Adaptado de Ministerio de Salud, 2011

Tabela 21 – Caracterização dos principais fármacos adjuvantes

	EFEITO	EFEITOS SECUNDÁRIOS	PRECAUÇÕES ESPECIAIS	EXEMPLO
ANSIOLÍTICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo de espasmos musculares. - Diminuição da ansiedade. - Alívio da dor fantasma. - Controlo da dimensão emocional da dor. - Controlo da dor neuropática lancinante. - Controlo da insónia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonolência. - Depressão do SNC. - Incontinência ou retenção urinária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar hidratação e diurese. - Titulação cuidadosa em doentes com debilidade grave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 5-10mg até 8/8h - Lorazepam 1-2mg até 8/8h - Alprazolam 0,25 -1mg até 8/8h - Clonazepam 0,5-2mg até 12/12h - Midazolam 7,5-30mg (consoante efeito hipnótico ou sedativo)


ANTIESPASMÓDICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxante muscular. - Controlo da dor neuropática lancinante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonolência. - Tonturas. - Insónias - Convulsões. - Alterações gastro-intestinais 	<ul style="list-style-type: none"> - Titulação cuidada em doente com insuficiência hepática e renal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baclofeno 5-25mg até 6/6h. (aumento progressivo)
NEUROLÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Efeito calmante, sedativo e antiemético. - Controlo da dimensão psicológica da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotensão. - Retenção urinária. - Efeito extrapiramidais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização de tensão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clorpromazina 10-15mg até 6/6h - Haloperidol 1-5mg até 12/12h
ANTIDEPRESSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor por lesão nervosa (em doses baixas). - Interação farmacocinética que aumenta a concentração do opióide, quando administrado em associação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonolência. - Sedação. - Confusão. - Obstipação. - Retenção urinária. - Secura da boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância mais apertada a pessoas com alterações cardíacas (palpitações irregulares). 	<ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina 25-100mg/dia (aumento progressivo) - Fluoxetina 20-40mg/dia - Venlafaxina 37,5-225mg/dia - Duloxetina 30-60mg/dia
ANTICONVULSIVANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor neuropática, do tipo lancinante. - Ajuda no alívio da sensação de formigueiro e ardor proveniente das lesões nervosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonolência. - Sedação. - Depressão do SNC. - Toxicidade hepática. - Tonturas. - Depressão da medula óssea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma de 15/15 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina 100-600mg/dia (aumento progressivo) - Fenitoina 100-300mg/dia (aumento progressivo) - Clonazepam 1-8mg/dia (aumento progressivo) - Gabapentina 300-2400mg/dia (aumento progressivo) - Pregabalina 75-600mg/dia (aumento progressivo)
CORTICOSTERÓIDES	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor causada por ação inflamatória - Diminui o edema e a compressão nervosa. - Controlo da dor nociceptiva óssea metastática e/ou dor visceral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperglicemia. - Hipertensão arterial. - Retenção de líquidos. - Confusão. - Psicoses. - Mioclonias. - Perturbações do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastro-proteção. - Monitorização da glicémia e tensão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prednisolona 15-75 mg/dia. - Dexametasona 16-24 mg/dia.

Adaptado de Ministerio de Salud, 2011

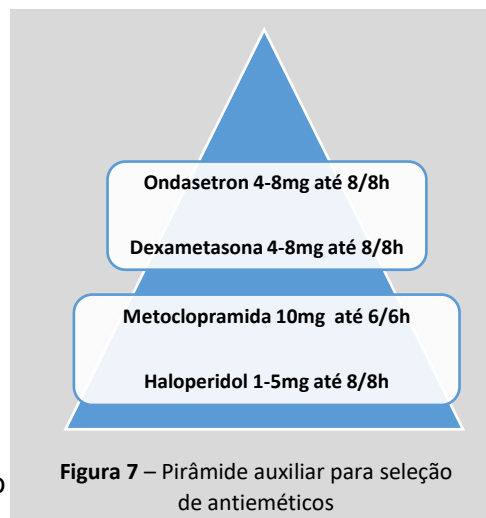
Os fármacos adjuvantes não são apenas os que potenciam o alívio da dor ou que controlam efeitos relacionados com a dor, mas também todos os que permitem fazer uma gestão adequada dos efeitos adversos dos opióides.

Os efeitos mais comuns são as náuseas, vômitos, obstipação, confusão e sedação. Porém, ao contrário do que se observa com o efeito analgésico, habitualmente desenvolve-se tolerância a estes efeitos quando há continuidade no tratamento.

Tabela 22 – Efeitos adversos dos opióides

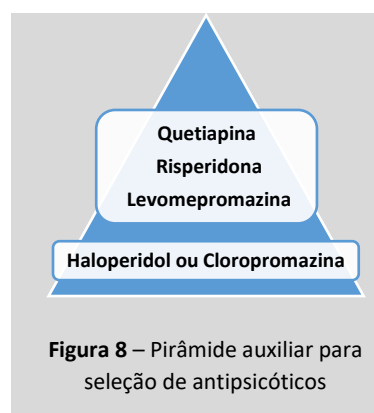
OBSTIPAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none">• Mais frequente efeito adverso e o mais difícil de desenvolver tolerância.• Opióides comprometem peristaltismo, diminuem o fluxo sanguíneo e as secreções luminiais, contribuindo para o aparecimento de fezes duras e secas de difícil eliminação.• A base do controlo deve passar pelo incentivo ou promoção de uma ingestão hídrica adequada e uma alimentação rica em fibras.• Sugere-se incentivo e treino de rotina de evacuação.• Recomenda-se, sempre, a utilização de laxantes profiláticos.• Em quadros de obstipação persistente, recomenda-se combinação de laxantes com diferentes modos de ação.• O Fentanilo e a Buprenorfina TD parecem ser os opióides com menos efeito obstipante.• Na obstipação severa, sugere-se despiste de oclusão intestinal.	 <p>A pirâmide auxiliar para seleção de laxante, com quatro níveis de cima para baixo:</p> <ul style="list-style-type: none">Nível 1 (topo): Brometo de metilnatrexonaNível 2: Bisacodilo, Clistéres, Evacuação digitalNível 3: Parafina, SenósidoNível 4 (base): Picosulfato de sódio, Lactulose
NÁUSEAS E VÓMITOS	
<ul style="list-style-type: none">• São dos efeitos referidos pelos doentes como mais angustiantes e perturbadores.• A morfina oral está, habitualmente, associada, a maior incidência de náuseas e vômitos, do que os restantes opióides.• Efeito adverso tende a diminuir à medida da continuidade do tratamento.• Sugere-se investigação cuidadosa da etiologia das náuseas (associada aos opióides ou não).	

