

Curso de Mestrado em Enfermagem


Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

**“Cuidar do Doente Oncológico em Fim de Vida.
O controlo de sintomas para promoção do
Conforto, papel do Enfermeiro”.**

Cristiana Raquel Miranda Asseiro

2014

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

**“Cuidar do Doente Oncológico em Fim de Vida.
O controlo de sintomas para promoção do
Conforto, papel do Enfermeiro”.**

Cristiana Raquel Miranda Asseiro

Professora Orientadora Isabel Félix

2014



“Por detrás do que se vê, existe qualquer coisa de mais profundo, menos fácil, mas infinitamente mais bonito e poético como a própria vida afinal. Esquecê-lo é ignorar. Descobri-lo é dar. Como quem entende os silêncios do que não é dito. Como quem sabe o que se estrutura para lá de uma fachada.”

Strecht Interiores, 2001.

A ti Pai, à pessoa que foste e continuas a ser dentro de mim...

Este percurso ajudou-me a compreender e a seguir em frente.

Aos profissionais de saúde que um dia me ensinaram a verdadeira essência do
cuidar, a minha admiração.

AGRADECIMENTOS

A minha lembrança vai para o que mais prezo na vida: a família, os amigos e a minha profissão.

Aos que desde o início acompanharam o meu percurso pessoal e profissional, um agradecimento especial à minha mãe e ao meu irmão, pela dedicação, pela compreensão, por me fazerem sentir o verdadeiro significado de amor. Ao meu pai por de alguma forma se encontrar sempre por perto...

À minha restante família por acreditar em mim...

Aos meus amigos pelo tempo que não lhes prestei a atenção devida, por todos os momentos de ausência.

À minha orientadora, Professora Isabel Félix, pela sua disponibilidade, dedicação, espírito de ajuda e incentivo.

Aos doentes, que tanto respeito e admiro, que este estudo seja uma mais-valia para minha prática diária.

“Se a nossa vida é provisória, que seja linda e louca a nossa história, pois o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” (Fernando Pessoa)

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Ácido Acetilsalicílico

AINES - Anti-inflamatórios não esteroides

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

OMS - Organização Mundial de Saúde

QT - Quimioterapia

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Integrados

RT - Radioterapia

RESUMO

Os Cuidados Paliativos são considerados como essenciais e identificados como uma área prioritária de intervenção. Numa época em que a mortalidade por cancro aumenta exponencialmente, verifica-se a necessidade de uma adequação dos cuidados de saúde ao doente oncológico em fim de vida. Mas na realidade, a maioria dos doentes carecem destes cuidados, encontrando-se internados em unidades hospitalares, nomeadamente em enfermarias de agudos, cujos cuidados prestados têm essencialmente como objetivo a cura.

O fim de vida, mais concretamente o controlo de sintomas (dor e dispneia) para promoção de conforto, sempre me interessou e ao longo deste percurso tenho procurado ir ao encontro do que é visível, a necessidade de mudança, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados. Senti necessidade de aprofundar mais conhecimentos, adquirir novos e desenvolver competências nesta área.

Uma longa reflexão acerca da prática de enfermagem no acompanhamento do doente oncológico em fim de vida explica a vontade de enquadrar este desafio vivido pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa como ser único. Aprender que há sempre mais alguma coisa que se possa fazer foi nascer profissionalmente.

Este trabalho tem como objetivo uma abordagem diferenciada ao doente oncológico em fim de vida, inerente às suas necessidades, no que diz respeito ao controlo de sintomas (dor e dispneia) para promoção do conforto. Através de intervenções farmacológicas/não farmacológicas e personalizando os cuidados foi visível o aumento de qualidade de vida. Para tal seleccionei três campos de ensino clínico em realidades distintas, numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, numa Unidade de Cuidados Paliativos e por fim no meu contexto de trabalho para transpor toda a aprendizagem teórica e prática efetuada, assim como implementar uma abordagem diferenciada ao doente oncológico em fim de vida, através de intervenções paliativas, envolvendo a equipa interdisciplinar nesta mudança.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Fim de Vida, Controlo de Sintomas, Dor, Dispneia, Intervenções Farmacológicas e não Farmacológicas.

ABSTRACT

Palliative Care is considered essential and identified as a priority area of intervention. At a time when cancer mortality increases exponentially, there is a need for adequate healthcare to end-of-life oncology patients. But actually most of these patients still need this care, being admitted to hospitals, particularly in acute wards, whose care is essentially provided for healing purpose.

The end-of-life, specifically the control of symptoms (pain and dyspnea) to promote comfort, has always interested me along the way and I have tried to find out all that is visible, the need for change, particularly with regard to healthcare. I felt the need to develop study, to acquire new knowledge and to develop skills in this area.

A thorough consideration of nursing practice in monitoring end-of-life cancer patient explains the desire to frame this challenge experienced by nurses when caring for the person as a unique being. Learning that there is always something more that can be done was a vocational birth.

This work aims at a differentiated approach to end-of-life cancer patients, inherent to their needs with regard to the control of symptoms (pain and dyspnea) in order to promote comfort. Through pharmacological / non-pharmacological interventions and the personalization of healthcare, the improvement in quality of life was noticeable. To that end, I have selected three fields of clinical teaching in different realities: an in-hospital team for Palliative Care support, a Palliative Care Unit in and finally my workplace, in order to apply all the theoretical and practical learning, while also implementing a differentiated approach to end-of-life cancer patients through palliative interventions, involving an interdisciplinary team in this change.

Keywords: Palliative Care, End-of-Life, Control of Symptoms, Pain, Dyspnea, Pharmacological and non-pharmacological interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ÁREA PROBLEMÁTICA	15
1.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - ÁREA DE INTERVENÇÃO ENFERMAGEM ONCOLÓGICA	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1. TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA	20
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS.....	23
2.3. A PESSOA EM FIM DE VIDA	27
2.4. CONTROLO DE SINTOMAS.....	31
2.4.1. <i>Dor</i>	32
2.4.1.1. <i>Intervenções farmacológicas para o alívio da dor</i>	34
2.4.1.2. <i>Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor</i>	35
2.4.2. <i>Dispneia</i>	37
2.4.2.1. <i>Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia</i>	38
2.4.2.2. <i>Intervenções não farmacológicas para o alívio da dispneia</i>	38
3. PERCURSO REALIZADO	40
3.1. ENSINO CLÍNICO NA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
3.1.1. <i>Objetivo a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida</i>	41
3.1.2. <i>Objetivo b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único</i> .	43
3.1.3. <i>Objetivo c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes</i>	45
3.2. ENSINO CLÍNICO NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	47

3.2.1. Objetivo c) <i>Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes.....</i>	48
3.2.2. Objetivo b) <i>Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único.</i>	49
3.2.3. Objetivo c) <i>Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes.....</i>	51
3.3. ENSINO CLÍNICO NO CONTEXTO ONDE EXERÇO FUNÇÕES	53
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6. BIBLIOGRAFIA.....	61

ANEXOS

Anexo I - Projeto de Estágio

Anexo II - Avaliação do tipo de dor

Anexo III - Recomendações da Ordem dos Enfermeiros para reduzir ou diminuir a dor

Anexo IV - Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Anexo V - Fármacos usados no tratamento da dor: 1ºe 2º Grau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Anexo VI - Fármacos usados no tratamento da dor: 3º grau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Anexo VII - Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor

Anexo VIII - Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia

Anexo IX – Estudo de Situação (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos)

Anexo X – Estudo de Situação (Unidade de Cuidados Paliativos)

Anexo XI – Questionário elaborado no contexto onde exerço funções

Anexo XII – Guia de Consulta - Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aspectos a considerar na avaliação da dor	33
--	----

INTRODUÇÃO

Cuidar de um doente em fim de vida é uma arte. O “cuidar humano” é um processo em que o papel do enfermeiro se pode destacar, com toda a sua dinâmica de cuidar. O fim de vida evidencia ainda mais a importância das suas intervenções, tendo sempre presente os princípios éticos, considerando que a enfermagem não se reduz à simples execução de técnicas, está explícita uma valorização de aspetos emocionais, culturais e espirituais. Cuidar de um doente merece respeito, como ser humano que é, personalizando todas as respostas às suas necessidades e conseqüentemente da sua família e/ou cuidadores. Isto permite um processo de morte mais tranquilo e sereno.

Apesar de os progressos da medicina, o cancro é considerado ainda como uma doença fatal, contudo no âmbito dos profissionais de saúde já é reconhecido como uma doença crónica. Não podemos aceitar que nada mais há a fazer pelo doente, visto que enquanto existir vida, existe a conseqüente necessidade de cuidados.

Segundo Neto (2010), muitos profissionais de saúde negavam a morte e encaravam-na como uma “derrota e frustração”, relegavam para segundo plano as intervenções de saúde que promovessem um final de vida condigno.

Os cuidados paliativos são uma necessidade reconhecida e cada vez mais premente na nossa realidade, com um vasto campo de atuação para as equipas interdisciplinares.

Ao longo da minha carreira profissional, fui confrontada inúmeras vezes com a prestação de cuidados a doentes com doença oncológica, ultimamente e cada vez mais, numa fase avançada, numa fase em fim de vida. Fase esta em que frequentemente a terapêutica curativa não tem resposta, pelo que a abordagem necessita ser diferenciada, com o foco nos problemas e necessidades em vez do diagnóstico. É impreterível uma abordagem diferenciada, inerente às suas necessidades. Este facto aumentou a minha atenção e curiosidade para estes cuidados individualizados, dando a oportunidade ao doente de viver o fim de vida da

melhor forma, com qualidade e dignidade, segundo os seus desejos, crenças e valores.

O fim de vida, mais concretamente o controlo de sintomas para promoção de conforto, sempre me interessou e ao longo deste percurso tenho procurado ir ao encontro do que é visível, a necessidade de mudança, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados. Exerço funções de Enfermeira num Centro Hospitalar da área de Lisboa, e senti necessidade de aprofundar mais conhecimentos, adquirir novos e desenvolver competências nesta área.

Há imensas lacunas que poderiam ser ultrapassadas, os doentes em fim de vida devem ser cuidados de uma forma muito individualizada, devem ser praticados cuidados humanizados, controlando os sintomas mais comuns de uma forma rápida e eficiente, permitindo uma tranquilidade e qualidade em fim de vida. Tal não acontece na minha realidade, por vezes existem doentes que têm vários internamentos por recidivas e alguns têm o seu fim de vida em contexto hospitalar, com descontrolo de sintomas e visivelmente em sofrimento.

Na minha realidade, na área de Neurociências e Neurocirurgia, a palição é muito pouco aplicada, o apoio à pessoa em final de vida e conseqüentemente à sua família é frequentemente inadequado, tal como afirma Chahine, Malik, & Davis (2008). Pela minha experiência pessoal vários doentes e familiares sentem a necessidade de uma articulação com os Cuidados Paliativos. É visível a necessidade de mudança, é importante praticar cuidados de excelência, tanto para nós profissionais de saúde, como para o doente e família. Através do controlo de sintomas é possível melhorar a qualidade de vida e conseqüentemente promover o conforto no fim de vida nomeadamente nos doentes oncológicos.

Na minha prática diária confronto-me com o descontrolo de sintomas, com a não utilização de terapêutica adequada para combater o desconforto e sofrimento, com cuidados que podem ser melhorados através de novos conhecimentos e experiências. Na minha perceção, esta opinião é partilhada pela equipa de enfermagem, é notório que todos sentem a vontade de fazer mais e melhor, é notória a vontade de implementar intervenções paliativas no nosso contexto de trabalho.

Os sintomas mais comuns no serviço onde exerço funções são a dor e dispneia, segundo o questionário que foi aplicado aos enfermeiros do serviço em questão. Este questionário foi elaborado no sentido de validar as necessidades, inicialmente por mim identificadas. Após o questionário (Anexo XI) foi visível que estas necessidades também eram as necessidades da equipa de enfermagem.

A reflexão sobre a problemática que envolve os doentes em fase paliativa internados no serviço onde exerço funções, despertou em mim a vontade de fazer mais e melhor, sendo ponto de partida para a minha proposta de trabalho: qual é o papel do enfermeiro, no controlo da dor e dispneia, do doente oncológico em fim de vida?

Tive a necessidade de aprofundar estes conhecimentos, de ir mais além nestes cuidados, mais especificamente no controlo da dor e dispneia, tal como foi documentado no Projeto de Estágio (Anexo I). Estes dois sintomas, na minha realidade são os mais comuns e onde senti necessidade de mais formação e com esta motivação inscrevi-me no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica.

Com a realização deste curso pretendi desenvolver competências de Enfermeira Especialista, para intervir no controlo de sintomas (mais especificamente dor e dispneia), para promoção de conforto, de doentes oncológicos em fim de vida.

Desta forma propus-me desenvolver a seguinte temática: “Cuidar do doente oncológico em fim de vida. O controlo de sintomas para promoção do conforto, papel do Enfermeiro”.

Este Relatório é constituído pela área problemática, seguidamente pelo enquadramento teórico e pelo percurso realizado relativamente aos ensinamentos clínicos. Termina com as implicações para a prática e algumas considerações finais.

1. ÁREA PROBLEMÁTICA

Quando nos referimos ao cancro é quase sempre sinónimo de dor, sofrimento e morte. É uma doença que transmite uma carga negativa (afeta a componente física e pessoal, a nível psicológico, social e emocional), não só pelas suas características como doença evolutiva, mas também por ocupar mundialmente a segunda causa de morte nos países desenvolvidos (Estanque, 2011).

A palavra cancro deriva do latim e significa caranguejo. O uso desta palavra remonta ao século V a.C., segundo Hipócrates as “veias” que irradiavam dos tumores do peito se assemelhavam a um caranguejo. A palavra cancro é o termo utilizado para descrever um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento anómalo de células (Estanque, 2011).

Em resposta às necessidades dos doentes com cancro incurável, foram criados, em inúmeros países, serviços de prestação de cuidados paliativos. A incidência do cancro, nos últimos 50 anos, aumentou consideravelmente.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), Doenças Oncológicas em números (2013), salienta que na União Europeia (previsão realizada pela *International Agency for Research on Cancer*), tendo como base o envelhecimento populacional, se verifica um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%. Relativamente a Portugal os dados são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6%.

O Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas (2007/2010) considera o cancro como a principal causa de morte antes dos 70 anos (morte prematura) e no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar. No que diz respeito aos cuidados paliativos, o documento emana diretrizes no sentido de doente e família, da necessidade de uma abordagem global nas diferentes fases de tratamento, em termos físicos, psicológicos e sociais. Isto é, a nossa intervenção nesta área não se reduz somente a uma abordagem direta ao

doente em fim de vida, ultrapassa este conceito, englobamos sempre a sua família e a sua dinâmica.

Perante isto, constata-se que a formação e aquisição de competências específicas nas equipas de profissionais de saúde é essencial para o acompanhamento ao longo do percurso da doença, assim como nas abordagens inerentes aos cuidados paliativos.

1.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

Os cuidados paliativos são uma necessidade reconhecida e cada vez mais premente na nossa realidade, com um vasto campo de atuação para as equipas interdisciplinares.

É aqui que surge o Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Intervenção Enfermagem Oncológica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Segundo o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro, o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 Abril, art. 4º, nº3).

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) são quatro os seus domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais);
- Gestão da qualidade (desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro);

- Gestão dos cuidados (gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, lidera e adapta a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (desenvolve o auto conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento).

O percurso que planeei permitiu-me atingir e desenvolver (para além das competências referidas em cima - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011):

- a) Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

No âmbito do decorrer do curso em questão e do estudo/trabalho efetuado, espero também desenvolver competências inerentes ao segundo ciclo e conseqüentemente aceder ao grau de Mestre (processo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências):

- Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de Enfermagem (dominando a linguagem da comunidade científica, sendo capaz de comunicar as suas conclusões e processos subjacentes, de forma clara);

- Compreensão aprofundada da envolvimento dos temas sobre saúde (doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde), na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de Enfermagem;
- Aplicar o conhecimento de Enfermagem corretamente, assim como de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da Enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.

Tendo em conta o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais, previstas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, foi delimitado como meu objetivo geral:

- ✓ Desenvolver competências para cuidar a pessoa com doença oncológica em fim de vida, intervindo no controlo de sintomas para promoção de conforto.

Como objetivos específicos foram delineados:

- a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida;
- b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único;
- c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em final de vida, considerando todos os recursos existentes;
- d) Planear e executar cuidados no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto;

- e) Dinamizar/sensibilizar a Equipa de Saúde para o controlo dos sintomas: dor e dispneia.

Neste contexto, como futura Enfermeira Especialista, trabalhei para atingir as seguintes competências:

- Presta cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, seguindo a filosofia dos Cuidados Paliativos;
- Exerce um papel de sensibilização no desenvolvimento de estratégias junto da equipa da Enfermagem, no sentido de prestar cuidados de qualidade à pessoa doente em fim de vida;
- Mobiliza recursos existentes no Centro Hospitalar na área de Lisboa, onde me encontro a exercer funções, dando resposta à necessidade do controlo de sintomas em fim de vida, para promoção do conforto;
- Dinamiza a Equipa de Saúde para o controlo dos sintomas: dor e dispneia.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os temas abordados no presente capítulo surgiram pela revisão estruturada e organizada da literatura atual existente que se considera pertinente para uma melhor compreensão do presente trabalho.

Neste sentido, de acordo com a temática em estudo e os objetivos delineados para o mesmo optamos pela clarificação dos seguintes conceitos: Cuidados Paliativos, Fim de Vida, Controlo de Sintomas, Dor, Dispneia e Intervenções Farmacológicas e não Farmacológicas.

Procurando enquadrar melhor este projeto, achei pertinente sustenta-lo na teoria de Katharine Kolcaba.

Desta forma, este capítulo encontra-se subdividido em subcapítulos onde se encontram clarificados os diferentes conceitos.

2.1. Teoria do Conforto - katharine kolcaba

O meu percurso estruturou-se tendo como referência a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria ajudou-me a explicitar a minha problemática, nortear o meu trabalho e percurso para atingir competências Comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Por este mesmo motivo fez-me sentido incluir um subcapítulo com a referida teoria, para fundamentar a minha problemática e dar ênfase à teoria neste tema pertinente.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é uma teoria de enfermagem de médio alcance, isto é, dirige-se a fenómenos/conceitos concretos que são refletidos na prática e são adaptáveis, simples e concretos para se utilizar. Estes

fenómenos/conceitos dão visibilidade a várias áreas de enfermagem, onde existe uma enorme variedade de situações de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001).

Para Dowd (2004), esta teoria é forte, lógica e organizada, conseqüentemente faz com possa ser aplicada no ensino, na prática e na investigação. Também pode ser adaptada a qualquer cuidado de saúde (quer em casa ou no hospital) e assim como em qualquer faixa etária.

Para Katharine Kolcaba (2003), o conforto pode ser determinado como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”; posteriormente, em 2009, durante a evolução da sua teoria, afirma mesmo que o conforto é muito mais do que ausência de dor ou outros desconfortos físicos. Efetivamente é um conceito mais atual, holístico e de uma enorme dimensão.

Para Watson, citado por Oliveira (2011), o conforto é uma variável que a enfermeira pode parcialmente controlar, através de várias medidas, sendo elas, de suporte, proteção ou correção dos ambientes intrínsecos e extrínsecos da pessoa.

O conforto é o resultado dos cuidados de enfermagem, adaptando os recursos e a técnica à necessidade do doente e conseqüentemente, influenciar o processo de tomada de decisão sobre o doente (Oliveira, 2005).

A Teoria do Conforto ajuda a encontrar respostas para problemática que me inquieta, pois os sintomas são aliviados através de intervenções de Enfermagem, proporciona-se aumento de conforto. O conforto tende a ser um resultado dos cuidados de Enfermagem, desejado por todos, principalmente para o doente em fim de vida, tornando os cuidados mais humanizados. Devem estar baseados num princípio ético adequado para estes doentes, proporcionando medidas que não visem simplesmente a curar, mas sim aliviar o sofrimento. O conforto é uma necessidade transcultural, multidimensional e universal. A Teoria do Conforto oferece à prática uma estrutura alargada.

Kolcaba (2003), contudo, refere que o conforto é uma experiência imediata e holística, fortalecido através das necessidades de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

O alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio; a tranquilidade consiste no estado de calma e/ou de satisfação, que é importante para que haja um desempenho eficaz; finalmente, a transcendência, é o estado em o doente sente capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas (Kolcaba, 2003).

Esta experiência do conforto pode-se desenvolver em contexto físico, que diz respeito às sensações corporais (descanso, relaxamento, hidratação, oxigenação, dor, posicionamentos); contexto psico-espiritual que compreende a consciência interna de si próprio (autoestima, significado da vida); contexto sociocultural que abrange as relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo aspetos financeiros e informacionais da vida social; e contexto ambiental, que inclui as condições do meio (luz, barulho, equipamento, temperatura).

Segundo Dowd (2004), Kolcaba, na sua teoria, define alguns metaparadigmas, nomeadamente:

- Enfermagem: avaliação intencional ou apreciação das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade. Conceção de medidas de conforto para satisfazer as necessidades e proporcionar uma morte digna, tranquila e serena;
- Doente: quem recebe os cuidados nos vários níveis de atuação, no meu contexto em fim de vida.
- Ambiente: aspeto que envolve o doente, no meu contexto é hospitalar, e este pode ser manipulado para melhorar o conforto;
- Saúde: funcionamento ótimo do doente, neste caso em particular prende-se com obter mais qualidade de vida de acordo com o tempo de vida restante, não podemos falar em termos de ganhos em saúde mas sim ganhos para alcançar o conforto desejado neste momento particular.

Para além destes quatro contextos da experiência de conforto que foram referidos, existem outras variáveis intervenientes que também influenciam o conforto. Kolcaba

descreve estas variáveis intervenientes, como sendo as forças de interação que influenciam a percepção do recipiente acerca do conforto total (por exemplo: experiências passadas, idade, estado emocional, prognóstico, finanças).

Sucintamente, o cuidar adequadamente em fim de vida pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos doentes oncológicos, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, neste caso através do controlo da dor e dispneia, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila, segundo os seus desejos, crenças e valores.

Esta teoria ajuda a compreender a necessidade da promoção do conforto, tem como intuito cultivar o conforto numa perspectiva de cuidados humanizados/individualizados. O conforto faz parte dos cuidados de enfermagem desde o início ao fim da vida: o alvo do cuidar será o conforto dos doentes em fim de vida.

2.2. Cuidados Paliativos

Hoje em dia, os Cuidados Paliativos, são mais que um direito humano, são uma obrigação social, uma inquietude individual que nos desafia enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Em 1990, é lançada a primeira definição de Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e neste momento sentiu-se a necessidade de serem implementados programas de Cuidados Paliativos.

A origem da palavra paliativo está frequentemente associada ao vocábulo latino *pallium*, que significa manto (proteção), sendo a partir desta definição que o termo “cuidados paliativos” foi aplicado.

A OMS (2002), citado por Neto (2010), define cuidados paliativos como “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Quando nos referimos aos cuidados paliativos, está explícito um enorme respeito pela vida humana, pela sua autonomia e pela liberdade de escolha. O cuidar em enfermagem relaciona-se com a resposta humana intersubjetiva às condições de saúde/doença e com a interação pessoa/ambiente, implicando uma interação entre duas pessoas em que ambas se envolvem e se relacionam positivamente (Fradique, 2010).

É importante saber distinguir Cuidados Paliativos de Intervenções Paliativas, esta intervenção é parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou fase da sua evolução, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva. A DGS considera que a intervenção paliativa é qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa diminuir, quer em internamento quer em domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar geral do doente (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Entende-se que os cuidados paliativos têm como objetivo primordial aliviar os sintomas subjacentes à doença na fase final de vida e possibilitar que o doente tenha uma melhor qualidade de vida. É importante saber que cuidados paliativos não significam apenas prestar cuidados relativos a sintomas físicos, mas também prestar-lhe apoio psicológico e ter em conta, o apoio que deve ser prestado à família do doente, que está a viver um grande sofrimento.