- Seleção da estratégia farmacológica depende sobretudo da causa do sintoma (não existe um antiemético preferencial – a seleção depende mais da etiologia envolvida).
 - Aconselha-se a administração do antiemético cerca de 20 minutos antes da toma do opióide.
 - A metoclopramida atua diretamente sobre o trato gastro-intestinal (ideal em situações de estase gástrica).
 - O Ondasetron tem demonstrado grande utilidade nas náuseas e vómitos associada à toma de opióides. (o preço do fármaco é um obstáculo à sua seleção).
- 4 Os corticosteroides eventualmente pelo seu efeito anti-edemagénico, diminuem a tensão abdominal e central revelando-se úteis no controlo do sintoma. (uso limitado para este fim dado os seus efeitos adversos).
 - 5 Em situações específicas pode haver necessidade de combinação de antieméticos ou processo de rotação dos mesmos.
 - 6 Relativamente a estratégias não farmacológicas, sugere-se ponderação da ingestão alimentar (evitar doces, salgados, gorduras...), técnicas de distração e relaxamento e promoção de ar fresco.



CONFUSÃO

- Mais frequente em doentes já com disfunções cognitivas, potenciadas pelo início ou aumento dos opióides.
- Sugere-se despiste cuidadoso da etiologia associada, uma vez que pode igualmente estar relacionado com quadros de desidratação, infeção, alterações metabólicas ou com a própria progressão da doença.
- Antes da instituição de medicação para controlo desde sintoma, sugere-se identificação e suspensão de fármacos desnecessários que podem contribuir ou acionar as queixas.



- O Haloperidol (preferencial) e Clorpromazina são fármacos de eleição, sobretudo em situações de delirium.
- Em situações de agitação grave os antipsicóticos combinados com benzodiazepinas podem ser uma opção. (porém, atenção às dosagens das benzodiazepinas dado os seus efeitos adversos).

SONOLÊNCIA E SEDAÇÃO

- Frequentemente ocorre no início do tratamento com opióides ou aquando aumentos de doses.
- Sugere-se identificação e suspensão de fármacos desnecessários que podem contribuir ou acionar as queixas, bem como, reavaliação de dosagens terapêuticas.
- Despistar sonolência relacionada à toma dos opióides com estado de descanso relacionado com efetividade do controlo da dor, após longo período de exaustão.
- Em situações específicas pode haver necessidade de introduzir estimulantes como a cafeína ou o metilfenidato.
- Sugere-se incentivo/promoção de aporte hídrico adequado (que evite a acumulação de metabolitos séricos – principal responsável por esta sintomatologia).

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA

- Não é um efeito frequentemente associado à toma de opióides como analgésico (a dor é antagonista fisiológico da depressão respiratória).
- Aconselha-se titulação cuidada e progressiva quando se associam opióides com depressores do SNC (benzodiazepinas, antidepressivos...)

Habitualmente a redução (ou suspensão temporária) do opióide é suficiente para reverter sintomatologia.

Tabela 23 – Atuação em situações de sobredosagem grave de opióides

- Sugere-se diluir uma ampola de Naloxona de 0,4mg em 10ml de soro fisiológico.
- Administrar 1ml da solução, e se necessário, repetir em intervalos de 2-3 minutos até reversão dos efeitos adversos. A administração pode ser feita por via endovenosa ou intramuscular.

- Obrigatória monitorização de sinais vitais de forma rígida durante o procedimento e nas horas seguintes, para despiste de complicações ou surgimento de outros efeitos indesejáveis, nomeadamente alteração do ritmo cardíaco e síndrome de abstinência (devido à reversão rápida dos efeitos dos opióides).

PRURIDO

- Efeito adverso pouco comum, mas perturbador.
- Não confundir este efeito adverso associado à toma de opióides com reações alérgicas.
- Habitualmente a redução do opióide é suficiente para reverter sintomatologia.
- Anti-histamínicos são os fármacos de primeira linha no controlo do prurido associado à toma de opióides (hidroxizina ou cetirizina).
- No contexto específico do doente com cancro, a paroxetina tem sido estudada como alternativa no controlo do prurido associado à toma de opióides.
- Adoção de estratégias não farmacológicas como compressas frescas, duches, incentivo/promoção de ingestão hídrica podem ser determinantes no alívio desta sintomatologia.

Adaptado de Ministerio de Salud, 2011 e Pina, 2012b

Importa acrescentar, ainda, relativamente ao controlo de sintomas adversos relacionados com a toma de opióides que, quando nenhuma destas estratégias for suficientemente satisfatória para o conforto do doente, a rotação de opióides deve ser ponderada. A seleção da analgesia ideal deve ter conta, não apenas a gestão eficaz da dor, mas a minimização dos efeitos adversos, como se tem vindo a expor.

Por último, e quando se esgotam todas as opções convencionais de gestão da dor, a WHO propõe a avaliação da pertinência de técnicas invasivas de controlo da dor. Porém, esta será uma temática não abordada neste guia, uma vez que, para além de não existir experiência na execução das técnicas neste serviço de internamento, a sua utilização está desaconselhada em circunstâncias onde a expectativa de vida é curta (habitualmente inferior a 6 meses). (Ramos e Sá, 2015).

Porém, a opção nesta fase do percurso jamais deverá passar pelo abandono ou obstinação terapêutica, mas sim, pela procura de profissionais especializados na área específica dos cuidados paliativos, com treino avançado na gestão da dor nestas circunstâncias. A equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos da instituição deve ser um recurso de apoio e consultadoria em situações de gestão difícil, uma vez que a sua

abordagem é, habitualmente, mais especializada, sensível e focalizada no sofrimento global do doente.

4.7 – Intervenção não farmacológica

Dada a complexidade e individualidade do processo de controlo da dor, o envolvimento de várias estratégias em simultâneo pode potenciar o efeito desejado.

Assim, recomenda-se a adoção de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica. As técnicas não farmacológicas não substituem a analgesia farmacológica, porém, são adjuvantes úteis na obtenção ou recuperação do bem-estar da pessoa, sobretudo quando se assume a natureza multidimensional da dor.

Pilatto (2011:5) definiu estratégias não farmacológicas como “ferramentas que utilizam técnicas não invasivas de tratamento para alívio da dor e compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, de baixo custo, fácil aplicação, mínimos efeitos indesejáveis e podendo ser ensinada aos doentes e seus cuidadores (...)”

Tabela 24 – Estratégias não farmacológicas na gestão da dor

ESTRATÉGIAS		DEFINIÇÃO	OBJETIVO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	Psico-educação	- Educação sobre a dor (dificuldades, adaptações, crenças, expectativas, tratamento), estimulando o pensamento sobre significados associados e consciencialização para o problema.	- Oferecer estratégias para resolução de problemas. - Ter a participação ativa do doente/família. - Ter melhor aceitação, adaptação e co-responsabilização por parte do doente/família.

	Relaxamento	- Estratégia que permite atingir um estado de descontração física e/ou mental.	- Diminuir tensão muscular e ansiedade. - Aumentar sensação de bem-estar e tranquilidade.
	Distração	- Estratégia para desviar a atenção da dor.	- Diminuir a atenção prestada à dor.
FÍSICAS	Calor	- Aplicação de calor local.	- Promover o relaxamento muscular.
	Frio	- Aplicação de frio local	- Diminuir a inflamação.
	Exercício Físico	- Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, e combatem a rigidez e fragilidade associada à dor e imobilidade.	- Promover a recuperação muscular, a amplitude de movimentos, a resistência e conforto. - Minimizar a atrofia funcional. - Profilaxia de futuras dores.
	Massagem	- Processo de massajar e pressionar partes do corpo. (deve ser evitado ou condicionado em circunstâncias de lesão da pele ou ósseas (ex: metastização óssea) ou se contribuir para a exacerbação das queixas.	- Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	Controlo de estímulos que antecedem a dor	- Restrição, limitação ou ponderação nos movimentos/ comportamento que preveem dor.	- Minimizar desconforto e início ou exacerbação das queixas dolorosas.

	Posicionamento Terapêutico	- Incentivo ou promoção de posição de conforto do corpo.	- Promover o conforto, repouso e relaxamento.
SUPORTE EMOCIONAL	Apoio psicológico-emocional	- Disponibilização de presença efetiva, reforço positivo e incentivo à partilha das experiências e significados relacionados com a dor.	- Promover apoio e segurança. - Promover a partilha de sentimentos, emoções e experiências que facilitem o processo de adaptação.
	Inclusão da pessoa significativa no plano terapêutico	- Permitir que o doente tenha sempre que desejar e, nas condições que forem possíveis, a presença, opinião e acompanhamento da sua pessoa significativa.	- Promover apoio e segurança. - Diminuir ansiedade. - Promover a partilha de sentimentos, emoções e experiências que facilitem o processo de adaptação.
	Toque terapêutico (comum)	- Contato pele a pele, intencional, como forma de comunicação.	- Promover apoio, segurança e relaxamento. - Reduzir a ansiedade e desconforto.

Adaptado de OE, 2008; Cassileth e Gubili, 2010; Pillato, 2011

Alguns estudos também têm sido feitos a nível internacional sobre o papel das terapias complementares (acupuntura, hipnose, ioga, fitoterapia, musicoterapia, etc.) no tratamento adjuvante da dor. Porém, os resultados são variados e ainda pouco trabalhados. Fica o registo da sua pertinência na gestão da dor em doente em fim de vida, na eventualidade de, em algum momento, poderem vir a ser úteis e disponibilizadas, fazendo-se cumprir aquela que deve ser a principal estratégia não farmacológica – individualização dos cuidados. Recorda-se a filosofia dos cuidados paliativos, onde o importante é atingir o conforto e o bem-estar major da pessoa e, portanto, a seleção da melhor estratégia deve ter em conta as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

5. REGISTOS

Este processo de gestão da dor deve ser claro, consistente e dinâmico, inserido num pensamento de importância de continuidade de cuidados, só possível pela garantia da existência de um sistema de registo completo, sistemático e uniformizado. Registos claros e acessíveis a toda a equipa multidisciplinar permitem o intercâmbio de informação fundamental, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Tabela 25 - Recomendações para os registos relativos à dor do doente em fim de vida

- Incluir nos registos de apreciação inicial/admissão do doente a história de dor completa e sistemática.
- Levantar o diagnóstico de “dor presente”, em todos os doentes em circunstâncias de fim de vida, que deve permanecer ativo até ao fim do internamento.
- Levantar intervenção de enfermagem “Vigiar dor”, registando todas as características da dor manifestadas no momento da avaliação, de acordo com a mnemónica “SELFIES”.
- Levantar intervenção de enfermagem “Monitorizar dor”, selecionando o instrumento da avaliação mais adequado, validado para o internamento, avaliando o valor de intensidade manifestada 1xturno, e sempre que se a situação do doente justifique.
- Registrar a intensidade da dor avaliada no suporte de registo informático próprio do serviço, com a data e hora de todos os momentos de avaliação realizados.
- Levantar intervenções de enfermagem não farmacológicas adequadas às queixas do doente.
- Sinalizar execução das intervenções cumpridas (farmacológicas e/ou não farmacológicas), com data e hora efetiva, de acordo com a pré-avaliação, registo da intensidade e caracterização da dor manifestada.
- Descrever em notas gerais intervenções suplementares, não padronizadas informaticamente.

“(...) ficando os registos acessíveis a qualquer elemento da equipa multidisciplinar, permitem o intercâmbio de informação, revelando-se fundamentais pra o trabalho em equipa e para a continuidade de cuidados ao doente.” (Ritto e Rocha, 2012:121).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este guia orientador pretende ser um ponto de partida na dinamização e promoção de cuidados humanizados e ajustados às reais necessidades dos doentes internados, em contexto de fim de vida.

Apesar de ter sido construído a partir de uma necessidade identificada em contexto do projeto de estágio da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, não pretende ser um guia terminado com a finalização deste estágio ou deste percurso académico. Pretende, antes, ser um guia dinâmico, em constante atualização, capaz de dar seguimento à sua finalidade primordial de oferecer os meios adequados para que haja o direito de se viver com dignidade.

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus não somos o que éramos.

Martin Luther King

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. (2014). *A Dor no doente terminal: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível no RCAAP.
- Barbosa, A.; Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa.
- Cassileth, B.; Gubili, J. (2010). *Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor*. In: A. Kopf & N. Patel - Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. (pp.57- 63). USA: IASP. Acedido a 03/11/2015. Disponível em: <http://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9>.
- Cardoso, A. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos*. Tese para obtenção de grau de Mestre em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.
- Change Pain (2015). *Guia de consulta rápida. Tratamento da dor*. Grunenthal S.A. Portugal.
- Costa, M.; Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. III série – nº. 7 – Julho. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a07.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Diniz, L. (2012). *Dor Crónica*. In: Manual da Dor Crónica. P.87-100. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO.
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5ª Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa nº. 09/DGCG de 14/06/03.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da dor*. Circular normativa nº. 11/DSCS/DPCD de 18/06/08.

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Circular Normativa nº. 15/2010 de 04/12/10.

European Association for Palliative Care (2013). *Core competencies in palliative care*. *European Journal of Palliative Care*, 20(2). P.86-145. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22\(1\)Hughes_part2.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22(1)Hughes_part2.pdf)

European Oncology Nursing Society (2013). *Dor irruptiva oncológica, Guidelines 2013 – guia de bolso*. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf

Greater Manchester & Cheshire Cancer Network (2015). *Pain & Symptom control Guidelines*. 3rd Edition. July. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://www.sah.org.uk/media/496763/scn_pain_symptom_control_guidelines_june_2015.pdf

Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Coisas de ler. 2ª. Edição. ISBN: 978-989-8218-50-6.