Neste âmbito surge o Programa Nacional de Cuidados Paliativos no qual se considera que os Cuidados Paliativos são um elemento essencial dos cuidados de saúde, que requer apoio qualificado, como uma necessidade de saúde pública e como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Este referido Programa está inserido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, reforçando uma atitude de empenho na valorização do sofrimento. Os Cuidados Paliativos são identificados como uma área prioritária de intervenção. Culturalmente considera-se a cura/prevenção da doença como objetivo dos serviços de saúde, e por este motivo torna-se difícil o tratamento e acompanhamento de doentes incuráveis.

Segundo o mesmo programa, o Conselho da Europa, reconhece os graves défices ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido no fim de vida.

Salienta a atenção para as condições de vida destes doentes, principalmente para a prevenção da solidão e sofrimento. Tem como base três princípios fundamentais:

- Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- Proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha;
- Manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Na realidade, o hospital raramente está preparado para cuidar do sofrimento dos doentes em fim de vida. O sofrimento e a qualidade de vida devem ser valorizados, como objeto de tratamento e de cuidados ativos e organizados. Deve ser uma abordagem multidisciplinar.

Magalhães (2009), realça que os Cuidados Paliativos:

- Proporcionam o alívio da dor e outros sintomas;
- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural;
- Não pretendem acelerar, nem prolongar a morte;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Dão suporte para auxiliar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até ao processo de morte;
- Promovem um sistema de suporte à família de forma a lidarem da melhor forma possível com o percurso da doença e o processo de luto;
- Trabalham em equipa para dar resposta às necessidades dos doentes e suas famílias;
- Melhoram a qualidade de vida da pessoa doente, podendo interferir de forma positiva no curso da doença;
- Podem ser prestados no curso da doença em conjunto com outras terapias (como a quimioterapia ou radioterapia).

Efetivamente, os cuidados paliativos são uma resposta organizada à necessidade de cuidados, assim como de apoio às famílias e aos doentes com prognóstico de vida limitado. Englobam componentes essenciais tais como: alívio de sintomas, comunicação, conforto, apoio à família, apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio no luto e a interdisciplinaridade.

Segundo Neto (2010), o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho interdisciplinar designam-se como os **pilares** dos Cuidados Paliativos, isto é, são eixos em torno dos quais se organizam e viabilizam os cuidados, permitindo a aplicação dos mesmos. Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspectiva de igual importância. Nenhuma destas áreas deve ser desprezada, todos os profissionais de saúde devem ter formação e treino adequado e rigorosos nestas áreas aqui focadas.

Querido, Salazar e Neto (2010), dizem que a comunicação é um processo que permite a troca de informações sobre si mesmas e o ambiente que as rodeia. Isto implica uma adaptação a uma realidade em constante mudança, que envolve o doente, a família, a equipa, conduzindo a uma relação interpessoal autêntica.

Gask (2000), citado pelos autores referidos acima, em cuidados paliativos é essencial, mas também difícil, comunicar eficazmente (necessidade básica na atenção ao doente/família). Implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas necessárias à comunicação entre o profissional de saúde, o doente e a família.

Comunicar eficazmente consegue-se através de formação sistematizada e de treino de todos os elementos da equipa. As situações problemáticas mais comuns na comunicação, com os doentes, são a comunicação do diagnóstico, prognóstico e outras consideradas más notícias. Na equipa, estas situações frequentes são as tensões/ conflitos não geridos por uma comunicação adequada (Querido, Salazar e Neto, 2010).

No nosso contexto, hospitalar, devemos promover o acompanhamento do doente pela família (se a mesma o pretender) facilitando a sua presença no serviço por um período alargado de tempo, proporcionando um ambiente calmo e cuidado. A família conhece o doente e por este motivo é fundamental, se possível, o envolvimento da família nos cuidados ao mesmo (higiene, alimentação, tratamentos), reduzindo a

ansiedade face ao desconhecido, assim como estimular a comunicação com o doente e com a própria equipa. O apoio à família deve ser integrado de forma sistemática por nós profissionais de saúde (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010).

Os mesmos autores fazem referência que cuidar de um doente em fim de vida exige tempo e dedicação, o profissional de saúde deve estar atento, proporcionar ao familiar tempo para cuidar de si e solicitar a colaboração quando a sua presença for mais necessária.

Outro pilar dos cuidados paliativos é o trabalho em equipa. Os cuidados paliativos necessitam de uma abordagem interdisciplinar, assim sendo têm um objetivo comum, desenham juntos a estratégia e a abordagem dos problemas que consideram de todos. As vantagens do trabalho em equipa sobrepõem-se a todas as dificuldades (Bernardo, Rosado, Salazar, 2010).

A essência dos Cuidados Paliativos assenta na união entre profissionais de saúde, doente e família, na qual deve ser estabelecida uma comunicação aberta, constante, eficaz e baseada na honestidade (Twycross, 2003).

2.3. A pessoa em fim de vida

Segundo Pacheco (2002, p.152) “a fase terminal começa quando a morte se sente como uma realidade próxima, aliviando-se os sintomas e renunciando à cura: mas para outros é quando o crescimento do tumor é tão evidente e progressivo que não existe uma perspectiva de prolongamento da sobrevivência, de uma forma específica, através dos tratamentos”.

Os doentes que se aproximam do fim de vida, normalmente sentem um aumento ou renovação das necessidades de afirmação e aceitação, perdão e reconciliação. Muitas vezes têm necessidade de apoio espiritual, procurando a resposta para o sofrimento e dor, procurando o significado da vida, dos seus sentimentos de culpa e também para a procura de Deus e da vida depois da morte (Twycross, 2003).

Fradique (2010), refere que os doentes em fim de vida se podem descrever clinicamente de acordo com os seguintes aspetos:

- Deterioração notória e progressiva do estado físico, acompanhado de alteração do nível de consciência, podendo haver alguma desorientação e dificuldades na comunicação;
- Dificuldade progressiva na ingestão de alimentação e na deglutição, devido à debilidade crescente e/ou alterações do estado de consciência, e também falta de interesse pelos alimentos (sólidos e líquidos);
- Falência de múltiplos órgãos (diminuição da diurese, retenção urinária, edemas periféricos e farfalheira), muitas vezes associada a de falência do controlo de esfíncteres e de alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);
- Sintomas físicos, dependendo da doença, no entanto são mais evidentes as alterações da respiração (apneias/polipneia e estertor) e as perturbações da consciência;
- Sintomas psico-emocionais (angústia, agitação, crises de medo ou pânico, pesadelos);
- Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da morte.

Segundo a mesma autora, estes aspetos ajudam o profissional de saúde a identificar e prevenir vicissitudes ao longo do percurso da doença, com o objetivo de melhorar o acompanhamento dos doentes oncológicos em fim de vida.

Os doentes em fim de vida encontram-se numa fase particular que afeta todas as dimensões do seu ser enquanto Pessoa. O enfermeiro deve cuidar do doente em fim de vida, de modo a compreender as suas necessidades globais, não o vendo como um instrumento de trabalho mas sim como alguém único que merece ter uma morte digna.

De facto não é tarefa fácil olhar para o doente em fim de vida e observar todas as suas necessidades, existem inúmeras mudanças ao longo da doença assim como diversos fatores que influenciam o doente, como a sua personalidade, o contexto familiar e a própria doença. A isto damos o nome de individualidade que deve ser respeitada e considerada, é importante identificar os problemas precocemente,

sinalizar os mesmos para poder desenhar um plano de intervenção personalizado e único.

Cada vez mais se verifica um aumento do envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança de vida. Isto deve-se, entre outros, aos inúmeros tratamentos existentes e à insistência de prolongar o tempo de vida mesmo sem qualidade. O número de doentes em fase terminal tende cada vez mais a aumentar.

Segundo Silva (2008) na enfermagem a morte tem uma importância primordial, sobretudo quando falamos em cuidados que envolvem intervenções em doentes sem possibilidade terapêutica de cura. Os enfermeiros são os profissionais que frequentemente mais vivenciam e se envolvem com este processo, sendo provavelmente aqueles que melhor podem interagir e ajudar o doente e a sua família. São os profissionais com capacidade para estabelecer uma relação terapêutica, frequentemente têm situações de proximidade e intimidade, há um contacto permanente com o doente. A proximidade da morte não deve ser a única preocupação do enfermeiro, este deve preocupar-se com o tempo de vida que resta ao doente, pois o ser humano tem um valor único e incalculável que não é inferior em qualquer fase da vida. Todo o processo de morrer deve ser humanizado.

Diazfalusy (1997), citado por Marley (2005) diz que “o fim de vida ótimo não é o conhecimento mas a ação”. Estudos revelam que para nos sentirmos únicos e dignos a chave é a complexidade física, psicológica e social das necessidades existenciais, assim como a sensação de bem – estar, que é adquirida ao sentir que os doentes foram tratados como seres únicos e não como um número ou um caso.

Segundo Vieira (2000), o Código Deontológico do Enfermeiro, refere no artigo nº 87 os deveres subordinados ao respeito pelo doente em fim de vida, onde o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal tem o dever de:

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhe na fase terminal da vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressa pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

O nosso objetivo na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida deve ser acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida. Ao objetivo de curar sobrepõe-se o objetivo de confortar, pelo que é necessário desenvolver habilidades de cuidar relacionadas com o sofrimento, o apoio e a **dignidade**¹, no entanto isto representa um enorme desafio para o enfermeiro. Cuidados em fim de vida exigem mais do que conhecimentos técnicos e científicos, há a necessidade de reconhecer a individualidade da pessoa, através de um estabelecimento de relacionamento interpessoal dando ênfase à Pessoa e suas características, contribuindo assim para humanização nos cuidados paliativos. Perante isto, como profissionais de saúde esperamos ter capacidade em relação à proteção da dignidade, controlo de sintomas associados à doença, mas mais que tudo, ter controlo sobre o processo de morrer.

Deve ser digno da nossa atenção o apoio familiar, estratégias de coping, crenças religiosas, valores, desejos e vontades do doente em fim de vida. Estas ações podem influenciar a forma como lidam com as suas preocupações existenciais, minimizando o seu sofrimento.

Os enfermeiros podem contribuir para a qualidade de vida dos doentes em fim de vida, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto/controlo de sintomas, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila.

Tal como está delineado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, estes têm direito a receber os cuidados apropriados em fase terminal, que deve ser incentivado e facilitado o apoio de familiares, apoio de amigos e apoio espiritual sempre que este for requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

¹“a dignidade humana é um dos princípios gerais da intervenção do enfermeiro - as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da pessoa humana e do enfermeiro - e, em bom rigor, concretiza-se de acordo com o que a pessoa concebe e interpreta como sendo.” (Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2010, p.5).

2.4. Controlo de Sintomas

Como foi referido anteriormente, os pilares que estruturam os cuidados paliativos são quatro: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Será possível prestar cuidados de qualidade se alguma destas áreas for subestimada?

Segundo Twycross (2003), o termo paliativo deriva do latim *pallium* e tem como significado manta ou capa, isto é, os sintomas nos cuidados paliativos são “encobertos” por tratamentos com intuito de promoção do conforto do doente em fim de vida.

O mesmo autor sintetiza a abordagem científica do controlo de sintomas em cinco categorias: avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação continua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados.

A intervenção no controlo sintomático não garante que estejamos a intervir adequadamente no sofrimento do doente, no entanto, negligenciar esta área inviabiliza o sentido e a qualidade de vida que o doente pretende encontrar para o fim dos seus dias.

Por isso, o controlo de sintomas torna-se um dos pilares mais importantes, o seu objetivo é a redução do sofrimento dos doentes e família, promovendo o conforto e a máxima qualidade de vida possível.

O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os vários sintomas que surgem no decorrer da doença, tendo repercussões diretas no bem-estar do doente (Neto, 2010).

O controlo sintomático é essencial na qualidade de vida dos doentes através da identificação, avaliação e tratamento dos mesmos. É evidente a preocupação com a prevenção e o controlo dos mesmos.

Raramente o doente apresenta um sintoma único, o que torna mais complexa a avaliação sintomática (interações medicamentosas, adesão terapêutica, entre outras). Neto (2010) descreve alguns princípios gerais do controlo sintomático:

- Avaliar antes de tratar (determinar as causas dos sintomas);
- Explicar as causas dos sintomas e as medidas de terapia de forma compreensível ao doente e a família;
- Não esperar que o doente se queixe, adiantar-se (perguntar e observar) ao aparecimento dos sintomas;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorizar os sintomas: escalas de pontuação ou escalas analógicas, efetuar registos adequados;
- Reavaliar regularmente as medidas de terapia;
- Ter cuidados com os detalhes: otimizando o controlo dos sintomas e a minimizando os efeitos secundários adversos.

A mesma autora salienta a importância do trabalho em equipa, que sejam discutidos e assumidos os objetivos terapêuticos. Os enfermeiros, devido à proximidade com o doente, tem um papel fundamental na monitorização dos sintomas e consequentemente no sucesso deste processo.

2.4.1. Dor

A dor perturba e intervém na qualidade de vida da pessoa, por este motivo é prioritário o controlo deste sintoma.

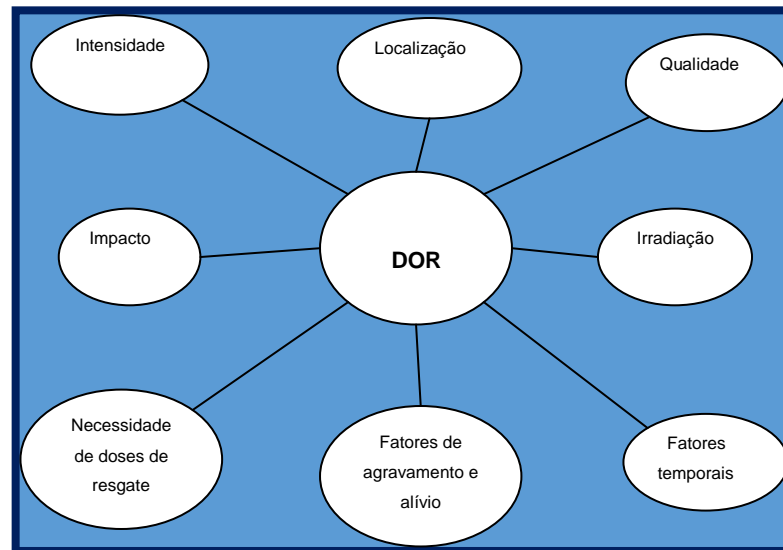
A dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor).

Na realidade, existem inúmeras barreiras ao controlo da dor, apesar dos avanços na medicina mantêm-se os mitos e informação desatualizada, tanto para os doentes/famílias, como para os profissionais de saúde e instituições.

Não podemos desvalorizar a dor referida pelo doente, é importante acreditar e considerar a dor que é referida, tal e qual, independentemente da situação: “a dor é subjetiva e pessoal”.

Quando a dor é avaliada deve-se considerar os seguintes aspetos:

Figura 1. Aspetos a considerar na avaliação da dor



Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

A dor pode ser considerada como aguda ou crónica. A aguda tem um começo definido e relaciona-se com sinais físicos, com ativação do sistema nervoso simpático e com duração de horas/semanas. A dor crónica, o padrão é menos definido, podendo durar meses ou anos (Gonçalves, 2011).

A dor passou a ter expressão formal, isto é, a ter um padrão de avaliação nos cuidados e conseqüentemente na documentação inerente. Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008), a DGS emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que iguala a dor ao 5º sinal vital. É considerada uma boa prática clínica e é obrigatório a avaliação e o registo regular da intensidade, localização, tipo e frequência da dor.

Como profissionais de saúde temos que ter conhecimentos teóricos e práticos no controlo da dor, o que vai proporcionar também conforto ao doente. A dor é uma das complicações do cancro, há necessidade de um plano individual de gestão de dor.

Neste âmbito, encontra-se a necessidade de avaliar o tipo de dor de acordo com os mecanismos subjacentes (Anexo II).

Na realidade, muitos doentes em fim da vida são incapazes de descrever verbalmente a dor, deve ser usada uma alternativa como por exemplo escalas padronizadas. Pode tornar-se mais complicado quantificar a dor. Nestas situações

devem ser avaliados sinais de comportamento, sinais de desconforto na mobilização, prestação de cuidados ou em repouso.

No meu contexto de trabalho a avaliação da dor é feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, através da Escala Numérica da Dor. É registada uma vez por turno, conforme as normas de boa prática. Quando neurologicamente o doente não se encontra capaz de autoavaliar a sua dor, que apresenta limitação da capacidade de comunicação ou cognição, a avaliação é feita através da Escala de avaliação PAINAD (Pain Assessment Demência Scale de Volicer).

A Ordem dos Enfermeiros, segundo o Guia Orientador de Boa Prática - Dor (2008), preconiza que os enfermeiros têm o dever de agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam a dor (Anexo III).

Avaliar regularmente a presença de sintomas e da sua gravidade é um padrão de boa prática. Embora a dor possa ser subjetiva, o facto de estar documentada serve como um indicador da resposta ao tratamento.

Registos específicos e claros da equipa de enfermagem podem contribuir para um ajuste terapêutico mais eficaz. Através de consulta dos mesmos, o médico assistente pode ler a evolução do sintoma, do seu controlo ou não. No entanto vai ajuda-lo na tomada de decisão sobre a analgesia a ajustar/introduzir, seguindo os princípios da Escala analgésica da OMS (Anexo IV).

2.4.1.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dor

Atualmente, o alívio da dor é considerado como um direito humano e básico, não se trata apenas de uma questão clínica mas de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde (Pina, 2012).

O mesmo autor refere que nos dias que decorrem, principalmente nos países em desenvolvimento, os analgésicos mais simples não estão disponíveis. Existem barreiras que interferem como o tratamento para o alívio da dor, são barreiras relacionadas com:

- Doentes (evitam queixar-se; temem que o alívio precoce da dor prejudique o controlo da dor mais tarde; renitentes à toma de alguns analgésicos; vício/dependência de analgesia);

- Profissionais (avaliação deficiente da dor; não valorizar a dor do doente; conhecimento imperfeito sobre fisiopatologia da dor e tratamentos; preocupação sobre efeitos secundários dos analgésicos; vício/dependência de analgesia);
- Sistema de saúde (custo/acesso aos cuidados).

No entanto, um dos aspetos mais importantes no controlo da dor é o uso adequado da terapêutica. Para que o tratamento farmacológico seja eficaz é necessária uma avaliação clínica completa, para adequar e ajustar o tratamento, verificando qual a terapêutica que responde melhor face à dor de cada doente.

Na realidade, o enfermeiro não prescreve, mas o mesmo necessita de conhecimentos para gerir e seleccionar o prescrito (por exemplo: quando existe mais que uma terapêutica de resgate). Pode de uma avaliação justificada emitir opinião e fazer sugestões, assim como também contribuir para a educação do doente e família.

Por este motivo é importante termos conhecimentos sobre as tabelas existentes dos fármacos usados no tratamento da dor no 1º e 2º grau da Escala analgésica da OMS (Anexo V) e usados no tratamento da dor no 3º grau da Escala analgésica da OMS (Anexo VI).

2.4.1.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor

Consoante a nossa experiência pessoal e profissional, questionamos a nossa prática diária de prestação de cuidados. Por vezes, há necessidade de fazer uma pausa e refletir, no sentido de clarificar e resolver estas questões, contribuindo para um enriquecimento e melhoria dos cuidados prestados.

Este pensamento crítico pode contribuir para a nossa formação, neste caso, que nos conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem no que diz respeito ao controlo da dor.

Na nossa prestação de cuidados diária está inerente a administração de fármacos para a prevenção e/ou tratamento da dor. E para além das referidas intervenções farmacológicas, também estão inerentes as intervenções não farmacológicas? A

aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvam a administração de fármacos?

Sapeta (2003), fala na dificuldade em normalizar ou protocolar as atitudes terapêuticas no que se refere às intervenções não farmacológicas. Devemos orientarmo-nos por princípios, evidenciar a necessidade de personalizar e individualizar os cuidados a prestar, tendo em conta a sua interação familiar e social. Justo (2002), citado por Sapeta (2003), diz que os doentes oncológicos e paliativos transmitem permanentemente uma comunicação gerada pelo cruzamento de dois processos diferentes: a sua personalidade e a sua doença. Por este mesmo motivo as estratégias a adotar perante um doente com dor, depende das suas características individuais, idade, nível social e cultural, crenças, valores, estado evolutivo da doença, das suas expectativas relativas ao tratamento e do seu maior ou menor envolvimento, do padrão da dor, da presença de outros sintomas, do alívio obtido com a analgesia e eventuais efeitos secundários.

É imprescindível identificar os problemas existentes a partir da observação, avaliação física, escuta e diálogo estabelecido com doente/família. Não descuidar as prioridades e definir as áreas de ação da equipa de saúde. Existem inúmeras técnicas não farmacológicas, no Anexo VII apresento um quadro que procura resumir e sistematizar alternativas possíveis.

As medidas referidas neste anexo, quando devidamente aplicadas, têm um impacto inquestionável na qualidade de vida do doente. A promoção do conforto é um objetivo fundamental na pessoa com doença avançada. As terapias complementares têm um lugar importante nas variadas intervenções que devem, cada vez mais, estar disponíveis para o doente com dor, cuja cura não é possível (Sapeta, 2003).

No meu contexto, onde alguns doentes se encontram em fim de vida, as intervenções não-farmacológicas que são exequíveis são as intervenções físicas e de suporte emocional, visto contribuírem para um maior conforto nesta fase avançada. As intervenções cognitivas e comportamentais não são adequadas, o doente em fim de vida não se encontra com capacidades cognitivas, normalmente encontram-se numa fase de deterioração, não vígil e não colaborante.

No entanto, é necessário saber aplicar a técnica, ter formação específica. Saber da existência da técnica não nos torna competentes para a poder executar.

Fonseca e Britto (2009), elaboraram um artigo com o intuito de compreender o processo da dor oncológica e abordar algumas técnicas não-invasivas que possam ser utilizadas como adjuvantes no controlo da dor. Tornou-se relevante a busca de técnicas de custo acessível, fácil manuseamento e com poucas contraindicações. Estas terapias proporcionam ao doente senso de controlo da situação, estimulam a responsabilidade e a participação no tratamento, segundo estes autores têm demonstrado eficácia quanto ao alívio do quadro doloroso.

Estes autores fazem referência a estudos realizados em que demonstram que as intervenções não-farmacológicas têm um papel fundamental no alívio da dor associada ao cancro. No entanto fazem referência à necessidade que sejam realizados mais estudos clínicos controlados sobre a eficácia de terapias complementares.

As terapias complementares, associadas ao tratamento convencional do doente oncológico, apresentam melhores resultados: há possibilidade de reduzir o consumo de analgésicos e consequentemente minimizar os efeitos colaterais provocados pela medicação a longo prazo (Fonseca e Britto, 2009).

2.4.2. Dispneia

A dispneia é o sintoma mais comum e frequente em doentes em fim de vida, globalmente analisados o valor situa-se entre os 50% para se situar rapidamente nos 90% (estádios muito avançados), Azevedo (2010).

Segundo o mesmo autor a dispneia é “ a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória”. Refere-o como um fator angustiante e perturbador, causando grande sofrimento para o doente e seus familiares, pode ter grande impacto na qualidade de vida. A gravidade depende de fatores etiológicos, da sensibilidade de cada doente (condicionando o grau de tolerância) e aceitação deste sintoma, é multifatorial.