Groninger, H.; Vijayan, J. (2014). Pharmacologic management of pain at the end of life. *American Family Physician*. July. 1-,90(1): 26-32. Acedido a 15/01/2016. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2014/0701/p26.html>

International Association for the Study of Pain (2011). *Declaração de Montreal*. Acedido a 23/03/2015. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/NavigationMenu/Advocacy/Brazil_Portuguese_Translation_Dec_of_Montreal.pdf

Ministerio de Salud (2011). *Alivio del dolor por cancer avanzado y cuidados paliativos*. Serie Guías clínicas MINSAL. Santiago. Consultado a 12/12/2015. Disponível em: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>

Núcleo de Cuidados Paliativos (2007). *Recomendações para o tratamento farmacológico da dor*. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 23:457-64.

- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Junho. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Paice, J.; Ferrel, B. (2011). *The Management of Cancer Pain*. Cancer Journal Clinic. Volume 61. Number 3. May/June. P. 61-157. Acedido a 12/12/2015. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20112/epdf>
- Pedro, A.; Silva, M. (2015). *Manual de Rotação de Opióides*. 1ª. Edição. Laboratórios Vitória. Abril. Portugal.
- Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte*. Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Pilatto, M. (2011). *Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica*. Trabalho referente à componente curricular: Vivências Teórico-Práticas em Oncologia da Pós-graduação Lato Sensu em Oncologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Acedido a: 11/12/2015. Disponível em: http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/mar_isatrabalho.pdf?sequence=1
- Pina, P. (2012a). *Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides. Analgésicos opióides (doses fracas)*. In: Manual da Dor Crónica. P125-163. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO
- Pina, P. (2012b). *Os analgésicos opióides (doses fortes). Os efeitos adversos dos opióides*.in: Manual da Dor Crónica. P165-214. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO.
- Ramos, A.; Sá, E. (2015). 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. *Journal of Aging & Inovation*, 4 (1): 18-35. ISSN: 2182-6951.
- Rangel, O.; Telles, C. (2012). Tratamento da dor oncológica em cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 11. Abril/Junho. P.32-37. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324.
- Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzano, E.; Berti, M.; Rolia, F. (2012) – Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23

(supplement 7): 39-54. Acedido a 15/11/2015. Disponível em: https://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii139.full.pdf+html

Ritto, C.; Rocha, F. (2012). *Avaliação da Dor*. In: Manual da Dor Crónica. P.101-124. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO

Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP.

Santos, M. (2011). *Dor no doente Oncológico em Fase Terminal. Análise de uma Experiência de Cuidar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível no RCAAP.

Thomaz, A. (2010). Dor Oncológica: Conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco&*. Agosto/Setembro. P.24-29. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf

Witte. W. & Stein, C. (2010). *Histórico, definições e opiniões actuais*. In. A. Kopf & N. Patel - Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. p.1- 5. USA: IASP. Acedido a 12/12/2015. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

World Health Organization (2004). *Palliative care for older people - The Solid Facts*. ISBN 92 890 1091 6.

World Health Organization (2011). *Palliative care for older people – Better practices*. ISBN 978 92 890 0224 0.

Apêndice XIX – Instrumento de avaliação do Guia Orientador

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

NA GESTÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Com o objetivo de avaliar o Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem na Gestão da dor do doente em Fim de vida, realizado no contexto do projeto de estágio de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Oncológica, agradece o preenchimento do seguinte quadro de avaliação de forma crítica, mas construtiva.

Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom	M.Bom	Excelente
Pertinência					
Utilidade					
Conteúdos					
Organização					
Adequação dos termos					
Críticas e propostas de alteração/complementaridade:					

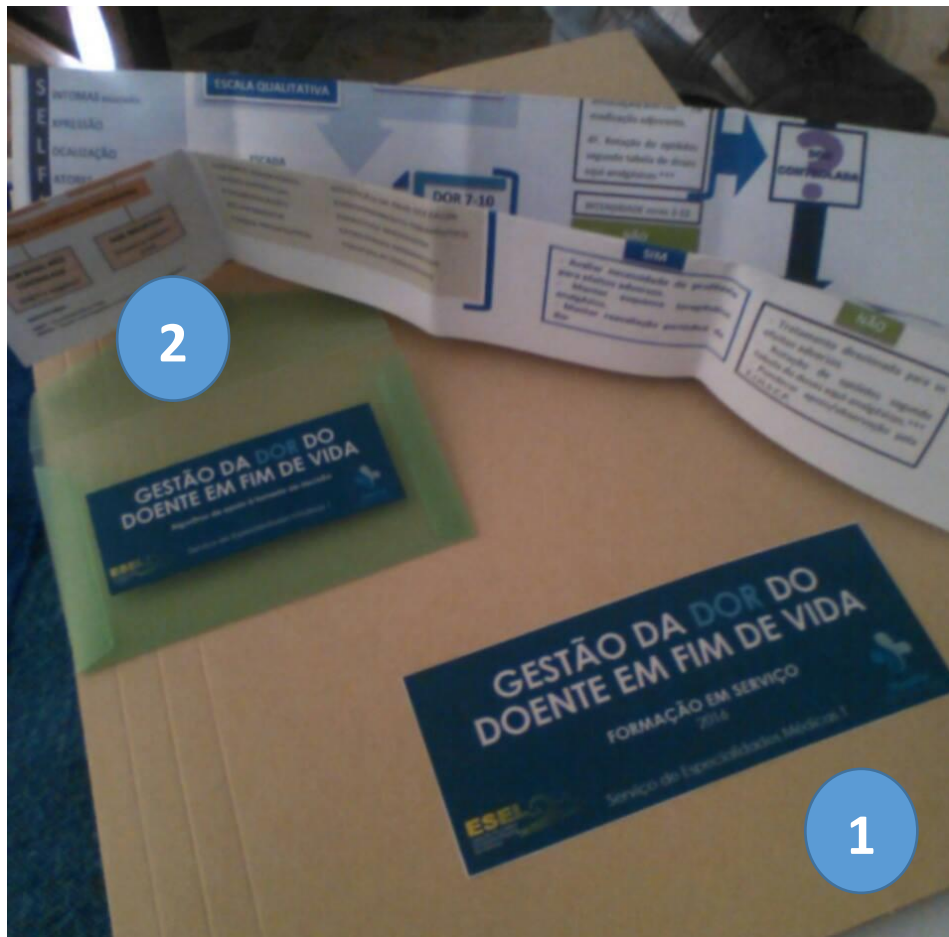
Obrigada pela colaboração,

Joana Gaspar Simão

Apêndice XX – Material e documentos de apoio à formação

MATERIAL E DOCUMENTOS DE APOIO À FORMAÇÃO

Fotografia ilustrativa:



LEGENDA:

1 - **Capa da sessão formativa**, que reunia folhas brancas para apontamentos/rascunhos, caneta, enunciado de exercício prático, Escala PAINAD de apoio ao exercício de treino desse instrumento, folha de avaliação da sessão formativa e algoritmo (em formato de guia de bolso).

2 - **Guia de bolso do algoritmo de gestão da dor do doente em fim de vida**, desdobrável e com a respetiva bolsa de acondicionamento (de forma a poder ser facilmente guardado e transportado no bolso da farda/bata, para acesso e utilização rápida a qualquer altura de necessidade).

GESTÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Instrumento de apoio ao exercício prático de treino de aplicação da escala PAINAD

ESCALA PAINAD

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-stok</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressivo.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem Corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

TOTAL: _____

NOTA: O score varia de 0 a 10 pontos. Sendo que 1 a 3 é considerada dor leve, 4 a 6 dor moderada e 7 a 10 dor severa.

INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO: Antes da aplicação da Escala recomenda-se a atenta observação do significado dos termos inerentes aos itens de cada categoria. À medida que se prossegue na avaliação das várias categorias devem selecionar-se os itens mais representativos da dor da pessoa, somando, no final, os números que lhes estão atribuídos. A soma dos valores encontrados é a pontuação atribuída à dor do doente que regista.

GESTÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

EXERCÍCIO PRÁTICO DE ALÍVIO DA DOR

1. Mobilizando todas as aprendizagens feitas ao nível do alívio da dor (intervenção farmacológica, não-farmacológica, etc), apresente solução(ões) para o caso hipotético descrito. (utilize todos os instrumentos que considerar importante para a melhor gestão da dor deste doente fictício).

Doente com neoplasia do pâncreas com extensa metastização hepática e óssea, sem indicação para tratamento curativo, em franco declínio funcional.

Consciente e orientado, mas dependente em todas as atividades de vida, dada a progressão da doença, quadro de astenia e anasarca.

Apresenta dor a nível abdominal constante, mais marcada no flanco esquerdo e com irradiação para a região lombar. A dor mais incomodativa é a do flanco, que caracteriza como uma moinha constante, por vezes com guinadas que associa a determinados movimentos.

Mantem esta dor desde que terminou último ciclo de QT, há cerca de 3 meses. A avaliação pela escala numérica é 4/5 (em média diária) com picos de 7/8, 4 a 5 vezes por dia. Refere nunca ter dor num valor inferior a 4. Por vezes acorda de noite com dor.

Tem alterado medicação analgésica com pouca frequência, cumprindo desde há 3 dias (altura em que ficou internado no serviço de medicina) tramadol 100mg EV 3xdia. Tem ainda prescrito paracetamol 1g ev em SOS, mas que evita tomar.

Aparentemente com boa tolerância à terapêutica, sem efeitos adversos intoleráveis, apesar de manter dor, em valores idênticos aos anteriormente descritos.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

DATA: ____/____/____

SESSÃO DE FORMAÇÃO

GESTÃO DA DOR DO DOENTE EM FIM DE VIDA

APRECIACÃO GLOBAL

Assinale com um **X** a hipótese que melhor responder à sua opinião global sobre a sessão

Fraca	
Satisfatória	
Boa	
Muito Boa	
Excelente	

Assinale com um **X** o valor da escala que considera mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo e 5 o mais alto)

AVALIAÇÃO GERAL DA SESSÃO

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A metodologia foi adequada aos participantes					
Os trabalhos práticos propostos apresentaram coerência					
A gestão dos recursos foi adequada					
O espaço em que decorreu a ação foi adequado					
O equipamento informático foi adequado					
Relação do(s) formador(es) com o grupo de formandos					
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
As competências adquiridas vão ter impacto na minha actividade profissional					

AVALIAÇÃO DO FORMADOR – Joana Simão

Conhecimentos/conteúdos

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram adequados					
Houve aprofundamento dos temas					
A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada					
O formador demonstrou dominar os conteúdos tratados					

Exposição

	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
A adaptação do discurso aos destinatários / finalidades foi conseguida					
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas					

Apêndice XXI – Plano de sessão formativa à equipa de enfermagem: “Gestão da dor do doente em fim de vida”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA:

Gestão da dor do doente em fim de vida

DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros do serviço de especialidades médicas 1 do HVFX

OBJECTIVO GERAL:

- Sensibilizar e capacitar para a prática de enfermagem no âmbito da gestão da dor do doente em fim de vida, contribuindo para a uniformização dos cuidados e melhoria da sua qualidade.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender o fenómeno dor, do ponto de vista das suas características gerais e, no contexto específico do doente em fim de vida.
- Consolidar conhecimentos relativos a estratégias de intervenção de enfermagem ao nível da avaliação e alívio da dor.
- Identificar intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o alívio da dor.
- Refletir sobre a prática de cuidados, diária, no âmbito da temática.

FORMADORES:

Joana Simão – Enfermeira no serviço de Especialidades Médicas do HVFX e estudante do 6º. Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Oncológica, da ESEL.

DATA(S) DA SESSÃO: 27 e 28 de Janeiro de 2016

DURAÇÃO DA SESSÃO: 4 horas

MATERIAL NECESSÁRIO:

Projektor e computador (apresentação em formato powerpoint)

Material de apoio (algoritmo de apoio à toma da decisão no âmbito da gestão da dor do doente em fim de vida, exercícios escritos e outros documentos, caneta e papel).

MÉTODOLOGIA PEDAGÓGICA:

Método expositivo, interrogativo e ativo.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO:

Inicial – formulação de perguntas orais.

Contínua – Observação, exercícios práticos, reflexão sobre a prática.

Final – Discussão de situações reais do serviço, formulação de perguntas orais.

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação sucinta do projeto	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo (Exposição)	Computador PowerPoint Videoprojector	10 min.
	Comunicação dos objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo (Exposição)	Computador PowerPoint Videoprojector	5 min.
	Pertinência da temática e avaliação diagnóstica	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo (Exposição)• Interrogativo (Formulação de Perguntas)	-	10 min.
Desenvolvimento	1. Fim de vida - Conceito. - Cuidados em fim de vida: Cuidados Paliativos - Reflexão sobre a prática diária de cuidados aos doentes internados em fim de vida	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo (Exposição)• Interrogativo (Formulação de Perguntas) • Ativo (Reflexão sobre filme visualizado)	Computador PowerPoint Videoprojector	30 min.

	2. Dor – generalidades - Conceito - Dor como um direito - Tipologia e classificações	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Exposição) • Interrogativo (Formulação de Perguntas) 	Computador PowerPoint Videoprojector	30 min.
	3. Avaliação da dor no doente em fim de vida - Princípios orientadores - Intensidade: Escalas - Caracterização da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Exposição) • Interrogativo (Formulação de Perguntas) • Ativo (Treino da utilização da escala PAINAD) • Ativo (Reflexão sobre a prática) 	Computador PowerPoint Videoprojector Escala PAINAD Caneta e papel	30 min.
	4. Alívio da dor, no doente em fim de vida - Princípios gerais para o alívio da dor - Farmacoterapia analgésica. - Rotação de opióides. - Analgesia de resgate - Efeitos adversos dos opióides - Estratégias não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Exposição) • Interrogativo (Formulação de Perguntas) • Ativo (Treino do processo de alívio da dor) • Ativo (Reflexão sobre a prática) 	Computador PowerPoint Videoprojector Caneta e papel Algoritmo de apoio à tomada de decisão	60 min.
Conclusão	Síntese	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Exposição) 	-	10 min.
	Avaliação Teórico-prática	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo (Formulação de Perguntas) • Ativo (Discussão de situações reais do serviço) 	-	30 min.
	Conclusão e ponte com as restantes atividades do projeto	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Exposição) 	Computador PowerPoint Videoprojector	10 min.