É um sintoma o qual deve ser tratado de forma rápida e eficaz, pois o seu controlo gera conforto ao doente. A verdade é que os meios complementares de diagnóstico podem levar a mais sofrimento, consequentemente menos qualidade no fim de vida. Muitas vezes somos confrontados com a prestação de cuidados ao doente em fim

de vida e este já não tem capacidade de nos transmitir informação pertinente, informação essa que nos poderia ajudar a identificar o significado de qualidade de vida para o doente. Isto tornaria as tomadas de decisões mais assertivas, visto ser o principal cuidado ao doente em fim de vida.

2.4.2.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia

Por vezes não é possível intervir sob a causa deste sintoma, o tratamento pode passar a incidir sobre o alívio da dispneia. A escolha de farmacologia também depende da gravidade do sintoma, impacto da doença no doente e seu prognóstico. Prevalencem nestes casos a utilização de broncodilatadores, corticoides, opióides, benzodiazepinas e oxigénio (ver Anexo VIII). A Morfina continua a ser o fármaco de eleição como é referido no anexo.

Twycross (2003), cita que uma abordagem positiva ao doente e sua família sobre este sintoma de falta de ar é de facto importante, nenhum doente deve morrer em agonia devido a esta causa. Se não houver sucesso no alívio da falta de ar, deve-se ao insucesso em usar corretamente o tratamento farmacológico (a via de eleição é a via subcutânea, em muitos caso, por perfusões contínuas).

“Os doentes e seus prestadores de cuidados devem aceitar que a sonolência pode constituir o preço a pagar por um maior conforto” (Twycross, 2003).

O mesmo autor salienta que em fases avançadas apenas se justificam medidas gerais não farmacológicas (para assegurar o bem estar do doente), cuidados de enfermagem e terapêutica farmacológica para controlo do sintoma.

2.4.2.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dispneia

Efetivamente a atuação de enfermagem pode passar no cumprimento do esquema terapêutico prescrito e/ou no tratamento sintomático para aliviar a dispneia. É visível a melhoria da qualidade de vida do doente se o sintoma em questão estiver devidamente controlado.

No âmbito das intervenções não farmacológicas, a nossa intervenção tem que passar obrigatoriamente por uma avaliação detalhada da dispneia e dos fatores qua

a aliviam, promovendo assim técnicas de relaxamento, de treino respiratório e prestando apoio psicossocial a doentes e familiares.

Segundo Gonçalves, Nuno e Sapeta (2012), a chave para o alívio da dispneia passa por dirigir as nossas intervenções ao indivíduo, visualizando-o como um todo, holisticamente. Devemos escutar o doente, evitar dizer apenas "acalme-se".

Onrubia (2000) fala da importância de uma cama perto de uma janela num quarto arejado (diminui a sensação da falta de ar), colocar o doente numa postura confortável e proporcionar um ambiente tranquilo (diminui a ansiedade).

Para diminuir a falta de ar também pode ser utilizada uma ventoinha direcionada à cara do doente, ou manter uma janela aberta para sentir a corrente de ar na face (provavelmente pela estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigémeo), Gonçalves, Nuno e Sapeta (2012).

A aplicação de terapias complementares tais como a musicoterapia, yoga, acupuntura, entre outras, trazem benefício para o alívio da dispneia.

Como referido no subcapítulo das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, faço novamente referência à necessidade da formação específica para se poder aplicar algumas técnicas referidas acima. Saber da existência da técnica não nos torna competentes para a poder executar.

Gonçalves, Nunes e Sapeta (2012), propuseram-se a estudar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor no contexto de Cuidados Paliativos.

Estes autores dizem que a sensação de falta de ar não envolve somente o corpo e a mente, mas também o espírito, sendo a dispneia um dos sintomas mais angustiantes e frequentes em doentes com doença avançada e incurável, bem como em doentes oncológicos.

Na revisão sistemática de literatura que efetuaram, pode-se verificar a eficácia e a importância das intervenções não farmacológicas juntamente com as intervenções farmacológicas no alívio da dispneia.

3. PERCURSO REALIZADO

Após a etapa de aprendizagem teórica e teórico-prática, finalmente deparei-me com a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos.

Para Benner (2001), a experiência traz-nos a formação necessária de modo a atingir a especialização e conseqüentemente atingir um nível de cuidar de Excelência. Perante isto, durante os ensinamentos clínicos tive o cuidado de mobilizar, aplicar e pesquisar novos conhecimentos, tendo em conta sempre uma reflexão crítica do meu desempenho, para poder aplicar estes conhecimentos de forma assertiva, com vista ao desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

3.1. Ensino Clínico na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

O referido ensino clínico decorreu numa equipa de um Hospital Central de agudos da área de Lisboa (150 horas). A minha escolha recaiu nesta Equipa de nível 1, porque garante o apoio às pessoas, quer em internamento quer em ambulatório, com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, tentando propiciar mais qualidade de vida com dignidade e cuidados de saúde humanizados. Presta também aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos às equipas dos Serviços, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção, quando solicitada a sua atuação. Realiza formação, investigação e consultoria aos profissionais, indo ao encontro dos meus objetivos pessoais e profissionais. Garante novas experiências, novos conhecimentos e validação de tantos outros.

É uma equipa multidisciplinar com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, com espaço próprio para a coordenação das suas atividades. É constituída por três Enfermeiros, uma Enfermeira chefe, uma Médica, um Psicólogo, uma Assistente Social, uma Assistente Operacional e uma Administrativa. Tem como valências: consulta externa, interconsulta, consulta sem presença do utente (monitorização telefónica) e consulta de luto.

A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) refere que os cuidados prestados à pessoa doente e família, em equipas de suporte ou unidades de internamento, integram quatro componentes fundamentais:

- Avaliação das necessidades da pessoa doente e família;
- Estabelecimento de objetivos terapêuticos;
- Cuidados ativos, globais e integrados à unidade a cuidar e educação;
- Formação da pessoa doente e família.

Posso afirmar que esta unidade, tendo em conta a sua intervenção específica, tem como intuito a promoção de conforto e uma melhor qualidade de vida do doente e sua família através do apoio nas referidas vertentes (controlo sintomático, boa comunicação e trabalho em equipa).

Não posso deixar de evidenciar como foi importante identificar, analisar e compreender como se articulam a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) dentro de um hospital de agudos, quais as suas atividades e quais as suas barreiras.

3.1.1. Objetivo a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Todas elas me trouxeram ganhos a nível da formação pessoal e profissional. Permitiu-me um adquirir novos conhecimentos e consolidar anteriores.

Também tive a oportunidade de realizar outras atividades não planeadas. Foi-me dada a oportunidade de frequentar alguns módulos do curso “Luto e Perdas”, consoante a disponibilidade e interesse dos temas para o meu projeto. Neste curso foram abordados temas tais como o “Plano de Cuidados em fim de vida”, em que se salientavam a importância da discussão do prognóstico, dos objetivos do tratamento (proporcionar um maior conforto e uma maior qualidade de vida) e frisaram a necessidade de validar a preferência do local de morte para o doente e para a família.

Outro tema abordado e que para mim fez todo o sentido foi “Prescrição em fim de vida” e “Cuidados de Enfermagem em fim de vida”, houve um momento em que tivemos a oportunidade de participar e dar ênfase à nossa opinião sobre a simplificação terapêutica, e sobre a antecipação da prescrição medicamentosa para sintomatologia previsível, assim como sobre a descontinuação de intervenções inapropriadas, tais como monitorização de sinais vitais, colheitas de sangue, avaliação de glicémia capilar, entre outras.

Nós, enfermeiros, temos um papel importante de cooperação através de intervenções interdependentes. Uma grande parte das vezes passa por nós a avaliação dos sintomas, o seu controlo ou descontrole. Permanentemente fazemos uma reavaliação sistemática do controlo sintomático.

Um tema abordado e um pouco polémico, foi a alimentação; neste curso deixaram bem saliente que se deve ponderar a manutenção de alimentação e hidratação: Entubação nasogástrica versus Dieta Zero.

Todas estas ponderações/intervenções têm como objetivo o conforto e bem-estar do doente em fim de vida. O que significa o fim de vida para o doente? Quais são as suas vontades? Os seus valores? As suas crenças?

Durante o Ensino Clínico tive a oportunidade de estar presente na consulta de Enfermagem, de acompanhar a minha orientadora pelo apoio intra-hospitalar (apoio aos diferentes serviços quando solicitado, primeira vez ou continuidade) e ainda me foi concedida a oportunidade de estar presente durante três dias na Unidade da Dor (não estava planeado nas minhas atividades, mas pareceu-me oportuno observar, participar e adquirir novos conhecimentos neste contexto). Foi de facto interessante

para mim observar técnicas que não pratico diariamente, técnicas essas numa fase inicial de aplicação (como por exemplo o ozonoterapia).

Com este objetivo, foi-me possível também:

- Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar e sua articulação com as restantes equipas de saúde da instituição;
- Identificar as principais barreiras na articulação dos cuidados intrainstitucionais, no apoio à pessoa doente em fim de vida e sua família;
- Compreender o funcionamento da equipa na Rede de Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar o percurso que o doente realiza até chegar à Unidade de nível 1;
- Identificar os recursos disponíveis.

3.1.2. Objetivo b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Tanto na consulta externa que tinha acompanhamento de um enfermeiro, como no apoio intra-hospitalar, através da colheita de dados, e dos momentos que foi possível intervir com a família, permitiu-me de algum modo conhecer a complexidade e singularidade da Pessoa qual o seu ideal de conforto.

Sem dúvida que a consulta externa nesta Unidade me trouxe uma compreensão diferente sobre o papel dos cuidadores principais. São pessoas rodeadas de dúvidas que necessitam ser esclarecidas e de medos que têm de ser ajudadas a ultrapassar, só assim poderão viver mais tarde os seus lutos tranquilamente. Tentei que a minha principal função fosse facilitar a comunicação entre doente e família, nem sempre é fácil estarmos preparados para a partida do nosso ente querido e por isso torna-se difícil ouvir o que nos têm para dizer.

Para a família que cuida no domicílio, é imprescindível que o profissional valorize de forma explícita os cuidados que a família dedica ao seu doente. Neste contexto

promove-se a verbalização de dúvidas/anseios face a aspetos do cuidar e incentiva-se a difícil tarefa, que é o cuidar de um doente em fim de vida (Sousa, 2010).

Na referida consulta externa era evidente o cuidado com os familiares/cuidadores.

Neste local, na maioria dos casos, o sintoma mais descontrolado era a dor, era visível o desconforto, o fácies de dor. Segundo Diniz (2012), a dor oncológica está presente em quase metade dos doentes ao longo das várias fases da vida, mas em situação terminal, chega a afetar 70% a 90% dos mesmos.

Em equipa rapidamente se desenvolviam intervenções para controlar este sintoma, através de terapêutica, através de técnicas de relaxamento e através do toque terapêutico. Tive a oportunidade de aprender, desenvolver e aplicar uma técnica de suporte emocional: o toque terapêutico. Através desta intervenção era visível o relaxamento, a redução de ansiedade e o controlo da dor, naquele instante era promovido o apoio e a segurança através do contacto pele a pele.

A partir deste ponto era possível uma maior proximidade, escutar a pessoa falar da sua vivência em fim de vida, do seu contexto, dos seus recursos, da sua dinâmica familiar e de si mesmo.

Na consulta externa era elaborada uma colheita de dados muito completa (na primeira consulta - onde tive oportunidade de assistir e intervir) recolhendo informação imprescindível ao planeamento de cuidados. E este planeamento era atualizado a cada consulta, consoante a mudança de necessidades.

Para mim prestar aconselhamento diferenciado nos Serviços, prestar cuidados diretos e orientação no plano individual de intervenção trouxe-me realização profissional e pessoal. Prestar cuidados de excelência ao doente em fim de vida, controlando sintomas para promoção de conforto, era tudo o que tinha desenvolvido neste último ano. O aconselhamento direto aos colegas trouxe-me trocas de experiências e novas aprendizagens, no entanto nem sempre a equipa era bem aceite nos serviços.

A maioria das vezes a equipa era solicitada quando o doente já estava em fase agónica, com descontrolo total de sintomas, com medidas inapropriadas e futilidade terapêutica. A equipa intervém de forma a combater todo o desconforto, mas nem sempre o plano era cumprido, nem sempre havia continuidade de prescrições.

No entanto houve casos em que foi possível reverter este quadro e atingir-se um objetivo: o doente confortável, numa fase agónica mas visivelmente tranquilo, sem evidência de desconforto.

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos tem um espaço reduzido, não dispõe de camas de internamento para controlo sintomático agudo, propiciando internamento nos vários serviços do hospital, e muitas vezes não há articulação dos serviços com a equipa.

Apesar da Equipa disponibilizar o seu contacto 24h/dia, não existe um espaço físico para esse funcionamento.

Ainda era visível nos serviços que se efetuava consultoria a abordagem do não há nada a fazer, a própria instituição está mais direcionada para abordagem curativa.

Era meu interesse ter um caminho responsável, de aprendizagem contínua, seguindo orientações da Equipa. Na verdade, todo o meu estudo e conhecimento teórico foi sustentado pela teórica de enfermagem Katherine Kolcaba, que defende o conforto como “ a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”. E esta citação vai ao encontro do meu objetivo principal: promover o conforto, em toda a sua plenitude.

Neste objetivo propus-me realizar um jornal de aprendizagens como um critério de avaliação, identificando necessidades tais como: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença oncológica em fim de vida. Mas com consentimento da Enfermeira Orientadora e da Professora achei pertinente elaborar uma reflexão da intervenção da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e uma mesa de discussão (será descrito no objetivo seguinte).

3.1.3. Objetivo c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Este objetivo fez-me muito sentido e trouxe-me prazer pessoal e profissional ao atingir, porque para além de planear foi-me possível prestar diretamente os cuidados.

Os cuidados diferenciados que planeei e prestei foram direcionados para o controlo e avaliação dos sintomas, apoio à família, comunicação eficaz e trabalho em equipa, de forma a promover o bem-estar e qualidade e vida da pessoa doente e família, dando significado à vida dos mesmos (Twycross, 2003).

Por vezes, as competências relacionais sobrepuseram-se à técnica, foi dada importância à simples presença, à escuta, ao toque ou à palavra e isso conduziu a sensação de bem-estar, não apenas minha, mas do doente também. Twycross (2003) afirma que quando o prestador de cuidados transmite à pessoa doente que se preocupa com a sua singularidade, confere significado à sua vida. Uma pessoa doente não quer ser considerada apenas um corpo com uma doença, espera ser considerada como uma pessoa.

Tomei consciência que só poderia elaborar planos de cuidados personalizados, em função das suas necessidades, depois de conhecer o doente e a sua família (fosse através do doente, da família, da colheita de dados, de outros dados possíveis de obter no processo clínico). Assim é possível dar apoio e suporte às pessoas internadas ou seguidas em consulta externa, neste Centro Hospitalar, propiciando mais qualidade de vida, dignidade e cuidados de saúde humanizados.

Com a colaboração do Enfermeiro Orientador desenvolvi diferentes atividades inerentes ao cuidar a pessoa doente em fim de vida e sua família, aplicando os conhecimentos adquiridos na área de especialização.

Foi minha preocupação demonstrar consciência crítica, elevado nível de competência, capacidade de reação e de adaptação a novas situações, baseada em conhecimentos técnico-científicos, agindo em função do estado da pessoa doente em fim de vida.

Como critério de avaliação realizei um Estudo de Situação referente a um doente em fim de vida (ver Anexo IX). Neste caso em concreto foi possível visualizar as

barreiras existentes entre os Serviços e a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Na realidade o doente não teve um fim de vida tranquilo, digno e confortável. Perante isto achei interessante realizar uma reflexão sobre o caso e na apresentação fazer uma mesa de discussão (abordando os temas pertinentes), tendo sido muito interessante porque a equipa de enfermagem acabou por se envolver, muito participativa e demonstrando uma grande inquietação neste caso concreto. Foi um processo muito construtivo.

3.2. Ensino Clínico na Unidade de Cuidados Paliativos

O referido ensino clínico decorreu numa Instituição na área de Lisboa com duração de 150 horas. A minha escolha passa por esta equipa de nível 2, porque que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença avançada, progressiva e incurável e sua família/cuidador, de acordo com as melhores práticas clínicas e eficiência, contribuindo para o bem-estar bio-psico-social e espiritual dos doentes. A equipa atua no controlo eficaz de sintomas, resposta ativa e global às necessidades dos doentes, incentivando sempre a participação do cuidador no apoio ao doente e proporcionando sempre um ambiente seguro, confortável, humanizado, promovendo a autonomia e qualidade de vida.

Este estágio fez-me sentido, adequou-se completamente ao projeto que desenvolvi, garantiu-me novas experiências, novos conhecimentos e validação de tantos outros. Tem a especificidade do controlo de sintomas em que pretendo desenvolver competências (dor e dispneia), com o objetivo de nas 48h seguintes se encontrarem num registo ajustado/controlado.

A Unidade em questão preconiza o máximo respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, assegura cuidados de excelência a adultos portadores de doenças crónicas e progressivas, qualquer que seja o estadio da doença de base e dá suporte às suas famílias/cuidadores.

De um modo geral, no período em que realizei o Estágio, o perfil do doente internado é o doente oncológico. A maioria dos doentes são referenciados à equipa

por necessidade de controlo sintomático, exaustão familiar, continuidade de cuidados e necessidades sociais.

Salvaguardando as estruturas e áreas de intervenção específicas dos diferentes serviços onde pode estagiar, o objetivo geral de ambos é o de promover um melhor bem-estar e qualidade de vida à pessoa doente e família, através do controlo sintomático, de uma boa comunicação, do trabalho em equipa e do apoio e resposta efetiva às necessidades da família.

- 3.2.1. Objetivo c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Efetivamente a prestação direta e/ou apoio nas 24 horas à pessoa em fim de vida, traz uma diferente visualização da evolução do doente, pelo aspeto positivo. É interessante como a equipa recebe e posteriormente trabalha cada doente. Quando chegam numa primeira fase em descontrolo de sintomas, em que a equipa atua imediatamente para reverter a situação, em que os familiares sentem dúvidas, receios, angústias e com pequenas intervenções/momentos é visível o reajuste de toda a situação doente/família.

Este objetivo foi possível atingir porque a maioria dos elementos têm formação diferenciada em Cuidados Paliativos e o elemento com funções de chefia tem formação avançada em Cuidados Paliativos, tal como preconizado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010). Foi sentido um apoio neste contexto, para além da experiência a equipa tinha conhecimentos teóricos.

Deparamo-nos com uma época cada vez mais dominada pela técnica, surgindo assim a necessidade de refletir e ter consciência sobre o papel do cuidar como essência do ser Enfermeiro. A Enfermagem possui um leque de intervenções que são inerentes à vida das pessoas e necessárias à promoção do seu bem-estar, existem vários cuidados como a higiene, a alimentação e o conforto, que

proporcionam à Enfermagem uma relação privilegiada. Aqui pode manifestar uma grande atenção à pessoa doente em fim de vida e sua família.

O Cuidar Humanizado foi um imperativo ético e tornou-se o foco central e unificador da prática de Enfermagem. Como afirma Benner (2001), a pessoa é um ser interpretativo que se vai construído ao longo da vida e pode assumir vários papéis. Neste sentido, é o reflexo das vivências experimentadas ao longo da vida que a definem e a levam a agir de uma ou outra maneira.

A minha integração foi feita de forma progressiva, para o qual contribuiu a atitude facilitadora e disponibilidade demonstrada por toda a equipa multiprofissional. A consulta de protocolos instituídos na Unidade, a observação e colaboração na intervenção do Enfermeiro Orientador e o suporte teórico foram medidas facilitadoras para atingir este objetivo, permitindo-me demonstrar e mobilizar conhecimentos no controlo de sintomas na pessoa em fim de vida.

- 3.2.2. Objetivo b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Para poder identificar as necessidades do doente em fim de vida, necessitava conhecê-lo, ter em conta toda a sua vivência, as suas crenças e valores.

A entrada de um doente na Unidade é criteriosa, é feita uma avaliação de necessidades segundo os dados colhidos e disponíveis. Obedece a normais tais como sofrer de uma doença avançada, progressiva e incurável. Há uma avaliação do caso clínico pela equipa de saúde, por norma apresentam sintomas descontrolados e exaustão do cuidador.

Na entrada de um doente é feito o acolhimento do mesmo, num ambiente tranquilo e acolhedor, sem dúvida é o momento de eleição para conhecer o doente e sua família, a sua complexidade e singularidade. Estabelece-se uma relação com o

doente e família, indo ao encontro das suas necessidades, fazendo perguntas abertas, deixando algumas “questões no ar”, de forma a suscitar o objetivo primordial do internamento da doente. A maioria dos doentes e família entram em sofrimento visível, que a família já não está funcional mediante as necessidades da pessoa doente, sem uma resposta ativa.

Segundo Reigada (2010) a maior parte das vezes o sofrimento ocupa todos os atos e sentimentos quando se faz referência ao investimento em termos de tratamento curativo. Cada família é única, há necessidade do seu tempo de adaptação. Há necessidade de compreender a funcionalidade desta família para a tarefa do cuidar, se estão em sintonia.

Depois das necessidades identificadas é realizado o Plano Individual de Intervenção, para poder intervir no controlo de sintomas. A equipa em questão consegue ser muito efetiva neste primeiro momento, pela sua disponibilidade, pela “condução” inicial do acolhimento, pela qualidade na avaliação e previsão das necessidades desta doente e família. Por englobar e considerar todos os fatores envolventes da doença da pessoa em questão. É um momento delicado, é onde a pessoa e família vão passar um período de tempo privados do seu ambiente natural, mudando rotinas e hábitos. Posso afirmar que é da competência do enfermeiro promover confiança neste primeiro contacto para posteriormente existir uma relação mútua de ajuda para proporcionar cuidados individualizados, cuidados promotores de conforto.

Kolcaba (2003) diz-nos que conforto é “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”. O saber que é adquirido pela prática e a mobilização dos pressupostos teóricos nestes estágios permitiu-me compreender que as nossas intervenções devem deixar de ser apenas tarefas (como designadas em muitos locais) e passem a ser um cuidado que resulte na satisfação das necessidades humanas, promovendo o bem-estar. Deste modo potenciamos o desenvolvimento da pessoa doente, integrando diferentes conhecimentos e dando ênfase os valores humanos.

Neste objetivo propus-me realizar um jornal de aprendizagens como um critério de avaliação, identificando necessidades tais como: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença oncológica em fim de vida. Mas com consentimento da Enfermeira Orientadora e da Professora achei pertinente elaborar

uma reflexão sobre a intervenção da equipa de cuidados paliativos num caso em concreto, relativamente ao Estudo de Situação.

- 3.2.3. Objetivo c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes

Atividades Desenvolvidas

Todas as atividades planeadas (consoante o Projeto de Estágio - Anexo I) foram realizadas. Nesta equipa planear cuidados era rigoroso, era elaborado um Plano Individual de Intervenção (segundo o Regulamento Interno) e tinha como objetivo registrar e sistematizar todas as intervenções interdisciplinares realizadas ao doente e família, com necessidade de avaliação regular com o intuito de facilitar o envolvimento do doente e família.

Durante este estágio foi-me possível compreender a importância de ter em conta não só as necessidades/problemas do doente/família mas também, as suas potencialidades e expectativas.

O meu cuidar ao longo do estágio caracterizou-se pelo desenvolvimento de intervenções que favorecessem o ajustamento da pessoa doente em fim de vida e sua família a um novo sentido da vida - certeza da morte.

Para além de toda a farmacologia administrada, também tive o privilégio de aprender e praticar técnicas não farmacológicas no alívio da dor e da dispneia (referidas no quadro conceptual) e a sua eficácia é real.

O estágio nesta Unidade de Cuidados Paliativos permitiu-me desenvolver competências técnicas e relacionais, e colocar em prática a ideia que há sempre alguma coisa que se pode fazer.

Aprendi a cuidar do doente como um todo, como ser único, promovendo o controlo de sintomas, estabelecendo uma comunicação eficaz, envolver a família e recorrer a uma equipa multidisciplinar para enfatizar a satisfação das necessidades sentidas.

Nas situações em fim de vida, a relação de ajuda ganhou um papel relevante, pois através da mesma foi possível promover as medidas globais preconizadas por Benner (2001):

- Assegurar o conforto da pessoa doente em fim de vida e preservar a sua dignidade;
- Estar com a pessoa doente;
- Otimizar a participação da pessoa doente;
- Escolher as estratégias adequadas para o controlo sintomático;
- Proporcionar conforto e comunicar pelo toque;
- Proporcionar apoio afetivo e informar as famílias da pessoa doente;
- Agir como mediador na gestão de mudanças nos planos emocional, físico, psicológico e cultural;
- Promover ambiente terapêutico e utilizar objetivos terapêuticos de forma a proporcionar o melhor bem-estar e qualidade de vida possível.

Para mim, foi sempre um desafio constante interpretar os acontecimentos e ajustá-los aos objetivos da equipa, de modo a promover um meio confortável ao doente, tranquilo de forma a promover uma morte digna.

Qualquer situação que possa requerer cuidados de saúde é um estímulo para o indivíduo. A necessidade de cuidados de saúde, associado às intervenções de enfermagem, tendo em conta as variáveis intervenientes, leva a um aumento do estado de conforto (Kolcaba, 2009)

Durante o estágio pude verificar que o doente não é apenas um cidadão a quem não pode faltar o direito de assistência adequada e necessária. O doente é uma pessoa com família, que se confronta com a finitude da vida, que se confronta com a dor, com o sofrimento e que encara uma realidade injusta e tem necessidade de se completar e ajustar no registo biológico, psicossocial e espiritual.

Como critério de avaliação realizei um Estudo de Situação referente a um doente em fim de vida com descontrolo do sintoma dor e dispneia (ver Anexo X), foi um doente que tive oportunidade de acompanhar desde a admissão até ao seu fim de vida. Tentei traduzir neste estudo toda a história do doente, falando da sua doença e não descuidando a sua história pessoal, os seus valores, as suas expectativas. Dei

ênfase a todo o desenvolvimento clínico, a variada administração de terapêutica para controlo de sintomas, objetivando o conforto.

É de valorizar como a equipa tem em conta o doente, o seu fim de vida, numa vertente holística. Segundo Estanque (2011), a pessoa em fim de vida possui um valor inestimável como outra pessoa numa fase diferente da vida humana, tem de existir uma maior humanização no processo de morrer.

Considero que este estágio nesta Unidade de Cuidados Paliativos foi um privilégio, é um centro de referência a nível nacional, foi bastante enriquecedor não apenas do ponto de vista profissional, mas também como pessoal, uma vez que há imensos valores humanos que me foram transmitidos neste contexto.

3.3. Ensino Clínico no contexto onde exerço funções

O referido ensino clínico decorreu num Centro Hospitalar da área de Lisboa, onde exerço funções, com duração de 200 horas. A minha escolha passou por esta equipa com o intuito de mobilizar toda a aprendizagem efetuada no percurso teórico e prático do curso em questão. Inicialmente o objetivo era adequar os cuidados paliativos nesta área, apoiar a pessoa em fim de vida e conseqüentemente a sua família, promovendo conforto através do controlo de sintomas, mais concretamente dor e dispneia (consoante o plano de atividades do Projeto de Estágio - Anexo I). No entanto, devido à inexistência de doentes nesta fase em fim de vida, os objetivos tiveram que ser repensados e adaptados à situação em questão. Por este motivo, fez-me sentido abordar de uma forma global o meu percurso neste ensino clínico.

Primeiramente elaborei um questionário (Anexo XI) neste ensino clínico dirigido à equipa de enfermagem, no sentido de validar as necessidades, inicialmente por mim identificadas.

A equipa é constituída por 25 elementos, dos quais 7 elementos não responderam por se encontrarem ausentes do serviço por várias razões. No total preencheram o referido questionário 18 enfermeiros.

Após o questionário foi visível que as necessidades por mim identificadas inicialmente, também eram as necessidades da equipa de enfermagem. Isto é, os sintomas mais frequentes e com mais dificuldade em controlar no doente oncológico

em fim de vida, na nossa realidade, são a dor e a dispneia. A referir que uma percentagem também referiu a ansiedade como sintoma frequente.

Todos os entrevistados consideraram que o controlo de sintomas contribui para o conforto do doente oncológico em fim de vida.

Neste questionário os enfermeiros concordaram sobre a necessidade de formação em serviço e na elaboração de um guia de consulta referente ao controlo de sintomas para promoção do conforto no doente oncológico em fim de vida.

Nas atividades do Projeto de Estágio referentes a este ensino clínico (Anexo I) já estava incluído a elaboração de um Guia de Boas Práticas para orientação da equipa de Enfermagem, no entanto após alguma ponderação, fez-me mais sentido elaborar um Guia de Consulta - Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto (Anexo XII). A elaboração deste guia deu-me um enorme prazer, por toda a pesquisa efetuada, por todo o conhecimento adquirido, por ser um objetivo com intuito de orientação da equipa de enfermagem e de divulgação de informação. É um meio de consulta rápida, para ajudar a controlar eficazmente a dor e dispneia com o intuito de promover o conforto do doente em fim de vida através de intervenções paliativas.

Considero que este guia pode constituir-se como suporte ao desenvolvimento científico da equipa de Enfermagem do serviço em questão, reforçando a capacidade de tomada de decisão inerente aos cuidados de Enfermagem, promovendo a qualidade dos mesmos.

Durante o ensino clínico um dos grandes objetivos passou pela dinamização e sensibilização da equipa de enfermagem, no que diz respeito ao controlo de sintomas do doente em fim de vida, para promoção do conforto. Foram inúmeras as conversas informais com os colegas, que ao longo deste percurso demonstraram interesse e necessidade de esclarecimento de dúvidas. Foi interessante introduzir o conceito de hipodermoclise, grande parte da equipa não tinha conhecimento sobre a técnica, assim como administração de inúmeras terapêuticas por esta via, as suas indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens.

Outro ponto aliciante foi dar a conhecer as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor e da dispneia, por ser uma área que se encontra em desenvolvimento, que em conjunto com as intervenções farmacológicas têm uma ação eficaz.

Este papel de sensibilização/dinamização foi para mim muito construtivo, no sentido em que desenvolvi competências nesta área. Foi motivar a equipa de enfermagem um cuidar personalizado, um cuidar holístico, não nos remetendo apenas à execução da técnicas.

Tal como refere Oliveira (2011), toda a arte de cuidar implica uma relação interpessoal, incluindo aspetos emocionais, culturais e espirituais do doente e sua família. A nossa atuação enquanto enfermeiros pretende dar resposta a diversas necessidades dos doentes e família.

Na realidade, não ter tido doentes em fim de vida, provavelmente contribui para o facto de não conseguir envolver por completo a equipa interdisciplinar.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Por vezes deparamo-nos com a questão de que a intervenção curativa já não é viável, já não é o caminho a seguir. Neste momento levam-se questões relativas à finitude, ao sentido da vida. No entanto os profissionais de saúde, a família e principalmente o doente são confrontados com vários dilemas em fim de vida.

Durante a minha prática clínica neste contexto, os meus cuidados visaram atenuar os sintomas da doença oncológica na pessoa em fim de vida, de forma a promover o conforto e também de algum modo preservar a sua dignidade humana, com intuito de melhorar a qualidade de vida.

Reconheci cada pessoa doente e família, como pessoas autónomas e livres, respeitando as suas vontades e decisões. Foi permitido à pessoa doente e família ter acesso à informação que desejava, envolverem-se nas tomadas de decisões referentes ao seu plano terapêutico.

Nos ensinamentos clínicos que foi possível, o plano de intervenção foi proporcional para cada situação de forma a garantir o bem-estar, aliviar o sofrimento e promover o conforto em fim de vida através do controlo de sintomas.

Conciliando as competências técnicas com as competências relacionais, os cuidados que prestei tiveram como objetivo a pessoa doente e não a doença da pessoa, no sentido de otimizar a qualidade de vida do doente e família. Procurei que os meus cuidados fizessem sentido para cada pessoa em questão, respeitando a sua autonomia e a sua individualidade, conforme preconiza Nunes (2008).

Procurei que a minha prática clínica fosse fundamentada em bases sólidas e válidos padrões de conhecimento, que as minhas ações fossem fundamentadas em conhecimentos com evidência científica, permitindo-me assim agir na prática clínica com consciência crítica de forma a demonstrar competências específicas no cuidar.

Procurei apresentar uma reflexão crítica e construtiva sobre a prática diária, sobre a partilha de experiências e sobre situações que fomentassem a aprendizagem para ampliar os conhecimentos.

Os conhecimentos adquiridos permitiram-me desenvolver competências numa perspectiva de Enfermagem Avançada, ou seja, uma maior competência para um desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal (Silva 2007).

O conjunto de competências especializadas adquiridas no domínio dos Cuidados Paliativos, pode ser mobilizado para outros contextos de cuidados. Posso, neste momento, assumir um papel diferenciado na equipa interdisciplinar; dinamizar processos de mudança e inovação na prestação de cuidados de enfermagem no serviço onde exerço funções, orientados para o controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida; e promover uma atitude científica como determinante do cuidar em Enfermagem Paliativa no domínio da Oncologia.

Nós, profissionais de saúde temos consciência que os familiares desempenham um papel importante na vida da pessoa doente. Deste modo, é primordial envolver a família no cuidado em fim de vida, de um modo personalizado, ajustando a família à situação vivenciada.

Para Piedade (2007), os enfermeiros ainda encaram a fase final de vida como perturbadora e difícil de lidar, estes doentes exigem uma prestação de cuidados diferenciados. A complexidade do sofrimento e os vários fatores físicos, psicológicos e existenciais nesta fase obrigam a que na sua abordagem estejam presentes os princípios éticos, que devem ser considerados no que respeita ao processo de tomada de decisão, entre diferentes opções, no âmbito dos cuidados paliativos.

Muitas são as questões sem resposta que se transformam em dilemas éticos. Nas situações em fim de vida há uma enorme mistura de sentimentos, dúvidas, sofrimento, medo, perda e revolta tanto para o doente e família, como também para os profissionais de saúde.

A autora acima referida cita que é possível prolongar a vida de um doente em fim de vida e diminuir o seu sofrimento, no entanto levantam-se inúmeras questões éticas e para grande parte destas interrogações não existem respostas definitivas e

universalmente aceites. Muitas vezes revelamos profundas dúvidas sobre a opção mais correta a tomar, contudo o bom senso, uma boa comunicação, considerar os objetivos dos cuidados no doente em fim de vida, conhecer os desejos do doente e manter uma boa relação de equipa poderá ajudar a escolher o melhor caminho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, penso ter atingido os objetivos propostos e conseqüentemente ter desenvolvido as competências propostas e inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

A experiência dá-nos formação necessária para atingir a especialização e um nível de cuidar de excelência. Tal como refere Benner (2001), a perícia torna possível a tomada de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de Enfermagem, tornando possível a interpretação de situações clínicas e a tomada de decisão.

Efetivamente, os ensinamentos clínicos permitiram-me desenvolver uma atitude/capacidade crítico-reflexiva, assim como adquirir competências através dos conhecimentos teóricos com recurso a diferentes fontes de conhecimento, tendo um crescimento contínuo e sistemático.

Procurei sempre ser uma profissional ponderada, reflexiva, construindo competências, adquirindo novos conhecimentos e aprofundando outros, a partir das experiências práticas.

Na realidade, a articulação da minha atividade laboral com o exercício das atividades do estágio, trouxe-me algumas dificuldades de gestão de tempo. No entanto foi possível realizar com esforço e vontade de querer implementar o projeto proposto.

Todo o meu percurso tem como finalidade, desenvolver na minha prática diária, intervenções no controlo de sintomas, mais concretamente, dor e dispneia, no doente oncológico em fim de vida para promoção do conforto. Espero que os doentes em fim de vida possam ter acesso a cuidados diferenciados e especializados nesta área do Cuidar. Pretendo manter o acompanhamento do

doente em fim de vida ao longo de todo o seu internamento no serviço onde exerço funções, mantendo uma voz ativa/participativa em todo o seu plano de intervenção. Espero que este meu percurso seja benéfico para o serviço e principalmente para o doente, que consiga fazer a diferença na arte do cuidar.

6. BIBLIOGRAFIA

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP*. Lisboa: ANCP.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. *O que é a dor?* Acedido a 08/07/2013. Disponível em:

<http://www.apeddor.com/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c&id=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5>.

Azevedo, A. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 191-202. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bernardo A., Rosado J., Salazar H., (2010). Trabalho em Equipa. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 761-772. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Chahine, L.M., Malik, B., & Davis, M. (2008). Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *European Journal of Neurology*, 15, 1265–1272. Retrieved from EBSCOhost

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19049542&site=ehost-live>

Diniz, L. (2012). Dor Crónica. In Ritto C., Rocha F.D., Costa I., Diniz L., Raposo M.B., Pina P.R., Milhomens R., Faustino S.A. *Manual de Dor Crónica*. (pp 87-100).Lisboa. Fundação Grünenthal.

Direcção-Geral da Saúde (2007). Plano Nacional de Doenças Oncológicas 2007/2010. Acedido dia 17/02/2014. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+prioritarios.htm#a4e> http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf.

Direcção-Geral da Saúde (2013). Portugal, Doenças Oncológicas em números – 2013. Acedido dia 17/02/2014. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*.

Acedido a 29/06/2013. Disponível em:

http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_%28DGS_13-7-2004%29.pdf

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In A. M. Tomey, M.R. Alligood (Coords). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (pp. 481 – 495). Loures: LUSOCIÊNCIA.

Estanque C. (2011). *A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida. Uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa

Fonseca J.F.D., Britto M.N. (2009). Terapias Complementares como Técnicas Adjuvantes no Controlo da Dor Oncológica. *Revista de Saúde e Pesquisa*. 2 (3), 387-395.

Fradique, E. (2010). *Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.

Gonçalves A., Nunes L., Sapeta A. (2012) - Controlo da Dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos. Revisão Sistemática da Literatura. Castelo Branco. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Gonçalves E., Melo G., Costa I., Neto I., (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23. 457-464.

Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler.

- Guarda H., Galvão C., Gonçalves M. (2010). Apoio à família. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 751-760. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Kolcaba, K. (2001). *Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research*. Nursing Outlook Evolution. 2, Vol. 49, p. 86-92.
- Kolcaba, Katharine (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.
- Kolcaba, K. (2009). Confort. In Peterson S. J., Bredow T. S. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Lippincott.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler
- Marley, J. (2005). A concept analysis of dinity. In Chinn, P. e Meleis, A. *The essential concepts of nursing*. (pp 77- 91). Livingstone: Elsevtar.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 61-68. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16, 1, 41-50.
- Oliveira, A. (2011). *A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital Santa Maria: Visão do Enfermeiro*. Universidade Lisboa.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Universidade Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Onrubia, M. A. (2000). A Nível Respiratório. In Formasau. *Cuidados Paliativos*. (pp. 115 -120). Coimbra: FORMASAU.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Acedido a 08/07/2013. Disponível em:
<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pacheco, S. (2002) - *Cuidar a pessoa em fase terminal; perspectiva ética*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas.
- Piedade, M. (2007). Aspectos Éticos do Final de Vida em Cuidados Paliativos. *Enformação*. 7(10). 10-14.
- Pina, P.R. (2012). Dor Crónica. In Ritto C., Rocha F.D., Costa I., Diniz L., Raposo M.B., Pina P.R., Milhomens R., Faustino S.A. *Manual de Dor Crónica*. pp 23-61. Lisboa. Fundação Grünenthal.
- Querido A., Salazar H., Neto I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 461-485. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido dia 03/07/2013. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Reigada, Carla (2010), *Indicadores de capacidade de cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Porto.
- Sapeta A.P. (2003), Estratégias não farmacológicas no tratamento da dor. In A. Marques, I. Neto. *Dor e cuidados paliativos*. pp 33-45. Lisboa. Permanyer Portugal.
- Silva, A.E. (2008). *Cuidados paliativos de Enfermagem – perspetivas para técnicos e auxiliares*. Universidade do Estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Divinópolis.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. 55 (1-2), 11-20.

Sousa, M.F.C.S. (2010). Tradução e Adaptação Linguística e Cultural para português do Liverpool Care Pathway. Universidade de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.

Twycross R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Vieira, M. (2000). Aspetos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro?. In *dossier de Cuidados Paliativos* (pp.31-39). Coimbra: Formassau.

ANEXOS

ANEXO I

Projeto de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica**

Unidade Curricular Opção II

Projeto de Estágio

“Cuidar do doente oncológico em fim de vida. O controlo de sintomas para promoção do conforto, papel do Enfermeiro”.

Autores:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Lisboa

Julho 2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica**

Unidade Curricular Opção II

Projeto de Estágio

“Cuidar do doente oncológico em fim de vida. O controlo de sintomas para promoção do conforto, papel do Enfermeiro”.

Autores:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Docente Orientador:

Prof.^a Isabel Félix

Lisboa

Julho 2013

SIGLAS

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. ÁREA PROBLEMÁTICA	7
1.1. Competências do Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica - Área de Intervenção Enfermagem Oncológica.....	7
1.2. Justificação do tema	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
2.1. Cuidados Paliativos	12
2.2. A pessoa em Fim de Vida.....	14
2.3. Controlo de sintomas: dor e dispneia	16
2.3.1. Dor	18
2.3.2. Dispneia	19
2.4. Teoria de Katharine Kolcaba	20
3. ESCOLHA DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	22
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
BIBLIOGRAFIA.....	25

ANEXOS

Anexo I - Cronograma dos Locais de Ensino Clínico

Anexo II - Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido no Centro Hospitalar [REDACTED] - Equipa de Suporte Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos

Anexo III - Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido na [REDACTED] [REDACTED] – Unidade de Cuidados Paliativos

Anexo IV - Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido no Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] – Serviço de Neurocirurgia

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção Enfermagem Oncológica, foi solicitada a realização de um Projeto de Formação/Intervenção na Unidade Curricular Opção II. Tem como objetivo mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso para alcançar novas competências.

Segundo Nóvoa (1988), este padrão de formação estimula a autonomia, participação e criatividade. Este projeto responsabiliza-me pelo meu percurso de aprendizagem, definindo as minhas estratégias e atividades a desenvolver. Vai-me realizar enquanto estudante, vai partir das minhas motivações, experiências de vida e permitir adquirir novos conhecimentos para prestar cuidados de excelência como enfermeira especialista.

Alarcão (2001) fala sobre a importância de refletir sobre a experiência e como interpreta-la, pois só assim essa atividade de desenvolvimento tem significado. O mesmo autor cita, através de Kolb (1984), que a aprendizagem experiencial é um método transformador da experiência no qual ocorre a construção do saber. Compreende quatro fases: experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstratos/generalizações e experimentação ativa das implicações dos conceitos em novas situações.

Com o Projeto de Formação/Intervenção pretendo desenvolver competências de Enfermeira Especialista, para intervir no controlo de sintomas, para promoção de conforto, no fim de vida em doentes oncológicos. Torna-se essencial este momento, é em contexto clínico que se articulam os conhecimentos teóricos com a prática, que há um pensamento mais reflexivo e conseqüentemente que gera um novo saber. Para se melhor enquadrar este projeto escolhi a teoria de Katharine Kolcaba.

O tema escolhido é da minha área de interesse pessoal e profissional, sinto necessidade de aprofundar conhecimentos, de ir mais além no controlo de sintomas

no doente oncológico em fim de vida. Os cuidados de enfermagem em fase paliativa são imprescindíveis. Este tema é um terreno fértil para atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Intervenção Enfermagem Oncológica. A pertinência do tema será abordada de um modo mais aprofundado numa seguinte fase.

Com este percurso tenho o intuito de atingir as competências de Enfermeira Especialista na área de Médico-Cirúrgica.

Este Projeto terá duas fases, uma de pesquisa, de busca, de fundamentação teórica e outra de realização, para consolidar e positivar conhecimentos. É constituído pela área problemática e justificação do tema, posteriormente vou procurar enquadrá-lo teoricamente e apresentar a escolha dos locais de estágio, onde em anexo se encontra o cronograma dos locais de estágio e as atividades para cada campo de estágio. Termina com algumas considerações finais.

1. ÁREA PROBLEMÁTICA

O cancro é considerado ainda como uma doença fatal, apesar de todos os progressos da medicina. No entanto, não podemos aceitar que nada mais há a fazer pelo doente, visto ainda existir vida e conseqüentemente necessidade de cuidados. Neste contexto é imprescindível os cuidados de enfermagem no controlo da dor, dispneia e promoção de conforto em doentes em fase paliativa, dando a oportunidade de viver o fim de vida da melhor forma, com dignidade segundo os seus desejos, crenças e valores.

Segundo Neto (2010), muitos profissionais de saúde negavam a morte e encaravam-na como uma “derrota e frustração”, relegavam para segundo plano as intervenções de saúde que promovessem um final de vida condigno.

Os cuidados paliativos são uma necessidade reconhecida e cada vez mais premente na nossa realidade, com um vasto campo de atuação para as equipas multidisciplinares.

É aqui que surge o Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica - Área de Intervenção Enfermagem Oncológica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

1.1. Competências do Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica - Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

O Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro define o Enfermeiro Especialista como aquele “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 Abril, art. 4º, nº3).

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) são quatro os seus domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal

(desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); Gestão da qualidade (desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro); Gestão dos cuidados (gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, lidera e adapta a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (desenvolve o auto conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento).

O meu percurso vai-me permitir atingir e desenvolver (para além das competências referidas em cima - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2001): a) Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Este Curso atribui também aos discentes o grau de Mestre (processo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências), permitindo-me adquirir as seguintes competências: capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de Enfermagem (dominando a linguagem da comunidade científica, sendo capaz de comunicar as suas conclusões e processos subjacentes, de forma clara); compreensão aprofundada da envolvente dos temas sobre saúde (doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde), na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de Enfermagem; aplicar o conhecimento de Enfermagem corretamente, assim como de outras

disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da Enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.

Com o Projeto de Formação/Intervenção pretendo desenvolver competências de Enfermeira Especialista, para intervir no controlo de sintomas (mais especificamente dor e dispneia), para promoção de conforto, no fim de vida em doentes oncológicos.

Desta forma proponho o seguinte tema: “Cuidar do doente oncológico em fim de vida. O controlo de sintomas para promoção do conforto, papel do Enfermeiro”.

Para clarificar a proposta, irei descrever o objetivo geral e os específicos.

Objetivo Geral

Desenvolver competências para cuidar a pessoa com doença oncológica em fim de vida, intervindo no controlo de sintomas para promoção de conforto.

Objetivos Específicos

- a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida;
- b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único;
- c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em final de vida, considerando todos os recursos existentes;
- d) Planear e executar cuidados no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto;
- e) Dinamizar/sensibilizar a Equipa de Saúde para o controlo dos sintomas: dor e dispneia.

Neste contexto, como futura Enfermeira Especialista, pretendo atingir as seguintes competências:

- Presta cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, seguindo a filosofia dos Cuidados Paliativos;
- Exerce um papel de sensibilização no desenvolvimento de estratégias junto da equipa da Enfermagem, no sentido de prestar cuidados de qualidade à pessoa doente em fim de vida;
- Mobiliza recursos existentes no Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED], mais concretamente no serviço de Neurocirurgia do [REDACTED], dando resposta à necessidade do controlo de sintomas em fim de vida, para promoção do conforto;
- Dinamiza a Equipa de Saúde para o controlo dos sintomas: dor e dispneia.