(Os 15 minutos em falta refletem o tempo programada para intervalo/descanso)

Apêndice XXII – Certificado de presença no II Encontro de Cuidados Paliativos da
ULSNA: Cuidados Sem Fim

Apêndice XXIII – Reflexão de evento significativo V (IEM)

REFLEXÃO DE EVENTO SIGNIFICATIVO V

No decorrer do estágio no meu contexto de trabalho, após período de formação da equipa de enfermagem no âmbito da temática deste projeto, um dos meus colegas procurou-me no sentido de partilhar dúvidas e inquietações relativamente a uma situação de gestão da dor num doente em fim de vida que acompanhava naquele dia, e que estava com dificuldade em compreender e agir no sentido assertivo do resultado.

Tratava-se de uma sra. de 44 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama em estadio IV, com metastização pulmonar extensa, internada neste serviço por derrame pleural decorrente da doença, motivo pela qual foi colocado um dreno torácico, com franco alívio da sintomatologia respiratória. A D. Beatriz (nome fictício) referia dor ao nível da região dorsal à direita contínua, com vários meses de evolução mas mais exacerbada desde a semana anterior ao internamento. Essa dor mantinha-se tipo facada, agravando com os movimentos respiratórios e mobilizações repentinas. Apesar de se manter autónoma relativamente às NHF, considerava que a dor presente a limitava na execução das suas atividades, sobretudo pela necessidade de controlar o esforço e os movimentos bruscos exigidos por algumas dessas atividades, o que a desanimava. Pela EAN revelava uma média de dor diária entre 6-7/10, com picos pontuais de 9/10, momentos em que relatava quadro de dificuldade respiratória associado. Consultando o seu plano analgésico farmacológico tinha prescrito Metamizol 575 mg oral (8/8h), paracetamol 1g oral (8/8h) e tramadol 50 mg oral (8/8h), todos às mesmas horas de administração, mais morfina 2mg EV (de resgate).

A abordagem do meu colega foi feita no sentido de perceber se a escolha farmacológica faria sentido, na conjuntura das queixas apresentadas, uma vez que refletindo sobre as aprendizagens feitas durante a formação sobre a temática, lhe parecia um plano desadequado, não apenas pela forma como estava estruturado, como pelos resultados insatisfatórios que se observavam.

Confirmou-se nos registos informáticos que se estavam a fazer (em média) 3-4 resgates por dia, sempre associados a uma dor superior a 8 (na EAN), com pouco alívio, descendo para valores entre 4-5/10.

Dada toda a situação apresentada, concordei com o colega sobre a existência de condições que justificavam uma revisão terapêutica, até porque este plano analgésico se mantinha há vários dias, sem que a doente referisse qualquer melhoria significativa associada.

Antes de abordarmos o médico assistente da D. Beatriz, discutimos com base no guia de bolso de Gestão da dor do doente em fim de vida, construído durante este percurso de estágio, estratégias e opções viáveis para maximizar o alívio da dor e conforto desta doente.

A WHO defende que a gestão da dor deve ser alicerçada na analgesia multimodal – utilização de vários medicamentos com diferentes mecanismos de ação de forma atuarem nos diferentes pontos que podem estimular a dor (Pina, 2012a). Além disso, o mesmo autor recorda que é importante a administração analgésica em intervalos fixos, evitando que as concentrações plasmáticas baixem, e voltem a surgir variações negativas na intensidade da dor. O plano analgésico parece atender a estes princípios, porém, as estratégias para o seu cumprimento não parecem alcançar o efeito pretendido.

Para além deste problema identificado, a próprio esquema em si não parecia aliviar de forma alguma as queixas existentes. A doente referia em média diária uma dor classificada entre 6-7/10, portanto, uma dor moderada a intensa, não justificada sob qualquer circunstância. Assim, o problema não parecia residir apenas na forma como se estruturou o plano analgésico, mas na própria escolha medicamentosa. A WHO preconiza que os fármacos devem ser selecionados de forma sequencial de acordo com a escada analgésica, atendendo à intensidade da dor manifestada (Pina, 2012a). Assim, no primeiro degrau (dor ligeira) preconiza-se a prescrição de não-opioides, no segundo degrau (dor moderada) o uso de opioides em doses fracas, e no último degrau (dor intensa e insuportável) a utilização de opioides em doses fortes. Desta forma, e lembrando a intensidade da dor referida pela doente e o tipo de analgésicos selecionados para a tentativa de alívio da sua dor, mais uma vez parece existir uma desadequação do plano terapêutico.

Depois desta reflexão conjunta, baseada nas aprendizagens/experiências realizadas até então e utilizando documentação baseada na evidência científica, abordámos o médico assistente da doente, no sentido de alertar para a permanência de queixas significativas, perante o plano analgésico instituído.

Após conversa onde tentámos expor de forma clara as queixas ainda sentidas pela D. Beatriz, e do médico compreender o problema e a necessidade de intervir a este nível, aproveitei a oportunidade de apresentar o projeto presente (oferecendo um dos guias de bolso construído neste âmbito), tentando concretizá-lo naquela situação concreta e promovendo o interesse e envolvimento deste elemento da equipa multidisciplinar.

Desta forma, e discutindo verdadeiramente em equipa, tendo por base o problema individual desta doente e a evidência científica sobre a temática, optou-se por rodar o opióide para morfina oral (dado ser um opióide forte).

A dose diária de Tramadol feita até então era de 150mg/dia, o que corresponde a 30 mg/dia de Morfina oral (de acordo com a relação equianalgésica pré-definida). Pedro e Silva (2015) alertam para a necessidade de acautelar estas equivalências diretas, dada a possibilidade de tolerância cruzada incompleta – “ a tolerância que se desenvolveu para um opióide em uso não tem de existir em igual grau para o novo opióide” (p17). No entanto, e dado os valores da intensidade da dor ainda revelados pela doente, optou-se por assumir as 30mg/dia (sem nenhuma redução da dose) mas não acrescentar às contas da dose ideal diária de opióide os resgates feitos nas últimas 24h. Pedro e Silva (2015) lembram a importância de considerar estes resgates na determinação da nova dose, porém, e uma vez que não cumprimos a redução que prevê a variabilidade individual, considerámos mais seguro iniciar esta titulação sem considerar o número de resgates (até pela dificuldade em saber ao certo o número de resgates efetivamente realizados, dadas algumas incongruências de registo). Neste sentido, e como alertam os mesmos autores, as tabelas de conversão opióide e as tabelas de equianalgesia devem ser utilizadas com cautela e apenas como orientadoras da decisão clínica, não como imposições. É neste entre-meio que se devem considerar e atender às especificidades da individualidade de cada doente. Foi esse sentido que se tomaram as decisões anteriormente descritas.