1.2. Justificação do tema

O fim de vida, mais concretamente o controlo de sintomas para promoção de conforto, sempre me interessou e ao longo deste percurso tenho procurado ir ao encontro ao que é digno de atenção. Exerço funções de Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED], serviço de Neurocirurgia desde 2008, e sinto necessidade de aprofundar mais conhecimentos e adquirir novos nesta área. Sinto que existem imensas lacunas que podem ser ultrapassadas, os doentes em fim de vida devem ser cuidados de uma forma muito individualizada, devem ser praticados cuidados humanizados, combatendo os sintomas mais comuns de uma forma rápida e eficiente, permitindo uma tranquilidade e qualidade em fim de vida. Tal não acontece na minha realidade, por vezes existem doentes que têm vários internamentos por recidivas e alguns têm o seu fim de vida em contexto hospitalar, com descontrolo de sintomas e visivelmente em sofrimento.

Embora não lide diariamente com esta circunstância, adquiri alguns conhecimentos através da experiência profissional, no entanto sinto necessidade de aprofundar estes conhecimentos, de ir mais além nestes cuidados, mais especificamente no controlo da dor e dispneia. Estes dois sintomas, na minha realidade são os mais comuns e onde sinto necessidade de mais formação. Foi-me possível aprofundar conhecimentos a este nível com as várias Unidades Curriculares pertencentes a este Mestrado, e continuará a ser quando colocar o projeto em prática.

A minha escolha incidiu sobre este tema, principalmente, porque na minha realidade, na área de Neurociências e Neurocirurgia, a palição é muito pouco aplicada, o apoio à pessoa em final de vida e conseqüentemente à sua família é inadequado, tal como afirma Chahine, Malik, & Davis (2008). Pela minha experiência pessoal vários doentes e familiares sentem a necessidade de uma articulação com os Cuidados Paliativos. É impreterível uma mudança, seriam praticados cuidados de excelência, através controlo de sintomas e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e promover o conforto no fim de vida em doentes oncológicos.

Os cuidados devem estar baseados em princípios éticos adequados para estes doentes, proporcionando medidas que não visem simplesmente a curar, mas sim aliviar o sofrimento.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procurarei as bases teóricas e respetivas fundamentações do controlo de sintomas em fim de vida, para promoção do conforto.

Foram utilizados os seguintes conceitos: Cuidados Paliativos, Fim de Vida, Controlo de Sintomas, Dor, Dispneia e Intervenções de Enfermagem.

Para se melhor enquadrar este projeto foi escolhida a teorica de Katharine Kolcaba.

2.1. Cuidados Paliativos

Segundo Capelas (s.d.), os cuidados paliativos, hoje em dia, são um direito humano e como tal, uma obrigação social. O mesmo refere que cuidar dos doentes em fim de vida foi principalmente uma inquietude individual, comunitária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), lança em 1990 a primeira definição de Cuidados Paliativos, e percebeu a necessidade de serem implementados programas de Cuidados Paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2002), citado por Neto (2010), define cuidados paliativos como “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Entende-se que os cuidados paliativos têm como objetivo primordial aliviar os sintomas subjacentes à doença em fase terminal e possibilitar que o doente tenha uma melhor qualidade de vida. É importante saber que cuidados paliativos não significam apenas prestar cuidados relativos a sintomas físicos, mas também prestar-lhe apoio psicológico e ter em conta, o apoio que deve ser prestado à família do doente, que está a viver um grande sofrimento.

Neto (2010) refere que a filosofia dos cuidados paliativos tem vindo a desenvolver-se de um modo gradual e hoje é vista como um direito humano. Os pilares que estruturam os cuidados paliativos são quatro: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A mesma autora salienta que não é possível prestar cuidados de qualidade se alguma destas áreas for subestimada.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos surge quando se considera os Cuidados Paliativos como um elemento essencial dos cuidados de saúde, requer apoio qualificado, como uma necessidade de saúde pública e como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Este Programa está inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, enaltecendo uma atitude de empenho na valorização do sofrimento. Identifica os Cuidados Paliativos como uma área prioritária de intervenção. Tem como componentes essenciais o alívio dos sintomas, apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio à família, apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

Culturalmente considera-se a cura/prevenção da doença como objetivo dos serviços de saúde, e por este motivo torna-se difícil o tratamento e acompanhamento de doentes incuráveis (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Segundo o mesmo programa, o Conselho da Europa, reconhece os graves défices ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido no fim de vida. Salienta a atenção para as condições de vida destes doentes, principalmente para a prevenção da solidão e sofrimento. Tem como base três princípios fundamentais: “a) consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos; b) proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha; c) manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida”.

O hospital raramente está preparado para cuidar do sofrimento dos doentes em fim de vida, deve ser valorizado o sofrimento e qualidade de vida, como objeto de tratamento e de cuidados ativos e organizados. Deve ser uma tarefa multidisciplinar.

Magalhães (2009), realça que os Cuidados Paliativos: Proporcionam o alívio da dor e outros sintomas; Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural; Não pretendem acelerar, nem prolongar a morte; Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes; Dão suporte para auxiliar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até ao processo de morte; Promovem um sistema de suporte à família de forma a lidarem da melhor forma possível com o percurso da doença e o processo de luto; Trabalham em equipa para dar resposta às necessidades dos doentes e suas famílias; Melhoram a qualidade de vida da pessoa doente, podendo interferir de forma positiva no curso da doença; Podem ser prestados no curso da doença em conjunto com outras terapias (como a quimioterapia ou radioterapia).

O mesmo autor salienta que os enfermeiros têm o contacto mais próximo e continuado com os doentes em fim de vida, excetuando pessoas mais chegadas. Entrelaçam um tecido de sentido moral nos seus cuidados com pessoas em fim de vida, Maeve citado por Magalhães (2009).

Estes cuidados específicos a pessoas em fim de vida potenciam a promoção e desenvolvimento pessoal, pode ser o meio ideal para os profissionais de saúde aprenderem a prestar cuidados com mais sensibilidade e com qualidade.

2.2. A pessoa em Fim de Vida

Os doentes em fim de vida encontram-se numa fase particular que afeta todas as dimensões do seu ser enquanto Pessoa. O enfermeiro deve cuidar do doente em fim de vida, de modo a ir ao encontro às suas necessidades globais, não o vendo como um instrumento de trabalho mas sim como alguém único que merece ter uma morte digna.

Cada vez mais se verifica um aumento do envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança de vida. Isto deve-se aos inúmeros tratamentos existentes e à insistência de prolongar o tempo de vida mesmo sem qualidade. O número de doentes em fase terminal tende cada vez mais a aumentar.

Segundo Silva (2008) na enfermagem a morte tem uma importância primordial, sobretudo quando falamos em cuidados que envolvem intervenções em doentes sem possibilidade terapêutica de cura. Os enfermeiros são os profissionais que mais vivenciam e se envolvem com este processo, sendo aquele que melhor pode interagir e ajudar o doente e a sua família. A proximidade da morte não deve ser a única preocupação do enfermeiro, este deve preocupar-se com o tempo de vida que resta ao doente, pois o ser humano tem um valor único e incalculável que não é inferior em qualquer fase da vida. Todo o processo de morrer deve ser humanizado. Diazfalusy (1997), citado por Marley (2005) diz que “o fim de vida ótimo não é o conhecimento mas a ação”. Estudos revelam que para nos sentirmos únicos e dignos a chave é a complexidade física, psicológica e social das necessidades existenciais, assim como a sensação de bem – estar, que é adquirida ao sentir que os doentes foram tratados como seres únicos e não como um número ou um caso. Segundo Vieira (2000), o Código Deontológico do Enfermeiro, refere no artigo nº 87 os deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal, onde o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal tem o dever de: Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhe na fase terminal da vida; Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressa pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. Para Santana et al (2009), o objetivo quando se cuida de doentes em fase final de vida é acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida, isto representa um enorme desafio para o enfermeiro onde o objetivo de curar é “ocupado” pelo objetivo de encontrar habilidades de cuidar relacionadas com o sofrimento, o apoio e a dignidade. Cuidar de pacientes terminais exige mais do que conhecimentos técnicos e científicos, necessita-se de reconhecer a individualidade da pessoa, através de um estabelecimento de relacionamento interpessoal dando ênfase a Pessoa Humana, contribuindo assim para humanização nos cuidados paliativos. Segundo Volker, Kahn e Penticuff (2004), os doentes em fase terminal esperam proteção da dignidade, controlo da dor e outros sintomas associados à doença. Saliem a importância do controlo sobre o processo de morrer.

Os doentes com doença oncológica terminal falam da necessidade de cuidados paliativos precoces, de apoio familiar, estratégias de coping e um sistema de crenças religiosas, estas ações podem influenciar a forma como lidam com as suas preocupações existenciais, Blinderman e Cherny (2005).

As intervenções de enfermagem no doente em fim de vida devem buscar a individualidade, considerando as crenças, os valores e seus desejos, tentando promover a satisfação das suas necessidades humanas básicas, não descuidando nenhuma destas necessidades, para que o sofrimento seja minimizado.

Os enfermeiros podem contribuir para a qualidade de vida dos doentes em fim de vida, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto/controlo de sintomas, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila.

Tal como está delineado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, estes têm direito a receber os cuidados apropriados em fase terminal, que deve ser incentivado e facilitado o apoio de familiares, apoio de amigos e apoio espiritual sempre que este for requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

2.3. Controlo de sintomas: dor e dispneia

O controlo de sintomas é fundamental para a qualidade de vida dos doentes. É evidente a preocupação com a prevenção e controlo dos mesmos, através da identificação, avaliação e tratamento (Sousa, 2012).

Twycross (2003), sintetiza a abordagem científica do controlo de sintomas em cinco categorias: avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação continua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados.

Neto (2010), refere que um sintoma, qualquer que ele seja, corresponde sempre a um conceito multidimensional, com diferentes fases e mecanismos para o resultado final, que condicionam toda a apresentação final. A primeira fase é a produção do sintoma (estimulação de recetores), a segunda fase passa pela percepção (resposta

aos fármacos, ansiedade) e a terceira fase é a expressão (depende de múltiplos fatores circundantes do processo patológico).

MacDonald (2002), relata que o controlo inadequado dos sintomas na doença, produz sofrimento e pode mesmo ter um efeito adverso na evolução da doença. Controlar adequadamente os sintomas, pode favorecer a qualidade de vida e a quantidade da mesma.

Segundo Neto (2010), o controlo de sintomas baseia-se em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os vários sintomas que surgem no decorrer da doença e tem como consequências diretas no bem-estar do doente.

Os cuidados paliativos têm como objetivo dar uma resposta adequada às necessidades dos doentes. Segundo Neto (2010), um dos fatores centrais na qualidade de vida de doentes avançados é o controlo adequado da dor e outros sintomas (JAMA 13 Jan. 1999; Singer).

A qualidade de cuidados, segundo a perspetiva dos doentes terminais, famílias e profissionais de saúde, também passa pelo controlo adequado da dor e outros sintomas, JAMA 15 Nov. 2000; Steinhauer, citado por Neto (2010).

Os princípios gerais do controlo de sintomas são (Neto, 2010): Avaliar antes de tratar (determinar as causas dos sintomas); Explicar as causas dos sintomas e as medidas de terapia de forma compreensível ao doente e a família; Não esperar que o doente se queixe, adiantar-se (perguntar e observar) ao aparecimento dos sintomas; Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas; Monitorizar os sintomas: escalas de pontuação ou escalas analógicas, efetuar registos adequados; Reavaliar regularmente as medidas de terapia; Ter cuidados com os detalhes: otimizando o controlo dos sintomas e a minimizando os efeitos secundários adversos.

A mesma autora salienta a importância do trabalho em equipa, que sejam discutidos e assumidos os objetivos terapêuticos. Os enfermeiros, devido à proximidade com o doente, tem um papel fundamental na monitorização dos sintomas e consequentemente no sucesso deste processo.

2.3.1. Dor

A dor perturba e intervém na qualidade de vida da pessoa, por este motivo é prioritário o controlo deste sintoma.

A dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor).

São inúmeras as barreiras ao controlo da dor, apesar dos avanços na medicina mantêm-se os mitos e informação desatualizada, tanto para os doentes/famílias, como para profissionais de saúde e instituições (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Vários autores falam da importância de acreditar e considerar a dor que o doente refere, tal e qual, independentemente da situação: “a dor é subjetiva e pessoal”.

A dor pode ser considerada como aguda ou crónica. A aguda tem um começo definido e relaciona-se com sinais físicos, com ativação do sistema nervoso simpático e e com duração de horas/semanas. A dor crónica, o padrão é menos definido, podendo durar meses ou anos (Gonçalves, 2011).

Segundo Portenoy (1992), citado por Sousa (2012), a dor pode ser dividida em dor nociceptiva (relacionada com o dano de tecido tecidual – dor somática ou visceral), neuropática (relacionada com alterações no sistema nervoso central ou periférico) e idiopática (quando a dor e desproporcionada em relação a lesão observada).

Gonçalves (2011), descreve a importância da localização da dor. Deve ser feito um exame físico e exames complementares se necessário, para tratar a causa. Se o tratamento não for adequado deve ser reavaliada a situação.

Muitos doentes em fim da vida são incapazes de descrever verbalmente a dor, deve ser usada uma alternativa como por exemplo escalas padronizadas. Nestas situações devem ser avaliados sinais de comportamento.

Para Pereira (2010), a avaliação da dor oncológica tem que ser exaustiva para se alcançar uma estratégia de tratamento adequado. É necessário identificar a causa da dor, intensidade, impacto na função, disposição e qualidade de vida. Requer uma boa história clínica e um exame físico completo.

O mesmo autor diz que a maior parte dos doentes oncológicos têm mais de um tipo de dor e de uma síndrome, por isso necessita de uma avaliação tão específica.

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008), a Direcção-Geral de Saúde emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que iguala a dor a 5º sinal vital. É considerada uma boa prática clínica e obrigatório a avaliação e o registo regular da intensidade da dor.

A Ordem dos Enfermeiros (Dor - Guia Orientador de Boa Prática, 2008) preconiza que os enfermeiros têm o dever de agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam a dor. Recomenda: Colaborar com a equipa multidisciplinar no determinar um plano de intervenção para o controlo da dor (consoante os objetivos da pessoa); Ter em conta a individualidade da pessoa para a escolha mais adequada dos analgésicos e das vias de administração; Envolver o doente, cuidador principal e família na determinação e reajuste do plano terapêutico; Apropriar o plano terapêutico tendo em vista os resultados da reavaliação e os recursos disponíveis; ter conhecimento sobre as indicações, contra-indicações e os efeitos secundários dos medicamentos utilizados no controlo da dor; Prevenir e ter controlo sobre os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica; Vigiar a segurança da terapêutica analgésica; Zelar e tratar a dor que ocorre durante as intervenções de Enfermagem; Possuir conhecimento sobre as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais de intervenções não farmacológicas; Aplicar intervenções não farmacológicas para complementar a terapêutica farmacológica, não substituir; Quando aplicadas as intervenções não farmacológicas, deve-se ter em atenção as preferências da pessoa, objetivos do tratamento e a evidência científica.

2.3.2. Dispneia

De entre os sintomas presentes neste contexto, vários autores justificam que é o mais comum e frequente em doentes terminais, globalmente analisados o valor situa-se entre os 50% para se situar rapidamente nos 90% (estádios muito avançados), Azevedo (2010).

Segundo Azevedo (2010), a dispneia é “ a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória”. Refere-o como um fator angustiante e perturbador, causando grande sofrimento para o doente e seus familiares, pode ter grande impacto na qualidade de vida. A gravidade depende de fatores etiológicos, da sensibilidade de cada doente (condicionando o grau de tolerância) e aceitação deste sintoma, é multifatorial.

Onrubia (2000), fala da necessidade de verificar o diagnóstico do doente, o prognóstico do mesmo para tratar sintomas respiratórios. Deve ser validado com o doente o que é a qualidade de vida para ele, visto ser o principal cuidado ao doente terminal. Só assim se consegue atingir o conforto do mesmo.

É pretendido um diagnóstico que permita aliviar as queixas do doente e que evite a imposição de mais sofrimento, muitas vezes os meios complementares de diagnóstico têm este efeito (Azevedo, 2010).

Por vezes não é possível intervir sob a causa deste sintoma, o tratamento pode passar a incidir sobre o alívio da dispneia. A escolha de farmacologia também depende da gravidade do sintoma, impacto do doente e prognóstico. Prevaecem nestes casos a utilização de opióides e benzodiazepinas (Azevedo, 2010).

Para Onrubia (2000), a atuação de enfermagem pode passar no cumprimento do tratamento prescrito e/ou no tratamento sintomático para aliviar a dispneia e aumentar a qualidade de vida: cama perto de uma janela num quarto arejado (sensação de diminuição da falta de ar); colocar o doente numa postura confortável, proporcionar um ambiente tranquilo (diminuição da ansiedade); treinar o doente com técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios.

2.4. Teoria de Katharine Kolcaba

Kolcaba (2001), refere que esta é uma teoria de enfermagem de médio alcance, isto é, dirige-se a fenómenos/conceitos concretos que são refletidos na prática e são adaptáveis, simples para se utilizar.

Para Watson, citado por Oliveira (2011), o conforto é uma variável que a enfermeira pode parcialmente controlar, através de várias medidas, sendo elas, de suporte, proteção ou correção dos ambientes intrínsecos e extrínsecos da pessoa.

E isto vai de encontro à minha problemática, quando os sintomas são aliviados através de intervenções de Enfermagem, proporciona-se aumento de conforto. Esta teoria é relevante, uma vez que o conforto tende a ser um resultado dos cuidados de Enfermagem, desejado por todos, principalmente para o doente em fim de vida, tornando os cuidados mais humanizados. Devem estar baseados num princípio ético adequado para estes doentes, proporcionando medidas que não visem simplesmente a curar, mas sim aliviar o sofrimento. O conforto é uma necessidade transcultural, multidimensional e universal. A Teoria do Conforto oferece à prática uma estrutura alargada.

Kolcaba (2009), desenvolve a sua teoria e refere que o conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”.

O conforto pode ser determinado como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”, Kolcaba (2003). Caracteriza o conforto como uma experiência imediata e holística, fortalecido através das necessidades de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

O alvo do cuidar será o conforto dos doentes, Kolcaba (2003), considera como o último estágio da doença.

O cuidar em fim de vida pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos doentes oncológicos, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, neste caso através do controlo da dor e dispneia, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila, segundo os seus desejos, crenças e valores.

Esta teoria ajuda a compreender a minha problemática, com o intuito de cultivar o conforto numa perspectiva de cuidados humanizados/individualizados. O conforto faz parte dos cuidados de enfermagem desde o início ao fim da vida.

3. ESCOLHA DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Ao longo destes dois semestres, foi-me possível adquirir diferentes saberes teóricos, com o intuito de num próximo semestre colocar esses saberes em prática.

Segundo Benner (2001), a experiência dá-nos a formação necessária para atingir a especialização e assim atingir um nível de cuidar de Excelência.

Irei realizar o Ensino Clínico em três locais, com a preocupação de pesquisar novos saberes, mobiliza-los, aplicar conhecimentos de forma assertiva tendo em vista as competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Numa primeira fase irei para o Centro Hospitalar de [REDACTED] [REDACTED] (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos), posteriormente para a [REDACTED] (Unidade de Cuidados Paliativos) e finalmente para o Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] (Serviço de Neurocirurgia, local onde desempenho funções) (Ver Anexo I – Cronograma dos Locais de Ensino Clínico).

A minha escolha passa por uma Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, que garante o apoio às pessoas internadas no Centro Hospitalar, com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, propiciando mais qualidade de vida com dignidade e cuidados de saúde humanizados. Presta também aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos Serviços, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção, quando solicitada a sua atuação. O plano de atividades relativo a este Ensino Clínico encontra-se no Anexo II.

A escolha incide também por um serviço de internamento de Cuidados Paliativos [REDACTED] – Unidade de Cuidados Paliativos) que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença avançada, progressiva e incurável e sua família/cuidador, de acordo com as

melhores práticas clínicas e eficiência, contribuindo para o bem-estar bio-psico-social e espiritual dos doentes; atua no controlo eficaz de sintomas, resposta ativa e global às necessidades dos doentes, incentivando sempre a participação do cuidador no apoio ao doente e proporcionando sempre um ambiente seguro, confortável, humanizado, promovendo a autonomia e qualidade de vida. O plano de atividades relativo a este Ensino Clínico encontra-se no Anexo III.

Vai ser benéfico poder acompanhar os doentes em cuidados paliativos em diferentes contextos. Poderei desta forma transpor toda a aprendizagem efetuada neste Ensino Clínico para a minha realidade profissional, mais concretamente para o Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] - Serviço de Neurocirurgia. Aqui será realizada a implementação do Projeto de Estágio e onde tentarei adequar os cuidados paliativos nesta área, apoiar a pessoa em fim de vida e consequentemente a sua família, promovendo conforto através do controlo de sintomas (mais concretamente dor e dispneia). O plano de atividades relativo a este Ensino Clínico encontra-se no Anexo IV.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Projeto de Estágio torna possível mobilizar conhecimentos que irão desenvolver as competências necessárias ao desempenho enquanto Enfermeira Especialista de Médico-Cirúrgica, área de intervenção Enfermagem Oncológica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, no âmbito do fim de vida do doente oncológico, controlo da dor e dispneia para promoção de conforto.

O próximo momento será adequar, o que até aqui se delineou, à realidade em que se irá desenvolver a minha aprendizagem.

Estes ensinamentos clínicos eleitos constituirão um contributo importante tanto ao meu desenvolvimento profissional como pessoal. Permitem desenvolver uma atitude crítico-reflexiva e adquirir competências, através da reflexão pessoal, a partir dos conhecimentos teóricos adquiridos e recurso a diferentes fontes de conhecimento, efetuando um crescimento contínuo e sistemático.

Como prováveis dificuldades terei a articulação da minha atividade laboral com o exercício das atividades do estágio.

Anteriormente apresento o Projeto de Estágio de uma forma estruturada e sistematizada, em função dos objetivos profissionais e pessoais. Fundamento teoricamente toda a envolvimento da minha problemática, do controlo da dor e dispneia, para promoção do conforto ao doente oncológico em fim de vida.

Deixo em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional. Deste modo, o Projecto de Formação/Implementação está sujeito a alterações com o decorrer da prática em função da contextualização dos cuidados ou de outros fatores que atualmente me podem ser desconhecidos.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (2001) - Formação Reflexiva. Revista Referência. Maio N°6 (pp. 53-59). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. *O que é a dor?* Acedido a 08/07/2013. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c&iid=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5>.
- Azevedo, A. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 191-202. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blinderman, C., Cherny, N. (2005). Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative medicine*. Vol 19. 371-380.
- Capelas, M. (s.d.). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. Vol. 2 (n°1). 51-57.
- Chahine, L.M., Malik, B., & Davis, M. (2008). Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *European Journal of Neurology* , 15, 1265–1272. Retrieved from EBSCOhost <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19049542&site=ehost-live>
- Direcção-Geral de Saúde (2001), *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, Acedido a 07/07/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 29/06/2013. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_%28DGS_13-7-2004%29.pdf.