Desta forma, e dado a ação média da morfina selecionada ser de 12h, iniciou-se este opióide numa dose de 20mg (às 8h) e 10mg (às 20h), uma vez que a doente referia maior intensidade de dor durante a realização das atividades de vida que implicavam movimento (portanto, de maior prevalência durante o período do dia), situação que referia comprometer o seu bem-estar e qualidade de vida. Além disso, manteve-se o paracetamol oral de 8/8h de forma a potenciar efeito do opióide, cumprindo o princípio da analgesia multimodal. Também como preconizado ficou com morfina de resgate, para situações de dor irruptiva. Dado não existir no serviço morfina de ação rápida oral, e a doente ter um

cateter endovenoso para cumprimento de outras terapêuticas, manteve-se a indicação de 2mg de morfina EV de resgate (a dose oral corresponderia a 5mg, atendendo ao 1/6 preconizado, mas dado a mudança de via de administração, considerou-se os 2mg atendendo à sua relação equianalgésica e à dosagem já previamente realizada).

Além destas alterações o médico considerou que poderia ser benéfico introduzir diazepam oral como adjuvante terapêutico considerando o tipo de queixa da doente, iniciando 1x/dia 5mg ao jantar, mas com eventual necessidade de aumento ao longo do dia.

Ficou claro para os 3 que este seria apenas uma primeira tentativa de titulação da dose ideal, com necessidade quase certa de ajustes ao longo do tempo com o objetivo de promover o alívio satisfatório da dor desta doente e o seu conseqüente conforto. Assim, combinou-se que ao fim de 48h do início deste plano analgésico voltaríamos a revê-lo.

Voltei a reforçar junto à equipa de enfermagem, em contexto de passagem de turno, a importância do registo adequado dos resgates realizados a esta senhora (e de igual forma a todos os outros doentes na mesmas circunstâncias), como estratégia essencial para o encontro da dose ideal analgésica. Além disso, incentivei o colega que iniciou todo este episódio a reforçar ensinamentos à doente relativamente à toma de opióides, importância da comunicação das queixas, administração dos resgates com valores de intensidade de dor mais baixos e outros que se revelaram importantes no envolvimento da D. Beatriz na gestão do seu próprio plano terapêutico, conforme as aprendizagens realizadas no contexto da formação feita à equipa.

Nos dias seguintes, e tal como previsto, houve necessidade de repetir novos ajustes nas dosagens pré-definidas, com alívio progressivo das queixas da doente. No dia da alta (cerca de uma semana após este episódio) a D. Beatriz referia uma dor média de 3-4/10, ainda com repercussões significativas ao nível do desempenho das AVD's, mas referindo um aumento do sentimento de bem-estar. Dada a necessidade de continuidade de vigilância e monitorização regular destas queixas, foi encaminhada para a consulta multidisciplinar de cuidados paliativos deste hospital, encaminhamento este pouco habitual até esta altura.

Procurei ainda, antes da sua saída do serviço trabalhar com a doente algumas intervenções não farmacológicas, que poderia utilizar no domicílio de forma a potenciar o seu plano farmacológico, e promover a maximização do seu conforto geral. Para além

do apoio psico-emocional (com todas as estratégias cognitivo-comportamentais associadas) já implicado a partir do momento que se conseguiu a sua entrada na consulta multidisciplinar de cuidados paliativos, ensinaram-se e estimularam-se, também, técnicas de relaxamento e distração, que se esperavam ter contributos importantes no encontro com o conforto holístico. Como refere Cameron (1993, citado por Nicolau, 2013), “o conforto é construído pelo enfermeiro que cuida, mas determinado ou dirigido pelo doente que é cuidado.

Este evento tornou-se, primeiro, um excelente avaliador do meu percurso individual, permitindo-me compreender que houve, efetivamente, uma aquisição de competências específicas e diferenciadas, com contributos fundamentais no meu desenvolvimento profissional, enquanto candidata a enfermeira especialista. Depois, revelou-se também, uma ótima estratégia de avaliação da pertinência e trajetória da implementação do projeto, uma vez que é através deste tipo de mecanismos inconscientes de feedback que compreendemos se existiu uma verdadeira aquisição de aprendizagens e mudança de atitudes/comportamentos associados – “ só assim se conseguirá obter o funcionamento de uma equipa e assegurar a sua direção” (Chaves, 2004:254).

Senti que a formação realizada à equipa de enfermagem, pelo menos os sensibilizou para a importância desta temática, capacitando-os para identificar precocemente problemas na área da gestão da dor em circunstâncias de fim de vida, alertando-os para a importância do papel da enfermagem na resposta ativa e eficaz a estas situações.

Além disso, a discussão e reflexão crítica feita com o médico assistente revelou-se muito construtiva, do ponto de vista de articulação de saberes e conhecimentos, onde senti que mais do que um trabalho multidisciplinar, estávamos a trabalhar na base da interdisciplinaridade (integração efetiva entre as disciplinas). Como refere Chaves (2004) o verdadeiro trabalho em equipa pressupõe cooperação ativa e confiança mútua, onde as pessoas se exprimem livremente e sem receios, numa comunicação circular, aberta e multidirecional, direcionado para a oferta de benefícios reais ao doente. . “...são os conhecimentos e as práticas per si, diversificadas, dos diferentes elementos constituintes da equipa multidisciplinar responsável pela abordagem da pessoa, que contribuem para (...) o controlo álgico efetivo destes doentes” (Diniz, 2012:98). Neste sentido o evento revelou-se um sucesso, permitindo-me acreditar que existe espaço para uma verdadeira pronúncia dos cuidados entre disciplinas e que nestas relações se criam condições para a perpetuação deste projeto no tempo. Chaves (2004:254) acrescenta, assim, que “o

trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio (...) devendo ser considerado uma experiência inovadora no campo da saúde suscetível de afetar positivamente tanto a satisfação dos utentes como a satisfação dos profissionais”.

Sinto desta forma, que a minha intervenção foi pertinente, do ponto de vista da articulação de conhecimentos e experiências, capazes de oferecer benefícios reais a esta doente. Foi um momento importante, não apenas de consolidação das aprendizagens pessoais feitas ao longo deste percurso, mas também por perceber que o projeto contribuiu para a uma mudança de comportamentos no seio da equipa, levados pela necessidade de reflexão sobre a prática. Cavaco (2009) lembra que as rotinas tornam-se obstáculos à realização de novas aprendizagens. Este projeto, na especificidade deste evento vivenciado, parece ter contribuído para que alguns elementos da equipa multidisciplinar questionasse os “seus esquemas de pensamento e ação, dando lugar a novas aprendizagens” (Cavaco, 2009: 224).