- Direcção-Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Acedido a 08/07/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Goncalves, J. F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler.
- Kolcaba, K. (2001). *Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research*. Nursing Outlook Evolution. 2, Vol. 49, p. 86-92.
- Kolcaba, Katharine (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.
- Kolcaba, K. (2009). Confort. In Peterson S. J., Bredow T. S. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Lippincott.
- MacDonald, N. (2002). *Redefining symptom management*. Journal of Palliative Medicine, 5 (2): 301-304.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler
- Marley, J. (2005). A concept analysis of dinity. In Chinn, P. e Meleis, A. *The essential concepts of nursing*. (pp 77- 91). Livingstone: Elsevtar.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 61-68. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nóvoa, A. (1988). A formação tem de passar por aqui. As histórias de vidas no Projeto Prosalu. *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp. 107-130). Odivelas: Composição, Impressão e Acabamento Pentaedro.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Universidade Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Onrubia, M. A. (2000). A Nível Respiratório. In Formasau. *Cuidados Paliativos*. (pp. 115 -120). Coimbra: FORMASAU.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Acedido a 08/07/2013. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pereira J. L. (2010). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 69-126. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido dia 03/07/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido dia 03/07/2013. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2011/Ponto4_vf.pdf.
- Santana, J.C.B. et al (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* 3(1):77-86.
- Silva, A.E. (2008). *Cuidados paliativos de Enfermagem – perspectivas para técnicos e auxiliares*. Universidade do Estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Divinópolis.
- Sousa, A. D. D., (2012). *Sintomas em Cuidados Paliativos: da Avaliação ao Controlo*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto.
- Twycross, R., Wilcock, A., Toller, C.A. (2009). *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 4ª Edição. Palliativedrugs.com Ltd
- Vieira, M. (2000). Aspetos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro?. In *dossier de Cuidados Paliativos* (pp.31-39). Coimbra: Formassau.

ANEXOS

Anexo I

Cronograma dos Locais de Ensino Clínico

Cronograma dos Locais de Ensino Clínico

Mês	Outubro 2013																															Novembro 2013								
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Ensino Clínico - Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos 150 Horas																																							
Mês	Novembro 2013															Dezembro 2013																								
Dia	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	[REDACTED] - Unidade de Cuidados Paliativos 150 Horas																																							
Mês	Janeiro 2014																		Fevereiro 2014																					
Dia	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] - Serviço de Neurocirurgia 200 Horas																																							

Anexo II

Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido no Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências para cuidar a pessoa com doença oncológica em fim de vida, intervindo no controlo de sintomas para promoção de conforto.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na Equipa de Suporte Intra-Hospitalar, na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa doente em fim de vida, a nível do internamento e domicílio, mais concretamente no controlo da dor e dispneia; - Consulta de protocolos instituídos na Equipa de Suporte Intra-Hospitalar; - Observação e colaboração na intervenção do Enfermeiro Orientador; - Pesquisa bibliográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra e mobiliza conhecimentos na área do controlo de sintomas na pessoa em fim de vida; -Integra-se na equipa intra-hospitalar; - Consulta protocolos; - Faz pesquisa bibliográfica; - Observa e colabora na intervenção do Enfermeiro Orientador. 	<p>- De 1 de Outubro de 2013 a 8 de Novembro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procura informações que permitam conhecer a complexidade e singularidade de cada Pessoa, respetivas necessidades para o conforto, tendo em atenção o controlo da dor e dispneia; - Identifica a resposta dada pela equipa de Enfermagem às necessidades específicas da pessoa em fim de vida (nomeadamente: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença/fim de vida); - Colheita de dados, utilizando as técnicas de recolha de informação imprescindível ao planeamento dos cuidados, através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (consulta de processo clínico ou documentos facultados pela família). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e explora as informações pertinentes para intervenção do controlo da dor e dispneia, para promoção do conforto; - Identifica necessidades tais como: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença oncológica em fim de vida – Jornal de Aprendizagem; - Colhe dados pertinentes. 	<p>- De 1 de Outubro de 2013 a 8 de Novembro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoia e dá suporte às pessoas internadas neste Centro Hospitalar, com doença oncológica em fim de vida, propiciando mais qualidade de vida dignidade e cuidados de saúde humanizados; - Presta aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos Serviços, prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção; - Mobilização e integração de todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o processo de ensino; - Planeamento dos cuidados de Enfermagem, elaborando planos personalizados em função das necessidades da pessoa, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis; - Elaboração de um Estudo de Situação; - Elaboração e validação com o Enfermeiro Orientador, do plano de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualiza a situação, aplica os conhecimentos apreendidos, estrutura e fundamenta o planeamento dos cuidados; - Implementa os cuidados à pessoa em fim de vida, atendendo à sua complexidade e singularidade; - Explicita as necessidades identificadas - Estudo de Situação; - Valida os planos de cuidados com o Enfermeiro Orientador. 	<p>- De 1 de Outubro de 2013 a 8 de Novembro de 2013.</p>

individualizados, com base na avaliação e necessidades identificadas.		
---	--	--

Anexo III

Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido na [REDACTED]
[REDACTED] – Unidade de Cuidados Paliativos

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências para cuidar a pessoa com doença oncológica em fim de vida, intervindo no controlo de sintomas para promoção de conforto.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>a) Aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, controlo de sintomas, da pessoa em fim de vida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de saúde, na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa doente em fim de vida, a nível do internamento, utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem; - Consulta de protocolos instituídos na Unidade de Cuidados Paliativos; - Observação e colaboração na intervenção do Enfermeiro Orientador; - Pesquisa bibliográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra e mobiliza conhecimentos na área do controlo de sintomas na pessoa em fim de vida; -Integra-se na equipa de Cuidados Paliativos; - Consulta protocolos; - Faz pesquisa bibliográfica; - Observa e colabora na intervenção do Enfermeiro Orientador. 	<p>- De 11 de Novembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procura informações que permitam conhecer a complexidade e singularidade de cada Pessoa, respetivas necessidades para o conforto, tendo em atenção o controlo da dor e dispneia; - Identifica a resposta dada pela equipa de Enfermagem às necessidades específicas da pessoa em fim de vida (nomeadamente: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença/fim de vida); - Colheita de dados, utilizando as técnicas de recolha de informação imprescindível ao planeamento dos cuidados, através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (consulta de processo clínico ou documentos facultados pela família). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e explora as informações pertinentes para intervenção do controlo da dor e dispneia, para promoção do conforto; - Identifica necessidades tais como: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença oncológica em fim de vida – Jornal de Aprendizagem; - Colhe dados pertinentes. 	<p>- De 11 de Novembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>c) Planear cuidados com rigor técnico-científico integrados no plano global de cuidados, à pessoa em fim de vida, considerando todos os recursos existentes;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve estratégias de forma a ajudar a pessoa em fim de vida a ultrapassar o descontrolo de sintomas: dor e dispneia; - Fundamentação da prática clínica especializada na abordagem à pessoa doente em fim de vida, controlo da dor e dispneia, na mais recente evidência científica; - Prestação cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença oncológica em fim de vida, de acordo com as melhores práticas clínicas e eficiência, proporcionando qualidade de vida; - Aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos Serviços, prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção; - Mobilização e integração de todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o processo de ensino; 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualiza a situação, aplica os conhecimentos apreendidos, estrutura e fundamenta o planeamento dos cuidados; - Implementa os cuidados à pessoa em fim de vida, atendendo à sua complexidade e singularidade; - Explicita as necessidades identificadas - Estudo de Situação; - Valida os planos de cuidados com o Enfermeiro Orientador. 	<p>- De 11 de Novembro de 2013 a 20 de Dezembro de 2013.</p>

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Planeamento dos cuidados de Enfermagem, elaborando planos personalizados em função das necessidades da pessoa, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis;- Elaboração de um Estudo de Situação;- Elaboração e validação com o Enfermeiro Orientador, do plano de cuidados individualizados, com base na avaliação e necessidades identificadas. | | |
|---|--|--|

Anexo IV

Plano de atividades relativo ao Ensino Clínico a ser desenvolvido no Centro
Hospitalar de [REDACTED] – Serviço de Neurocirurgia

OBJECTIVO GERAL – Desenvolver competências para cuidar a pessoa com doença oncológica em fim de vida, intervindo no controlo de sintomas para promoção de conforto.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>b) Identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida, intervindo no controlo da dor e dispneia para promoção de conforto, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procura informações que permitam conhecer a complexidade e singularidade de cada Pessoa, respetivas necessidades para o conforto, tendo em atenção o controlo da dor e dispneia; - Identifica a resposta dada pela equipa de Enfermagem às necessidades específicas da pessoa em fim de vida (nomeadamente: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença/fim de vida); - Colheita de dados, utilizando as técnicas de recolha de informação imprescindível ao planeamento dos cuidados, através de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais (processo clínico ou documentos facultados). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e explora as informações pertinentes para intervenção do controlo da dor e dispneia, para promoção do conforto; - Identifica necessidades tais como: Pessoa/família; Contexto; Recursos; Vivência da situação de doença oncológica em fim de vida – Jornal de Aprendizagem; - Colhe dados pertinentes. 	<p>- De 6 de Janeiro de 2014 a 14 de Fevereiro de 2014.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>d) Planear e executar cuidados no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoia a pessoa em final de vida e consequentemente a sua família, promovendo conforto através do controlo de sintomas (dor e dispneia); - Mobilizar conhecimentos científicos para aplicar na prática; - Planeamento dos cuidados de Enfermagem, elaborando planos personalizados em função das necessidades da pessoa, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis; -Atuação eficaz e eficiente na dor e dispneia; - Reflexão sobre as respostas da enfermagem à pessoa doente em fim de vida, no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto no serviço de Neurocirurgia; - Aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos no serviço, prestar cuidados diretos e orientação do plano 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoia a pessoa em fim de vida e família; - Mobiliza conhecimentos; - Planeia e executa cuidados individualizados/personalizados; - Atua de forma eficaz e eficiente no controlo dos sintomas mais comuns; - Reflete sobre as respostas da equipa de enfermagem ao doente em fim de vida, no controlo da dor e dispneia e consequentemente o seu conforto; - Aconselha a equipa de enfermagem, presta cuidados direto e orienta o plano individual de intervenção; - Implementa os cuidados à pessoa em fim de vida, atendendo à sua complexidade e singularidade; - Valida os planos de cuidados com a equipa de enfermagem. 	<p>- De 6 de Janeiro de 2014 a 14 de Fevereiro de 2014.</p>

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	CRONOGRAMA
<p>e) Dinamizar/sensibilizar a Equipa de Saúde para o controlo dos sintomas: dor e dispneia.</p>	<p>- Intervenção sobre as necessidades da Equipa de Saúde no apoio e acompanhamento da pessoa doente em fim de vida internado no serviço de Neurocirurgia, com descontrolo de sintomas;</p> <p>- Participação na implementação da filosofia de prestação de cuidados a doentes em fim de vida, sensibilizando os profissionais de saúde para a especificidade desta área;</p> <p>- Formação da equipa de enfermagem em Cuidados Paliativos.</p> <p>- Orientação da equipa de enfermagem, nos cuidados no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto;</p> <p>- Construção de um Guia de Boas Práticas para orientação da equipa de Enfermagem;</p> <p>- Articulação com a equipa médica para controlo da dor e dispneia.</p>	<p>- Intervém sobre as necessidades da Equipa de Saúde no apoio e acompanhamento da pessoa em fim de vida, com descontrolo de sintomas;</p> <p>- Implementa a filosofia dos Cuidados Paliativos;</p> <p>- Sensibiliza os profissionais de saúde para a especificidade desta área;</p> <p>- Faz formação em serviço de Cuidados Paliativos;</p> <p>- Orienta a equipa de enfermagem no controlo da dor e dispneia para promoção do conforto;</p> <p>- Elabora um Guia de Boas Práticas;</p> <p>- Articula com a equipa médica para controlo da dor e dispneia.</p>	<p>- De 6 de Janeiro de 2014 a 14 de Fevereiro de 2014.</p>

ANEXO II

Avaliação do tipo De dor

Avaliação do tipo de dor

Tipo de dor	Subtipos	Características	Exemplos	Tratamento
	Somática	Constante, intermitente, moinha ou moedeira; bem localizada	Osteoartrose grave, fracturas/metástases ósseas, infiltração dos tecidos moles	AINES + opióide
	Visceral	Constante, que aperta; precariamente localizada; pode ser referida	Metástases intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro do pâncreas	AINES+ opióide
		Cólicas	Obstrução intestinal, cólica renal	Opióide + anticolinérgico ou AINES
Neuropática	Disestésica/Desaferenciação	Ardor constante, hiperalgesia ou alodínias, ocasionalmente radiante	Radiculopatia por compressão discal, neuropatia diabética, nevralgia pós-herpética, neuropatia pós QT ou RT	Opióide + antidepressivo tricíclico e/ou anticonvulsivante
	Lancinante	Dor lancinante episódica; paroxismos tipo choque	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigémio	Opióide + anticonvulsivante e/ou antidepressivo tricíclico

Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

ANEXO III

Recomendações da Ordem dos Enfermeiros para reduzir ou diminuir a dor

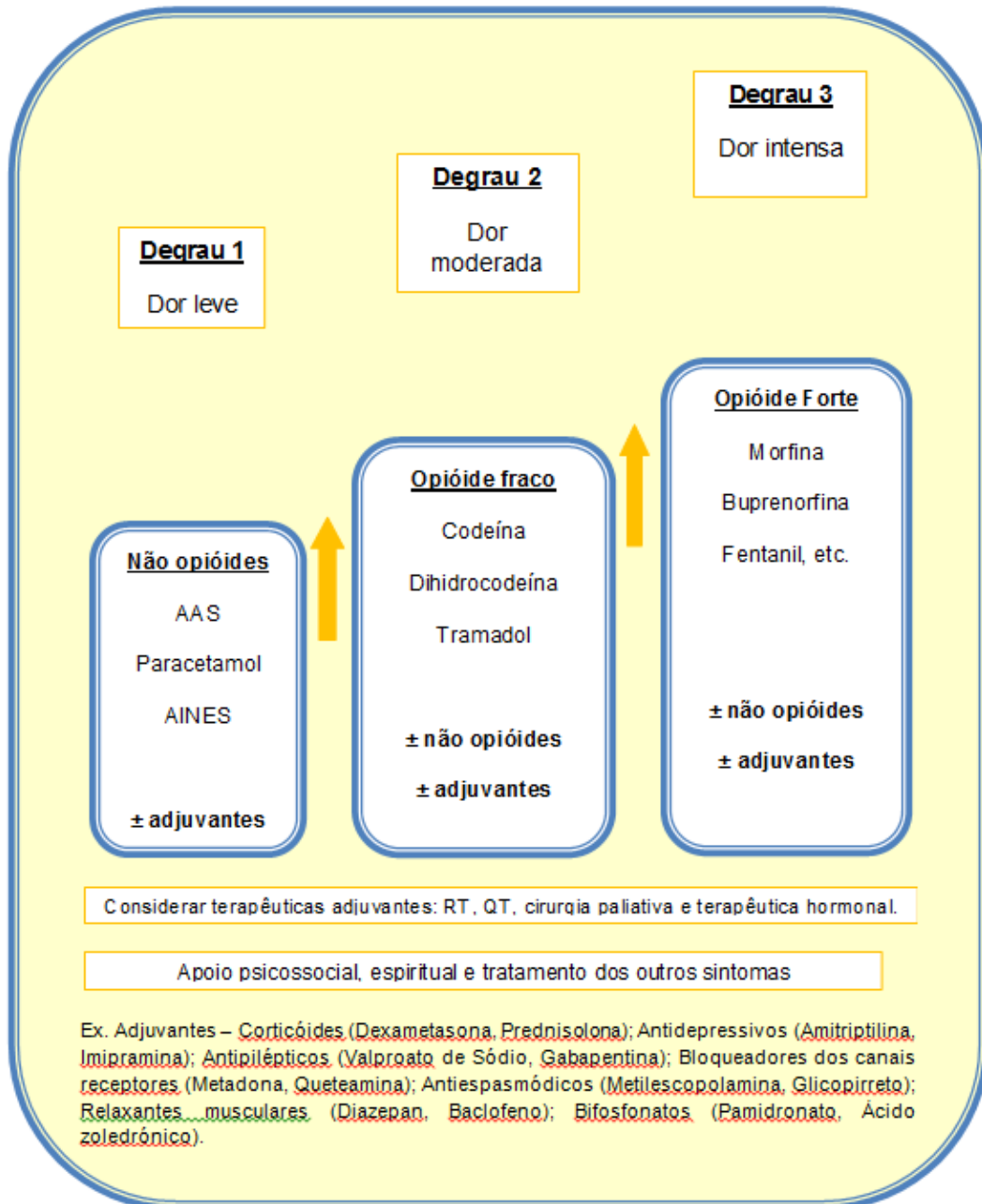
A Ordem dos Enfermeiros, segundo o Guia Orientador de Boa Prática - Dor (2008), preconiza que os enfermeiros têm o dever de agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam a dor. Recomenda:

- Colaborar com a equipa multidisciplinar no determinar um plano de intervenção para o controlo da dor (consoante os objetivos da pessoa);
- Ter em conta a individualidade da pessoa para a escolha mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver o doente, cuidador principal e família na determinação e reajuste do plano terapêutico;
- Apropriar o plano terapêutico tendo em vista os resultados da reavaliação e os recursos disponíveis;
- Ter conhecimento sobre as indicações, contra-indicações e os efeitos secundários dos medicamentos utilizados no controlo da dor;
- Prevenir e ter controlo sobre os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Zelar e tratar a dor que ocorre durante as intervenções de Enfermagem;
- Possuir conhecimento sobre as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais de intervenções não farmacológicas;
- Aplicar intervenções não farmacológicas para complementar a terapêutica farmacológica, não substituir;
- Quando aplicadas as intervenções não farmacológicas, deve-se ter em atenção as preferências da pessoa, objetivos do tratamento e a evidência científica.

ANEXO IV

Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Escala Analgésica da OMS



Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

ANEXO V

Fármacos usados no tratamento da dor:

1º e 2º degrau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Fármacos usados no tratamento da dor: 1º e 2º degrau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Princípio ativo	Dose	Apresentações	Observações
Paracetamol	1g 8/8h ou 6/6h Dose máxima: 4g/dia	Comprimidos 500 mg e 1 g. Comprimidos efervescentes 1 g. Xarope 200mg/5 ml. Supositórios 125, 250, 500, 1000 mg. Ampolas Endovenosas	Ampolas Endovenosas de uso hospitalar
Codeína	30-60 mg 6/6h a 4/4h Dose máxima: 240mg/dia	Cápsulas 30 mg. Xarope 30 mg/15 ml.	
Paracetamol+Codeína	8/8h ou 6/6h Dose máxima: 8 comp. ou 4 sup./dia (240 mg codeína + 4g paracetamol)	Comprimidos 30 mg codeína + 500 mg paracetamol. Supositórios 60 mg codeína + 1g paracetamol.	1ª linha no tratamento da dor crónica por osteoartrose. Prevenir obstipação e náuseas.
Metamizol	0.5-1g 6/6h ou 4/4h Dose máxima 4g/dia	Cápsulas. 575 mg. Supositórios 500 e 1000 mg. Ampolas 2000mg/ml.	Útil da dor em cólica
Tramadol	25-100 mg 8/8h ou 6/6h Dose máxima 400mg/dia	50, 100 mg cápsulas Liberação normal. 50 mg comprimidos orodispersíveis. Gotas orais 100mg/ml (20 gotas=50 mg). Sistema doseador (1bomb = 12,5 mg). Supositórios 100 mg. Ampolas 100 mg/2 ml. 50, 100, 150, 200 mg cápsulas de liberação prolongada. 150, 200, 300, 400 mg cápsulas de liberação prolongada.	Útil na dor neuropática e nociceptiva 50 mg de tramadol=10 mg de morfina oral 100 mg de tramadol SC=10 mg de morfina SC Menos obstipante que a codeína e morfina. Sem efeito na pressão dos ductos biliares e pancreáticos. Precaução nos casos de: epilepsia, insuficiência renal e hepática. Insuficiência renal: 50 a 100 mg liberação normal cada 12h.
Paracetamol+Tramadol	Dose máxima 2 comprimidos de 6/6h	325 mg paracetamol + 37,5 mg tramadol.	

Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007)

ANEXO VI

Fármacos usados no tratamento da dor:

3º grau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Fármacos usados no tratamento da dor: 3º grau da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

Princípio ativo	Dose	Apresentações	Observações
Morfina, cloridato	10mg/ml 40mg/2 ml	Solução injetável (uso exclusivo hospitalar)	Por via Endovenosa usar diluída e administra lentamente. Reduzir para 1/2 da dose oral por via Subcutânea e para 1/3 por via Endovenosa.
Morfina, Sulfato	10, 20 mg, 4/4h 10, 30, 60, 100 mg de 12/12h	Comp. Liberação Normal (podem ser fraccionados e/ou moídos) Comp. Liberação Prolongada (não fraccionar nem moer) Cáps. Liberação Prolongada (podem ser abertas e administradas por sonda nasogástrica)	Pode ser necessário recorrer ao uso de laxantes e anti-eméticos, pelo menos 5 dias. Mesmas doses por via rectal. Evitar conduzir pelo menos 5 dias devido à sonolência. Aumentar 25% a 50% cada dia até controlo. Sem dose máxima (limitada pelos efeitos colaterais). Insuficiência renal e hepática grave: 6-6h ou 8-8h. Iniciar com doses baixas ou equianalgésicas e titular.
Buprenorfina Transdémico	35, 52 e 70 µg/h Mudança do sistema de 96/96h Dose máxima recomendada 140 µg/h.	Sistema transdémico	Iniciar com 35 µg/h ou menos (os pensos podem ser cortados). Podem ser usados com outros opióides. Menos obstipante. Sem depressão respiratória nas doses recomendadas. Insuficiência renal: sem necessidade de ajuste. Insuficiência hepática: ajuste se insuficiência hepática grave com alterações de coagulação.
Buprenorfina Sublingual	Início 0,1-0,2 mg 8/8h (sem adesivos) Dose máxima recomendada 3 mg/dia	0,2 mg comprimido sublingual 0,4 mg comprimido sublingual	Dose de resgate: iniciar com 0,1-0,2 SOS cada hora e titular até à dose eficaz; Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso transdémico. Não ingerir os

			comprimidos.
Fentanil Transdérmico	25, 50, 75 e 100 µg/h, de 72/72h.	Sistema transdérmico em penso e em depósito (genérico)	Os pensos podem ser cortados. As formulações genéricas com depósito não podem ser cortadas. Podem ser usadas com outros opióides para doses de resgate. Insuficiência renal: reduzir 50% a 75%.
Fentanil Transmucoso	200 µg/h SOS. Friccionar durante 15 minutos na mucosa oral.	Sistema transmucoso oral que só existe a nível hospitalar	Dose de resgate: iniciar com 200 µg cada 15 a 20 minutos e titular até à dose eficaz. Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso transdérmico. Útil na dor irruptiva.

Fonte: Adaptado de: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007)

ANEXO VII

Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor

Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor

	Intervenção	Definição	Objectivos
	Terapia Cognitiva/ Comportamental	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> .	Ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
	Reestruturação cognitiva	Tipo de Terapia Cognitiva/Comportamental na qual a pessoa é instruída a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos
	Treino de habilidades de coping	Tipo de Terapia Cognitiva/Comportamental que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar/gerir a dor e o <i>stress</i> .
	Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.
	Distração	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
Físicas	Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio e aplicação de calor	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.
	Exercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da

			postura e profilaxia de futuras dores.
	Imobilização	Restrição e limitação de movimentos	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
	Massagem	Ato de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	Estimulação elétrica transcutânea – TENS	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
Suporte Emocional	Toque terapêutico	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
	Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal	

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática.