Porém este episódio permitiu-me da mesma forma encontrar áreas onde o trabalho e a sensibilização têm de ser redobrados. Os registos de enfermagem, nomeadamente ao nível dos resgates analgésicos realizados, encontravam-se ainda pouco claros relativamente à intensidade/hora da dor registada e respetivas estratégias de alívio utilizadas. Parecem ainda existir dúvidas relativamente à importância destes registos no sucesso do plano terapêutico e no conseqüente conforto do doente. Perceber esta falha, acresce em mim responsabilidades enquanto enfermeira gestora e dinamizadora deste projeto, bem como como futura enfermeira especialista. É importante continuar a encontrar estratégias que possam colocar a equipa a refletir sobre estas questões, mostrando as implicações diretas das suas ações e ganhos adjacentes à qualidade dos cuidados quando consideramos pequenas mudanças de comportamentos e práticas.

Neste sentido, a operacionalização e o sucesso deste projeto depende da continuidade de episódios como o que acima descrevi. Com o objetivo da maximização do conforto e o alívio satisfatório das queixas destes doentes, continuarei a insistir nesta partilha e trabalho interdisciplinar pelo impacto positivo que tem sobre os resultados alcançados, da qual este evento significativo serve de exemplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Inisinos*. Vol.13, nº.3.p220-227. Set.-Dez.
- Chaves, C. (2004). *Competências/sinergias das equipas de saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Disponível no RCAAP.
- Diniz, L. (2012). Dor Crónica. In: *Manual da Dor Crónica*. P.87-100. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.
- Nicolau (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Junho. Disponível no RCAAP.
- Pedro, A.; Silva, M. (2015). *Manual de Rotação de Opióides*. 1ª. Edição. Laboratórios Vitória. Abril. Portugal
- Pina, P. (2012a). Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides. Analgésicos opióides (doses fracas). In: *Manual da Dor Crónica*. P125-163. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clinica da Dor. IPO

Apêndice XXIV – Análise SWOT (antes e após implementação de projeto)

ANTEVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

ANÁLISE SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta de gestão que funciona como um inventário de todas as forças e fraquezas, neste caso específico, associadas à implementação do projeto.

Neste contexto, o meu objetivo com a utilização deste instrumento foi refletir sobre os pontos fortes e fracos da implementação deste projeto no serviço onde desempenho funções de enfermeira, bem como sobre os aspetos a melhorar e a investir.



Fig. 1 – Análise SWOT anterior à implementação do projeto de intervenção

Entende-se por esta análise que o grande impulsionador do projeto é a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da gestão da dor do doente em fim de vida, e o desafio maior a adesão da equipa, quer ao nível de participação, quer ao nível da motivação.

RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

ANÁLISE SWOT

Após implementação do projeto de intervenção, considerei fundamental voltar a refletir sobre os pontos forte e fracos, de forma a perspetivar possibilidades de continuidade do projeto no tempo, no contexto para o qual foi pensado.

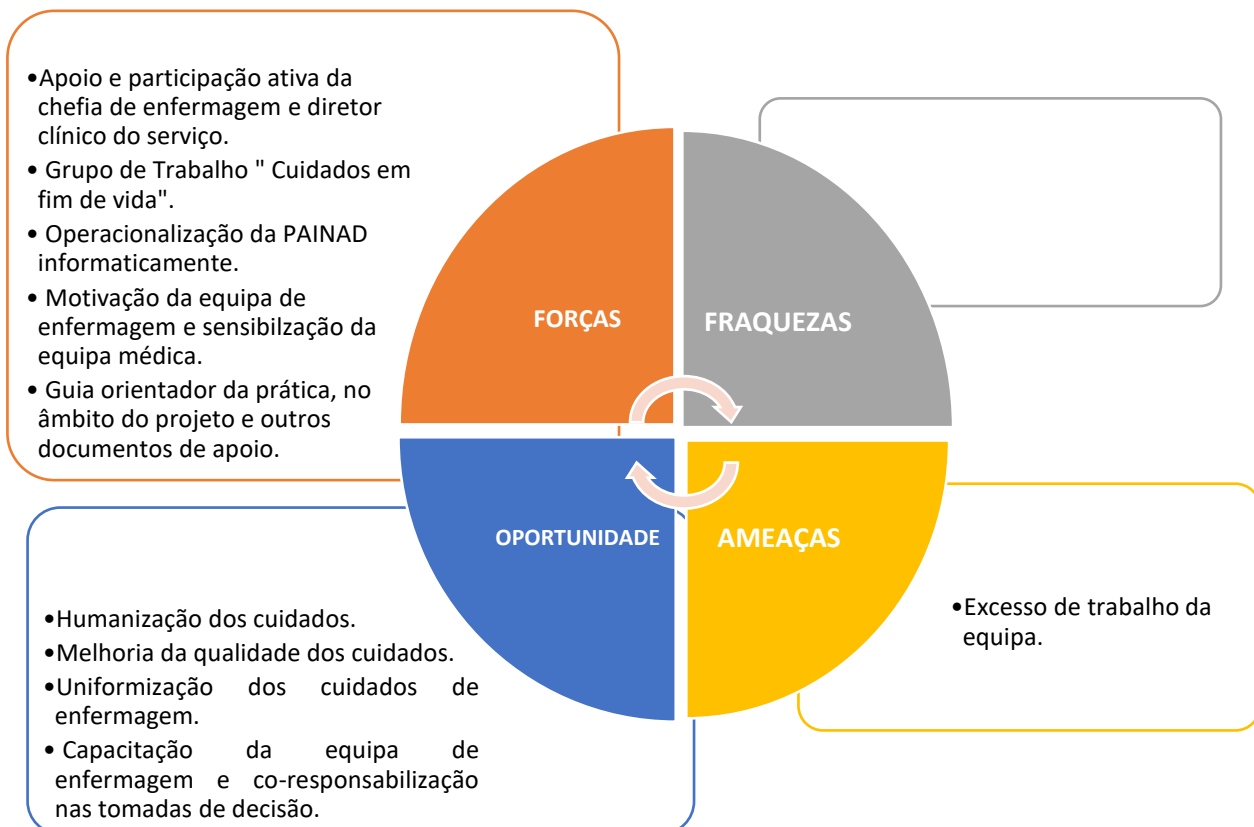


Fig. 2 – Análise SWOT posterior à implementação do projeto de intervenção

Desta forma, observa-se uma clara superação dos pontos fracos inicialmente identificados, onde o próprio tempo que temi ser reduzido para a implementação, acabou por ser contornado com esforço e trabalho, permitindo a concretização dos objetivos propostos. À medida que a implementação foi decorrendo, o projeto foi ganhando novas forças, que o consolidam na sua pertinência e necessidade de manter o seu investimento. Apesar do excesso de trabalho, relacionado sobretudo com a carga horária (turnos extraordinários) e número acrescido de doentes à capacidade do serviço e da equipa, considero que as forças e oportunidades se sobrepõem a essa ameaça, permitindo que o desafio da melhoria da qualidade dos cuidados na gestão da dor do doente em fim de vida, tenha condições para perdurar no tempo.