ANEXO VIII

Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia

Nas intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia prevalece a utilização de broncodilatadores, corticoides, opióides, benzodiazepinas e oxigénio (Azevedo, 2010):

- Broncodilatadores - estão indicados em situações em que o broncospasmo é um fator condicionante de dispneia;
- Corticoides - estão indicados em situações de broncospasmo e particularmente indicados nas situações de obstrução alta (por exemplo: tumores da traqueia e linfite carcinomatosa);
- Opióides - atuam a nível central diminuindo a sensibilidade do centro respiratório, conseqüentemente diminui a taquipneia, por ação direta sobre os núcleos da protuberância diminuindo a frequência respiratória e, por ação sobre os centros bulbares, diminuindo a resposta à hipercapnia. Podem existir outros mecanismos de ação destes fármacos que expliquem o controlo da dispneia, mas até ao momento ainda são desconhecidos.

Vários estudos falam da eficácia dos opióides no tratamento da dispneia em doentes em fim de vida. No entanto existem dúvidas no que se refere à eficácia quando administrada por via inalatória.

A Morfina continua a ser o fármaco de eleição. Começa por se utilizar a morfina de ação rápida, segundo um esquema terapêutico regular, recorrendo a doses, normalmente, mais baixas do que as necessárias para controlar a dor. Depois de se definir a dose necessária para controlo do sintoma, pode-se recorrer à morfina de libertação lenta.

Doentes que não se encontram sob terapêutica com opióides, a dose recomendada para iniciar tratamento é de 2,5 mg a 5 mg de 4/4 horas de morfina por via oral (até dose máxima perto de 60 mg/dia, que eventualmente pode ser ultrapassada).

Doentes já sob terapêutica opióide para controlo da dor, recomenda-se aumentar a dose em cerca de 30-50%.

Em doentes em fim de vida, a morfina oral pode ser substituída por morfina em perfusão subcutânea, deve corresponder a 1/3 da dose de morfina que se encontrava a ser administrada via oral.

- Benzodiazepinas - reduzem a sensação de dispneia quando atuam na mediação dos estímulos periféricos que atingem o sistema nervoso central.

Devido aos efeitos acessórios e controvérsia desta terapêutica em relação à sua eficácia no tratamento da dispneia, as benzodiazepinas foram afastadas para controlo deste sintoma fora do contexto da Medicina Paliativa. No entanto continuam a ser administradas quando este sintoma é vivido com grande ansiedade.

O diazepam é o fármaco que mais se utiliza (pelas várias dosagens e vias de administração existentes no mercado). O lorazepam também é frequentemente utilizado, tem vantagem sobre o diazepam e o midazolam: um início de ação mais rápido, uma duração de ação mais curta e uma via de metabolização mais simples. A dose recomendada de diazepam são de 2,5 mg a 5 mg 3x/dia (também pode ser administrado em SOS nestas mesmas doses) e de lorazepam são de 1 mg sublingual duas vezes dia ou em SOS.

A escolha do fármaco depende sempre da história clínica e da preferência do doente.

Em fim de vida pode ser mais prático administrar o ansiolítico por via parentérica recorrendo, normalmente, ao midazolam na dose de 10 a 30 mg/dia, em perfusão subcutânea contínua.

- Oxigenoterapia – indicado a doentes com insuficiência respiratória e hipoxémia grave para alívio sintomático. Apenas se justifica em saturações inferiores a 90% e/ou Pressão parcial de Oxigénio no sangue inferiores a 60 mmHG.

A ventilação não invasiva pode ser útil no alívio da dispneia em doentes em fim de vida.

Na taquipneia ruidosa justifica-se a utilização da butil escopolamina, por ser um antimuscarínico com discreto efeito relaxante muscular e com propriedades antissecretoras. É mal absorvido por via oral e pode ser administrado por via subcutânea em perfusão contínua (efeito antissecretor tem duração de uma hora).

ANEXO IX

Estudo de Situação (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica**

Ensino Clínico: Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] -
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Estudo de Situação

Autor:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Lisboa

Outubro 2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

Ensino Clínico: Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED] -
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Estudo de Situação

Autor:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Emília Fradique

Docente Orientador:

Prof.^a Isabel Félix

Lisboa

Outubro 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. HISTORIA CLÍNICA	5
2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	7
3. INTERVENÇÃO DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	9
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5. REFLEXÃO	17
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico foi-me proposto realizar um Estudo de Situação. Este estágio tem a duração de 150 horas no Centro Hospitalar de Lisboa ████████ ████████, mais concretamente na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. A minha escolha passa por esta Equipa porque garante o apoio às pessoas quer em internamento ou em ambulatório, com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, tentando propiciar mais qualidade de vida com dignidade e cuidados de saúde humanizados. Presta também aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos Serviços, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção, quando solicitada a sua atuação. Realiza formação, investigação e consultadoria aos profissionais, indo ao encontro dos meus objetivos pessoais, profissionais, adequando-se completamente no projeto que estou a desenvolver. Garante novas experiências, novos conhecimentos e validação de tantos outros.

Esta Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos foi aprovada em 8 de Março de 2006. É uma equipa multidisciplinar com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, com espaço próprio para a coordenação das suas atividades. É constituída por três Enfermeiros, uma Enfermeira chefe, uma Médica, um Psicólogo, uma Assistente Social, uma Assistente Operacional e uma Administrativa. Tem como valências: consulta externa, interconsulta, consulta sem presença do utente (monitorização telefónica) e consulta de luto.

O Estudo de Situação será sobre um utente com necessidade de cuidados paliativos, isto é, medidas terapêuticas sem intuito curativo, que visam a minorar as consequências da doença e melhorar o bem-estar global do utente, mas neste caso, não foi possível o acompanhamento pela Equipa de Cuidados Paliativos.

Segundo Capelas (s.d.), os cuidados paliativos, hoje em dia, são um direito humano e como tal, uma obrigação social. O mesmo refere que cuidar dos utentes em fim de vida foi principalmente uma inquietude individual.

A Organização Mundial de Saúde, lança em 1990 a primeira definição de Cuidados Paliativos, e percebeu a necessidade de serem implementados programas de Cuidados Paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2002), citado por Neto (2010), define cuidados paliativos como “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

De um modo geral, no período em que realizei o Estágio, a equipa acompanhou utentes e suas famílias sendo o perfil de utente oncológico (98%), isto é, no total de 64 utentes, 9 em internamento, 36 com situações complexas em ambulatório, 13 em situações menos complexas e 6 utentes com suporte de consultadoria em Equipa Cuidados Continuados Integrados. Apenas dois utentes têm o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. A maioria dos utentes são referenciados à equipa por necessidades de controlo sintomático (dor, dispneia, náuseas e vómitos), exaustão familiar, continuidade de cuidados e necessidades sociais. Na sequência do acompanhamento dos utentes e suas famílias a equipa articula com as equipas de cuidados continuados da área de residência dos mesmos, mantém disponibilidade telefónica 24 horas, a título de voluntariado, referencia para a RNCCI, quer unidades de internamento quer ECCI.

1. HISTÓRIA CLÍNICA

O utente M.D. é transferido do Hospital de ████████ dia 20/09/13, por quadro de dispneia com agravamento progressivo. Doente refere quadro de tosse produtiva há cerca de uma semana com expectoração purulenta. Negava toracolgia, pré-cordialgia ou febre. Referia ligeiro aumento do volume abdominal, sem náuseas, vómitos, diarreia ou dor abdominal.

À observação no serviço de urgência apresentava-se consciente, orientado, apirético, vígil, hemodinamicamente estável, mas com broncoespasmo. Mucosas descoradas e desidratadas.

Tem como antecedentes pessoais: Doença renal crónica, estadio V em programa de hemodiálise há um ano (no Hospital de ████████, neste momento neste Centro Hospitalar três vezes por semana); Neoplasia do recto, com ressecção abdomino-perineal há quatro anos (com colostomia no flanco esquerdo); Hipertrofia benigna da próstata.

Medicação habitual: Tansulosina, Atenolol, AAS, Salmeterol, Ácido Fólico, Complexo de Vitaminas.

No próprio dia 20/19/2013 faz colheita de expectoração que revela infeção respiratória (MRSA), é iniciada antibioterapia e é colocado em isolamento aero-contacto.

Dia 23/09/1013 é pedido TAC por suspeita de derrame pleural e ascite (aquando o resultado confirma-se derrame pleural de pequeno volume bilateral).

Dia 25/09/2013 realiza Eco-abdominal e é-lhe diagnosticada carcinomatose peritoneal.

Doente mantém hemodiálise.

Dia 26/09/2013 foi pedido colaboração de Dermatologia por apresentar nódulos cutâneos disseminados, alguns eritematosos. Fez biópsia que revelou Adenocarcinoma produtor de mucina.

Dia 27/09/2013 menos edemaciado, com diminuição do volume abdominal.

Dia 2/10/2013 após avaliação de Oncologia, utente não tem indicação para quimioterapia.

Dia 9/10/12 é pedido a colaboração da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Aguarda-se discussão de prognóstico/objetivos de tratamento em equipa para intervenção de Cuidados Paliativos. Utente muito queixoso de dores generalizadas, mais acentuadas na omoplata esquerda, inicia buprenorfina 20 mg transdérmico (prescrição médica interna do serviço de medicina).

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos não voltou a ser contactada para ser envolvida no processo, no entanto a equipa de enfermagem, diariamente, partilhava com a equipa de enfermagem do serviço informações/acções paliativas.

Dia 16/10/13 dirigi-me ao serviço para obter mais informações sobre o utente através de consulta do processo clínico e conversa informal com a interna assistente. Dia 10/10/13 fez uma Ecotorácica de controlo que revelou derrame pleural (já confirmado anteriormente por exames).

Dia 14/10/13 inicia maiores períodos de agitação psicomotora, é aumentada dose de buprenorfina transdérmica para 30 mg. Mantém queixas álgicas generalizadas, administrada Morfina em SOS com pouco efeito.

Dia 15/10/13 utente mais prostrado, mas mantém queixas à mobilização, suspende um dos antibióticos e fazem ajuste de analgesia. Hemoculturas negativas, utente recusa realizar gasimetria. Secreções muito abundantes. Mantém hemodiálise. A indicação é para manter medidas de conforto.

Dia 16/10/13 utente realizou hemodiálise no período da tarde e desde então hemodinamicamente instável.

Dia 17/10/13 utente faleceu cerca das 7 horas 20 minutos, segundo colegas foram iniciadas manobras de reanimação, sem sucesso.

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Os dados referentes ao utente foram colhidos através do processo clínico, foi difícil obter mais dados, principalmente anteriores ao internamento, os mesmos são escassos. Serão reportados os conhecidos.

O senhor M.D. é um utente do sexo masculino, de 78 anos, de raça caucasiana.

Até ao dia 16/10/13:

Respiração toraco-abdominal de média amplitude com cerca de 20 ciclos por minuto. Dispneico a pequenos esforços, referia dificuldade em respirar. Com aporte de oxigénio por óculos nasais a 2L/min (segundo registos com saturações de aproximadamente de 96%). Hemodinamicamente estável.

Consciente, com alguns períodos de confusão. Dificuldade em falar por cansaço fácil.

Alimentado com uma dieta pastosa e suplemento proteico (@Fortimel), sem sinais de disfagia. Desconhece-se hábitos alimentares anteriores. Necessitava de ajuda total na alimentação, não levava os alimentos à boca.

Desconhece-se alergias, ingestão de álcool ou hábitos tabágicos.

Apresentava diminuição da acuidade auditiva bilateral, deficiência sensorial não compensada.

Os cuidados de higiene e conforto no leito eram prestados diariamente, com ajuda total.

Mucosas descoradas e desidratadas. Integridade cutânea comprometida, apresentava:

- Úlcera de pressão no trocânter direito de grau I (aplicado @Opsite);
- Úlcera de pressão na região sagrada de grau I (aplicado @Opsite);

- Úlcera de pressão no calcâneo direito de grau II (aplicado Hidropolimero com rebordo).

Utente com diminuição da força muscular generalizada, segundo colegas, mantinha o repouso no leito porque no levantar para cadeirão tem tendência para aumentar a fricção no calcâneo direito (zona da úlcera de pressão). Alternados posicionamentos com ajuda total.

Incontinente de esfíncter vesical, tinha necessidade do uso de fralda, por realizar hemodiálise utente urinava em reduzidas quantidades. Colostomia funcionante, apresentava fezes moles com sangue digerido.

Referia dificuldade em dormir um sono reparador.

Muito queixoso de dores generalizadas, mais acentuadas na omoplata esquerda.

Referenciado a uma Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Tinha cateter venoso periférico para administração de terapêutica, tem também uma fístula arteriovenosa no membro superior direito para realização de hemodiálise.

3. INTERVENÇÃO DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

O senhor M.D., internado no serviço de Medicina deste Centro Hospitalar foi referenciado à Equipa Intra-Hospitalar para controlo de dor, dispneia e medidas de conforto.

Nesta primeira avaliação a equipa dirigiu-se ao serviço de internamento para observação do mesmo. Foi feita uma avaliação física, assim como uma avaliação sintomática em que são validados os sintomas não controlados e plano antecipatório de abordagem a sintomas que possam a vir a ficar descontrolados. Feito contacto telefónico com um familiar, filho, para possível avaliação familiar: validar a existência de cuidador, quais as necessidades familiares, as condições socioeconómicas, emocionais, esclarecimento de dúvidas e de medos para um dia mais tarde viverem os seus lutos sem culpas. Foi também feita, principalmente, uma avaliação do utente enquanto Pessoa, tentar compreendê-lo no seu todo, compreender o seu ambiente, o seu contexto familiar e social.

Foi feita consulta de dados através do processo clínico e complementada informação através de enfermeira de referência e médico assistente.

Feito também um primeiro contacto com o filho do utente via telefónica, em que dá conhecimento que o utente já está referenciado à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, alega incapacidade emocional e socioeconómica para cuidar do pai em casa.

A Equipa Intra-Hospitalar entra em contacto com a Nefrologia no sentido de tomada de decisão relativamente à continuidade de tratamento de hemodiálise, ficando a posteriori a aguardar o contacto dos mesmos. Tal nunca aconteceu, não houve contacto, muito menos uma comunicação eficaz e congruente na equipa.

Quando é pedida a colaboração desta equipa específica há compromisso nas suas funções, não só no alívio da dor, dispneia e promoção de conforto. A sua prática

baseia-se numa relação interpessoal, com conhecimentos e competências técnicas, assim como uma ação humana e ética. A Equipa Intra-Hospitalar colabora, contudo com a necessidade de toda a equipa multidisciplinar e família se encontrar em sintonia, com os objetivos a que se propõem. Há necessidade de tomada de decisão a vários níveis de modo a atingir efectividade na intervenção ao utente e família. Segundo Barbosa (2010), a tomada de decisão procura essencialmente a acção mudando comportamentos. É um processo que se faz perante várias modalidades, que corresponde a necessidades, im/possibilidades, contingências e efetividades.

Este mesmo autor documenta que neste processo torna-se difícil agir com eficácia. Na tomada de decisão têm que ser consideradas várias barreiras, mas também factores de reforço ou facilitadores.

“O domínio ético realiza-se quando o saber técnico se complementa pela reflexão conducente à deliberação, porque os fins nunca estão perfeitamente determinados e os meios devem ser sempre pesados pelo sujeito ético” (Barbosa, 2010).

Neste caso em concreto foi pedida pela Equipa uma tomada de decisão aos médicos assistentes no intuito de clarificar a verdadeira intenção clínica, uma discussão de prognóstico, em que os objetivos de tratamento seriam o conforto e controle de sintomas. Seria elaborado um plano de cuidados para proporcionar um fim de vida com conforto e dignidade. No entanto não houve consenso, não houve uma comunicação assertiva e eficaz.

Questiono-me e reflito sobre estas ações após o pedido de colaboração da Equipa de Cuidados Paliativos. Podíamos melhorar a qualidade de vida deste utente em fim de vida?.. Sim, depois de discutido e analisado o caso em concreto, podiam ser adotadas medidas adequadas. Há fármacos não essenciais a serem administrados, assim como intervenções inapropriadas (colheitas de sangue, entre outros exames). O utente manteve a via oral, no entanto poderíamos ter potencializado esta via através dos cuidados à boca, visto ser a via preferencial. Com a intervenção desta Equipa haveria uma reavaliação sistemática de prescrição para controlo de sintomas prevalentes e um plano antecipatório para controlo de sintomas que podem vir a emergir nas seguintes fases de fim de vida.

Não há registo escrito da ordem de reanimação, há a necessidade de tornar clara esta decisão, contudo nunca foi discutido em equipa segundo enfermeira coordenadora do serviço.

Os utentes em fim de vida encontram-se numa fase particular que afeta todas as dimensões do seu ser enquanto Pessoa. Cada vez mais se verifica um aumento do envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança de vida. Isto deve-se aos inúmeros tratamentos existentes e à insistência de prolongar o tempo de vida mesmo sem qualidade. O número de doentes em fase terminal tende cada vez mais a aumentar.

Segundo Silva (2008) na enfermagem a morte tem uma importância primordial, sobretudo quando falamos em cuidados que envolvem intervenções em doentes sem possibilidade terapêutica de cura. Os enfermeiros são os profissionais que mais vivem e se envolvem com este processo, sendo aquele que melhor pode interagir e ajudar o utente e a sua família. A proximidade da morte não deve ser a única preocupação do enfermeiro, este deve preocupar-se com o tempo de vida que resta ao utente, pois o ser humano tem um valor único e incalculável que não é inferior em qualquer fase da vida. Todo o processo de morrer deve ser humanizado.

Para Santana et al (2009), o objetivo quando se cuida de utentes em fase final de vida é acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida, isto representa um enorme desafio para o enfermeiro onde o objetivo de curar é “ocupado” pelo objetivo de encontrar habilidades de cuidar relacionadas com o sofrimento, o apoio e a dignidade. Cuidar de pacientes terminais exige mais do que conhecimentos técnicos e científicos, necessita-se de reconhecer a individualidade da pessoa, através de um estabelecimento de relacionamento interpessoal dando ênfase a Pessoa Humana, contribuindo assim para humanização nos cuidados paliativos.

Como referida na História Clínica, a dada altura o próprio utente recusou realizar gasimetria. Cansaço? Descontinuar intervenções desnecessárias? Necessidade de conforto?

Os enfermeiros têm um papel ativo neste cuidado, podemos afirmar que os sintomas também são aliviados através de intervenções de Enfermagem, proporciona-se aumento de conforto. O conforto é desejado por todos, principalmente para o utente em fim de vida, tornando os cuidados mais humanizados. Cuidados estes que devem estar baseados num princípio ético adequado para estes doentes,

proporcionando medidas que não visem apenas o curar, mas sim aliviar o sofrimento. O conforto é uma necessidade transcultural, multidimensional e universal. A Teoria do Conforto, Teoria de Katharine Kolcaba, oferece à prática uma estrutura alargada.

Kolcaba (2009), desenvolve a sua teoria e refere que o conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”.

O conforto pode ser determinado como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”, Kolcaba (2003). Caracteriza o conforto como uma experiência imediata e holística, fortalecido através das necessidades de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

O cuidar em fim de vida pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos utentes oncológicos, tal como neste caso concreto, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, através do controlo da dor e dispneia, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila, segundo os seus desejos, crenças e valores.

Nos Cuidados Paliativos é essencial trabalhar em equipa, requerem uma abordagem transdisciplinar, com objectivos definidos e previamente traçados, com uma metodologia comum. Existe uma clara atribuição de responsabilidades e papéis.

Bernardo, Rosado e Salazar (2010) referem que os elementos da equipa utilizam uma concepção comum, juntos desenham a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos. O conceito e pratica do trabalho em equipa em cuidados paliativos engloba a família e/ou cuidadores, os profissionais implicados no plano terapêutico, os recursos internos e externos dos utentes.

O objectivo primordial para este utente era o seu bem-estar global e da sua família, com o intuito de valorizar a vida, encorajar a esperança e ajudar a olhar a vida com o menor sofrimento possível.

Segundo os mesmos autores, quando se trabalha em equipa deve existir um ambiente informal e descontraído, capacidade de comunicação desenvolvida, escutam e colocam-se opiniões de modo construtivo.

Nesta Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, todos têm uma opinião sobre um problema, que é ouvida e respeitada. São reconhecidos as

contribuições de cada elemento, valorizando os mesmos, essa motivação leva ao cumprimento de metas de grupo. Há iniciativa e capacidade de tomada de decisões.

Com base nas necessidades de melhoria dos cuidados prestados, bem como das necessidades individuais, a formação contínua e a investigação são primordiais.

Este utente poderia ter vivenciado os seus últimos dias de vida de uma forma diferente, com um cuidado especializado, com controlo de sintomas, com todo o conforto que necessitava e possivelmente queria, com dignidade.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), o Conselho da Europa reconheceu que existem ainda hoje várias deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano em ser assistido na fase final de vida. Neste sentido recomenda o desenvolvimento de condições para a prevenção da solidão e sofrimento destes utentes, possibilitando receber cuidados num ambiente apropriado onde haja promoção e proteção da dignidade para os utentes com doença incurável ou em fase final de vida.

De acordo com o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2010, p.5):

“a dignidade humana é um dos princípios gerais da intervenção do enfermeiro - «as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da pessoa humana e do enfermeiro» - e, em bom rigor, concretiza-se de acordo com o que a pessoa concebe e interpreta como sendo.”

Quem cuidou deste utente? Quem cuidou dos seus familiares? Quem acompanhou o processo de morte? E o de preparação para o luto? Questões que ficam por responder, fica o pensamento que mais poderia ter sido feito se tivesse sido acompanhado por esta Equipa especializada, que seriam prestados cuidados paliativos e não ações paliativas, como julgo ter sido o caso.

A verdade é que existem muitas barreiras para a atuação plena da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, temos que admitir que a instituição está mais direcionada para abordagem curativa, a equipa multidisciplinar de um hospital de agudos esta mais direcionada para uma abordagem interventiva e curativa. Os mesmos não descontinuum terapêutica e utilização de meios de diagnóstico fútil. Outro aspeto é que não existem camas próprias e propiciam o

internamento nos vários serviços do hospital, não têm um funcionamento de 24 horas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o internamento foi possível constatar que o filho não tinha uma presença activa, sem visitas frequentes ao utente e logo no primeiro contacto referiu a falta de condições para cuidar do pai. No entanto também não foi visível o apoio emocional. Não manifestou vontade de se envolver em todo o processo.

Segundo Barbosa (2010), há famílias que têm dificuldades persistentes e que limitam as capacidades de lidar com a situação. Dificuldades essas que se manifestam sob a forma de evitamento protector, negação de ameaças flagrantes, conspiração do silêncio, agressividade ou até afastamento do contexto familiar. Estas famílias descompensam pela deterioração do seu funcionamento, fundamentalmente na coesão, falha na comunicação e aumento do conflito.

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos podia ter contribuído para a qualidade de vida deste utente em final de vida, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, controlo de sintomas, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila.

Não foi possível fazê-lo pelas inúmeras barreiras existentes entre esta equipa e entre a equipa assistente, pela falta de tomada de decisão/discussão de diagnóstico e pelas opções de tratamento (com vista a curar e não a palear).

Tal como está delineado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, **estes têm direito a receber os cuidados apropriados em fase terminal, deve ser incentivado e facilitado o apoio de familiares, apoio de amigos e apoio espiritual sempre que este for requerido pelo** utente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

Cada vez mais se verifica um aumento do envelhecimento populacional, associado ao aumento da esperança de vida, o que significa que também a pessoa doente devido aos inúmeros tratamentos existentes e à insistência de prolongar o tempo de vida mesmo sem qualidade de vida, o número de utentes em fase terminal tende cada vez mais a aumentar. Deste modo julgamos ser importante o enfermeiro

especialista na área da oncologia desenvolver competências que lhe permitam aumentar os conhecimentos nesta área e prestar melhores cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida.

5. REFLEXÃO

O Estudo de Situação foi apresentado dia 25/10/1013 à equipa de Enfermagem da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Inicialmente foi exposta a história clínica e posteriormente abriu-se uma mesa de discussão com os principais temas de Cuidados Paliativos, do meu ponto de vista foi muito interessante pela partilha de conhecimentos, pela partilha de experiências, pela vontade de mudar e fazer mais e pelas sugestões ao longo dos temas. Foi um processo muito construtivo.

Durante a mesa de discussão foi visível a inquietação desta equipa perante este caso concreto, perante a tomada de decisão. Esta pode ser entendida como uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre as ações que envolvem a vida e o viver. A tomada de decisão procura a ação mudando comportamentos, correspondendo a várias necessidades (neste caso a dor, dispneia e conforto). Mas há que ter em conta as inúmeras barreiras que vão aparecer (referidas no capítulo 3).

Havia necessidade de tornar claro a continuidade do tratamento de hemodiálise (em que esta equipa aguardou contacto da equipa especialista), de clarificar a intenção clínica e consoante isso seria elaborado um plano de cuidados. Era importante ter sido discutido o prognóstico para haver sintonia de objetivos.

Posso afirmar que neste processo a comunicação não foi eficaz, coerente. Foi mesmo referido nesta mesa de discussão que não há comunicação! Segundo Querido, Salazar e Neto (2010), a comunicação é um processo de troca de informações, comunicar eficazmente constitui uma necessidade básica na atenção ao utente/família em cuidados paliativos. No entanto, é reconhecida a existência de dificuldades e barreiras à comunicação quando se fala de questões de fim de vida. A comunicação é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente.

Um dos pontos mais interessantes, no meu ver, desta mesa de discussão foi o trabalho em equipa. Concluímos que para haver trabalho em equipa é necessário objetivos definidos e previamente traçados. A equipa elabora um plano e aborda os

problemas (doente/família/cuidadores). Durante a discussão fiz uma observação em que referia que não há cuidados paliativos se não houver trabalho em equipa, no entanto um dos elementos acrescentou, que o trabalho em equipa é transversal a todos os cuidados de enfermagem!

Contudo, em cuidados paliativos há um plano de intervenção comum dos profissionais envolvidos, ao do utente e família, o que diferencia das outras especialidades da medicina, com um objetivo central: o bem-estar do utente e sua família.

Coloquei algumas questões de retórica na mesa sobre cuidados em fim de vida. Não podemos encarar esta fase final como o “já não há nada a fazer”. O que foi falado perante estas questões foi que os profissionais têm alguma dificuldade em agir por insegurança, medo, por ser uma situação perturbadora. A falta de formação dos profissionais nesta área tão específica, leva a que estes evitem os utentes em fim de vida, não respondendo às necessidades reais do utente e família não dando resposta efetiva ao controlo de sintomas em fim de vida.

O utente em fase terminal deve ser seguido por uma equipa com competência para fazer uma avaliação adequada, que explique ao utente e sua família as causas dos sintomas, monitorizando e intervindo no sentido de efetividade e eficácia clínica. A família deve ser informada e esclarecida, para se sentir mais segura, e deve ser, quando possível, envolvida nas decisões a adotar (Sousa, 2010).

Segundo Mompert Garcia, em Sapeta e Lopes, citado por Sousa (2010) é urgente que os profissionais adquiram preparação técnica, através da aquisição de conhecimentos, de habilidades e de competências pessoais e profissionais para estarem preparados para acompanhar estes complexos e delicados momentos.

Foi visível para todos os participantes desta mesa que o utente não morreu de forma tranquila, confortável. Poderiam ter sido descontinuadas imensas intervenções desnecessárias. Não foi proporcionado um fim de vida com qualidade, digno. Nem mesmo a ordem de reanimação estava explícita.

A equipa de enfermagem da Equipa Intra-Hospitalar manteve o acompanhamento do utente, prestando consultoria no intuito de cuidados à boca, posicionamentos laterais, cinesioterapia respiratória, entre outros. Estas ações paliativas, apesar de serem acatadas em contexto verbal não foram colocadas em prática.

Há a realçar neste estudo que foram adquiridas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Dentro da primeira competência (Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o sofrimentos, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida), foram desenvolvidas algumas unidades de competência: identificadas as necessidades da pessoa em fase terminal a nível físico, psicoemocional, espiritual e sócio-familiar (avaliação feita ao utente na primeira visita); avaliados e identificados os sintomas descontrolados (dor, dispneia e desconforto); avaliado o grau de dependência e as necessidades de cuidados (utente totalmente dependente, cuidados com máxima promoção do conforto e alívio de sintomas com vista a obter o máximo de satisfação do utente). Outra unidade de competência desenvolvida neste caso foi a colaboração com outros membros da equipa de saúde (equipa onde se encontrava o utente internado), onde utilizamos estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética para tomar decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas. Há a necessidade de avaliar a pessoa e vê-la como um todo. O próprio utente numa altura recusa realização de gasimetria, temos que respeitar o utente (princípio da autonomia). Refletir sobre a realização de TAC, Ecografia, o momento da reanimação, administração de antibioterapia, de terapêutica fútil.

Na segunda competência (estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte), foram desenvolvidas algumas unidades de competência (possíveis perante o caso), foram aplicadas estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde onde o utente estava internado, que estão envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença terminal. A Equipa Intra-Hospitalar partilhou experiências/conhecimentos e construiu um processo de escuta ativa. A equipa de enfermagem referiu a necessidade de formação. Mostraram sentimentos de impotência e frustração.

Esta Equipa Intra-Hospitalar perante a situação também mostra alguma frustração, apenas foram prestadas ações paliativas e não cuidados paliativos. Há um desconforto moral.

Na verdade é que existe uma grande ambiguidade neste caso, é pedida a colaboração da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos para intervir mas depois não são tomadas decisões, não é discutido o caso em equipa e muito menos delineado um plano de intervenção, não são discutidas as opções de tratamento (curativo/paliativo). Aparentemente a instituição está mais direcionada para uma abordagem curativa, os médicos têm mais uma abordagem interventiva (não descontinuem terapêutica e meios de diagnóstico fútil).

Na mesa de discussão concluímos que, há necessidade de mudar mentalidades, mas como mudar? Possivelmente na utilização de casos práticos para refletir. Houve a sugestão de um dos elementos participantes que fala na avaliação de qualidade, avaliar o final de vida, como um indicador de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, A. (2010). Processo de Deliberação Ética. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 509-510; 707-710. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo A., Rosado J., Salazar H. (2010). Trabalho em Equipa. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 761-772. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. (s.d.). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. Vol. 2 (nº1). 51-57.
- Kolcaba, Katharine (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.
- Kolcaba, K. (2009). Confort. In Peterson S. J., Bredow T. S. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Lippincott.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2004). Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Conselho Nacional de Oncologia.
- Querido A., Salazar H., Neto I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 461-485. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Santana, J.C.B. et al (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* 3(1): 77-86.

Silva, A.E. (2008). *Cuidados paliativos de Enfermagem – perspectivas para técnicos e auxiliares*. Universidade do Estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Divinópolis.

Sousa, M. (2010). Tradução e Adaptação Linguística e Cultural para Português do Liverpool Care Pathway. Universidade de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.

ANEXO X

Estudo de Situação (Unidade de Cuidados Paliativos)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica**

Ensino Clínico: [REDACTED] – Unidade de Cuidados
Paliativos

Estudo de Situação

Autor:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Lisboa

Dezembro 2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

Ensino Clínico: [REDACTED] – Unidade de Cuidados
Paliativos

Estudo de Situação

Autor:

Cristiana Raquel Miranda Asseiro nº 4772

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Fátima Oliveira

Docente Orientador:

Prof.^a Isabel Félix

Lisboa

Dezembro 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. HISTORIA CLÍNICA	5
2. REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DA EQUIPA DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS [REDACTED] FACE AO CASO CLÍNICO EXPOSTO	9
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
BIBLIOGRAFIA	15

INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico foi-me proposto realizar um Estudo de Situação. Este estágio tem a duração de 150 horas na [REDACTED], mais concretamente na Unidade de Cuidados Paliativos. A minha escolha passa por esta equipa porque que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença avançada, progressiva e incurável e sua família/cuidador, de acordo com as melhores práticas clínicas e eficiência, contribuindo para o bem-estar bio-psico-social e espiritual dos doentes. A equipa atua no controlo eficaz de sintomas, resposta ativa e global às necessidades dos doentes, incentivando sempre a participação do cuidador no apoio ao doente e proporcionando sempre um ambiente seguro, confortável, humanizado, promovendo a autonomia e qualidade de vida (Regulamento Interno da Unidade).

Este estágio faz-me sentido, adequa-se completamente no projeto que estou a desenvolver, garante novas experiências, novos conhecimentos e validação de tantos outros. Tem a especificidade do controlo de sintomas em que pretendo desenvolver competências (dor e dispneia), com o objetivo de nas 48h seguintes se encontrarem num registo ajustado/controlado.

O presente Estudo de Situação será sobre um doente internado nesta Unidade de Cuidados Paliativos, com necessidade de medidas terapêuticas sem intuito curativo, que visam a minorar as consequências da doença e melhorar o seu bem-estar global, proporcionando qualidade de vida nos últimos momentos através do controlo de sintomas e conseqüentemente a promoção do conforto.

A Organização Mundial de Saúde (2002), citado por Neto (2010), define cuidados paliativos como “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com

recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Efetivamente, os cuidados paliativos são uma resposta organizada à necessidade do cuidar e dar apoio aos doentes e famílias, com prognóstico de vida limitado. Englobam componentes essenciais tais como: alívio de sintomas, conforto, apoio à família, apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio no luto e a interdisciplinaridade. Nesta Unidade verifica-se tal exigência.

A Unidade em questão preconiza o máximo respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, assegura cuidados de excelência a adultos portadores de doenças crónicas e progressivas, qualquer que seja o estadió da doença de base e dá suporte às suas famílias/cuidadores.

De um modo geral, no período em que realizei o Estágio, o perfil do doente internado é o doente oncológico. A maioria dos doentes são referenciados à equipa por necessidade de controlo sintomático, exaustão familiar, continuidade de cuidados e necessidades sociais.

1. HISTÓRIA CLÍNICA

Doente D.G., 71 anos de idade, casada, com um filho e um neto. Elemento de referência no seio da sua família no que respeita aos cuidados no domicílio. Deu suporte ao filho na criação do neto, com quem neste momento tinha uma relação mais afastada.

Tem antecedentes pessoais de doença de refluxo gastro-esofágico, síndrome depressivo e tamponamento cardíaco em Janeiro 2012. Em Dezembro de 2011 foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma do pulmão com metastização hepática e óssea, nomeadamente ao nível da mandíbula esquerda, tendo sido submetida a radioterapia em Julho de 2012. Cumpru 3 linhas de quimioterapia: 1ª linha até Junho 2012 e 2ª linha de Outubro de 2012 até Março de 2013, posteriormente interrompeu por ausência de resposta e ainda realizou uma 3ª linha de Maio a Julho de 2013, que suspendeu por progressão da doença, ficando com terapêutica de suporte.

Dia 21 de Novembro de 2013 recorre à urgência do Hospital [REDACTED] por queda no domicílio, faz TAC CE e Raio X ao membro superior esquerdo que não revelam alterações. Fica internada para correção de hipocaliémia (2,5). Durante o internamento fez retenção urinária e pelo mesmo motivo foi algaliada.

Orientada no tempo e pessoa por períodos, alternando com períodos de desorientação e agressividade verbal, labilidade emocional e humor deprimido, expressando enorme apreensão face à evolução da doença, refere receio de morrer sozinha em casa.

Perfil tensional à entrada de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 76 bpm (pulso rítmico e cheio) temperatura de 36,4 °C, Saturações de 92% (em ar ambiente), ligeira polipneia. Referia cansaço e conseqüente necessidade de descanso.

Dor à entrada aparentemente controlada, mas com referência a episódios de dor difíceis de controlar. Apresenta acessos de tosse esporádica, não produtiva. Sem dificuldade respiratória.

Visível anorexia, desidratação e emagrecimento com astenia. Palidez cutânea.

Apresentava uma úlcera de pressão na região sagrada - grau II (adquirida no domicílio, com tratamento de hidrogel e placa de hidrocoloide) e lesões herpéticas genitais (tratadas no internamento com Aciclovir). Também há referência a incontinência fecal, com tendência para a obstipação (última dejeção dia 28/11/13).

Dependente de terceiros para realização das Atividades de Vida Diárias.

Dá entrada na Unidade de Cuidados Paliativos da [REDACTED] dia 29 de Novembro de 2013, para controlo de sintomas e exaustão do cuidador.

Desenvolvimento do quadro clínico:

29 de Novembro de 2013- Cerca das 20h doente inquieta, com discurso incoerente e com dificuldade respiratória, administrado 5 mg de dexametasona e 2,5 mg de haldol por via subcutânea, com algum efeito.

30 de Novembro de 2013- Cerca das 9h com um quadro de ansiedade que relaciona com as limitações impostas pela doença e preocupação com os familiares. Seguidamente tem um episódio de engasgamento ao pequeno-almoço, com disfagia para líquidos, não aceitando esta limitação. Administrada 5 mg de Dexametasona, 2,5 mg de Midazolan e 2,5 mg de Morfina por via subcutânea, com algum efeito.

12h30 min, muito ansiosa sobre a situação da condição alimentar, administrado 2 mg de Lorazepan sublingual, com efeito.

14h 45 min, apresentou um episódio de farfalheira, queixas a nível da região sagrada e refere astenia, administrado 20 mg de Butilescopolamina, 10 mg de Furosemida e 2,5 mg de Morfina por via subcutânea.

17h, vígil e orientada na pessoa, respondendo a perguntas simples. Dispneica e com farfalheira audível (fez 2,5 mg de Morfina, 10 mg de Furosemida e 2,5 mg de Midazolan por via subcutânea com pouco efeito).

18h, repete SOS, 20 mg Butilescopolamina e 5 mg de Dexametasona por via subcutânea. Mantém aporte de oxigenoterapia a 2l/min por óculos nasais. Admite estar muito ansiosa e triste, dizendo não a podermos ajudar na sua tristeza. Mantém farfalheira acentuada, aspiradas secreções sem sucesso. Repete SOS de 5 mg de Morfina, 2,5 mg de Midazolan e 20 mg de Butilescopolamina por via subcutânea.

20h, por terapêutica anterior não surtir grande efeito inicia perfusão subcutânea a 22cc/h de 80 mg de Butilescopolamina, 5 mg de Midazolan e 15 mg de Morfina subcutânea. A equipa em concordância fala com o marido e o filho, ajusta esperança e expectativas, concordam que o objetivo principal será o conforto total da doente.

21h, tranquila, com discreta farfalheira audível, fâcies sem evidência de dor e/ou desconforto.

1 de Dezembro de 2013- Doente consciente, com resposta verbal escassa. Dispneica com cianose periférica, fez Dexametasona 5 mg subcutânea. Mantém estertor. Recebe visitas de familiares que foram informados sobre agravamento clínico, aparentemente ajustados.

15h, desconfortável, mais inquieta no leito, dispneica e agitada na presença dos familiares, ajustada perfusão subcutânea pelo médico assistente (50 mg de Morfina, 20 mg de Butilescopolamina e 15 mg de Midazolan).

17h 30 min, agitação psicomotora, com necessidade de presença contínua no quarto, fâcies sugestivo de angústia e medo. Apresenta estertor, farfalheira acentuada, polipneica e subfebril, administrado 1g de Paracetamol rectal, 5 mg de Morfina, 2,5 mg de Midazolan, 5 mg de Dexametasona e 12,5 mg de Levomepromazina por via subcutânea, surtiu pouco efeito. Mantém oxigénio a 2l/min por óculos nasais, com discreta cianose labial. Informados familiares sobre agravamento clínico e necessidade de contenção de visitas.

20h, por manter agitação e estertor audível, ajustada perfusão subcutânea para 4cc/h. Doente sob sedo-analgesia, aparentemente eficaz. Neste momento foi possível aspirar secreções purulentas em grande quantidade, com aparente alívio.

3h, novo episódio de farfalheira/estertor, aspiradas secreções purulentas em grande quantidade (fez 20 mg de Furosemida subcutânea). Por estar com 37,8 °C, fez 25 mg de Diclofenac subcutâneo e 2cc de bólus da perfusão subcutânea por presença de mioclonias do membro superior direito, com efeito.

5h, estertor menos evidente, mantém sedo-analgesia, com fácies confortável. Apirética.

2 de Dezembro de 2013- sem via oral permeável. Hidratada mucosa oral. Marido em grande sofrimento, mas aparentemente ajustado face ao agravamento clínico. Demonstra preocupação com o filho em termos emocionais por estar sozinho atualmente “vivendo um para o outro”. Dada a santa unção pelo senhor padre. Família mais tranquila e aliviada. Doente em fase agónica, aparentemente confortável.

18h, não reactiva, bradipneica com períodos de apneia. Perfusão subcutânea a 2cc/h. Respiração tipo sheyne-stocks. Confortável.

Cerca das 23horas a doente faleceu, sem presença dos familiares. Aparentemente tranquila e confortável e sem fácies de dor e/ou desconforto.

2. REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DA EQUIPA DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS ██████████ FACE AO CASO CLÍNICO EXPOSTO

A entrada de um doente na Unidade é criteriosa, é feita uma avaliação de necessidades segundo os dados disponíveis. Neste caso concreto: doente com doença avançada, progressiva e incurável, consentimento informado escrito, avaliação do caso clínico pela equipa de saúde, sintomas descontrolados e exaustão do cuidador.

No momento da entrada da doente D.G. foi feito o acolhimento da mesma, encontrava-se presente uma enfermeira, um médico, uma psicóloga da Unidade e por mim estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica. Sem dúvida é o momento de eleição para conhecer o doente e sua família, foi nesta altura que se começou a estabelecer uma relação com os mesmos, a obter informação sobre os seus desejos. Neste primeiro momento esteve presente o marido, tentamos ir de encontro às suas necessidades e da doente, fazendo perguntas abertas, deixando algumas “questões no ar”, de forma a suscitar o objectivo primordial do internamento da doente: “Sabe porque é que se a mulher é internada nesta unidade?”, “Sabe qual é a nossa intervenção nesta unidade?”.

Tornamos este momento o mais acolhedor possível, de forma a reduzir o stress que se encontrava o marido, também em sofrimento visível. Foi possível tornar um ambiente mais descontraído, o mesmo fez a avaliação da situação clínica da mulher, identificou a fase da doença que se encontrava e fez referência ao seu grau de exaustão como cuidador.

Segundo Reigada (2010) a maior parte das vezes o sofrimento ocupa todos os atos e sentimentos quando se faz referência ao investimento em termos de tratamento curativo. Cada família é única, há necessidade do seu tempo de adaptação. Há

necessidade de compreender a funcionalidade desta família para a tarefa do cuidar, se estão em sintonia.

É visível durante o acolhimento que esta família já não estava a ser funcional mediante as necessidades da sua familiar, já não estava a ter uma resposta ativa. Havia um sentimento de necessidade de cuidados mais especializados, que merecia isso por todo o seu percurso, no entanto era ambivalente por não querer transmitir a ideia de afastamento da sua mulher, porque partiu da mesma a vontade de integrar nesta unidade.

Durante o acolhimento são explicados alguns procedimentos formais: filosofia, objetivos e funcionamento da Unidade, é apresentada a equipa de profissionais disponíveis, os cuidados e serviços prestados, assim como os direitos e deveres do doente e cuidador.

A partir deste instante, todos os elementos da equipa realizam a sua avaliação, de modo a ter uma visão global do doente e sua família, para poder elaborar o Plano Individual de Intervenção.

Esta equipa em questão consegue ser muito efetiva neste primeiro momento, pela sua disponibilidade, pela “condução” inicial do acolhimento, pela qualidade na avaliação e previsão das necessidades desta doente e família. Por englobar e considerar todos os fatores envolventes da doença da pessoa em questão. É um momento delicado, é onde a pessoa e família vão passar um período de tempo privados do seu ambiente natural, mudando rotinas e hábitos. Posso afirmar que é da competência do enfermeiro promover confiança neste primeiro contacto para posteriormente existir uma relação mútua de ajuda para proporcionar cuidados individualizados.

O Plano Individual de Intervenção, segundo o Regulamento Interno, tem como objetivo registar e sistematizar todas as intervenções interdisciplinares realizadas ao doente e família, com necessidade de avaliação regular com o intuito de facilitar o envolvimento do doente e família.

Durante este estágio foi-me possível compreender a importância de ter em conta não só as necessidades/problemas do doente/família mas também, as suas potencialidades e expectativas.

Segundo Gómez-Batiste *et al* (1996), citado por Almeida (2012), a avaliação das necessidades da família passa pelo conhecimento das reações do doente, das suas expectativas, pelo grau de informação que dispõe, do grau de conhecimento entre membros da família (sua constituição e comportamento), da disponibilidade familiar, dos recursos materiais e afetivos. Dá importância também ao cuidador principal e o tipo de relação com a doente, as expectativas reais da família face à equipa de saúde, dos padrões morais e experiências anteriores.

Neste caso, o marido era o cuidador principal, tinha apoio de um filho presente. Era visível que este cuidador se encontrava afetado, tinha consciência que não estava a corresponder às necessidades e expectativas da mulher, referia que não sabia mais como satisfazê-la, que era uma luta constante, que se sentia cansado de todo o processo sofrido de doença. Por sua vez, a mulher dizia que começava a faltar a paciência do cuidador. Era visível a exaustão deste cuidador. Neste âmbito Foi-lhe prestado apoio ao marido, permitindo o ajuste pessoal do mesmo à situação, aumentando a capacidade de cuidar e possibilitar uma adaptação normal à perda.

Este cuidador encontrava-se informado sobre a verdadeira situação clínica, tinha presente uma informação adequada sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença, assim como efeitos da terapêutica e cuidados a prestar. Segundo Guarda, Galvão e Gonçalves (2010), com esta informação evita-se a ansiedade da família no percurso desta doença incontrolável. Permite deste modo envolver ainda mais a família na tarefa de cuidar, promovendo o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda.

Era visível que a doente não se encontrava tão informada sobre a gravidade da sua situação, fazendo referência à unidade como também uma unidade de reabilitação, que necessitava de descansar uns dias para recuperar a força nos membros inferiores e poder retomar o seu papel no seio familiar. Revelava a sua preocupação com a lide doméstica e angustia pela possível redefinição de papéis familiares.

Quanto à informação dada a esta doente sobre a sua situação clínica, não posso deixar de concordar com que tem de haver uma negociação de que a verdade é revelada ao doente se o mesmo desejar. Os autores Guarda, Galvão e Gonçalves (2010) dão importância a um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer a verdade e o de evitar causar mal ao doente. Foi o que esta equipa tentou estabelecer, fez uma avaliação adequada do doente em particular, respeitando a vontade de não querer

saber. O objetivo não é dizer a verdade, mas proporcionar ao doente a melhor qualidade de vida possível até ao fim.

Na descrição da evolução do quadro clínico é notória a rápida evolução da doença, a ansiedade e a agitação terminal, associada aos sintomas de dor e dificuldade respiratória

Pacheco, citado por Fradique (2010), *“a fase terminal começa quando a morte se sente como uma realidade próxima, aliviando-se os sintomas e renunciando à cura: mas para outros é quando o crescimento do tumor é tão evidente e progressivo que não existe uma perspectiva de prolongamento da sobrevivência, de uma forma específica, através dos tratamentos”*. Cita também Pereira e Lopes (2002), os mesmos afirmam que *“o doente perante a morte tem que fazer o luto de todas as suas relações e, acima de tudo, fazer o luto de si próprio”*.

Esta doente revelava uma ansiedade acentuada no fim de vida, segundo a mesma, sentia que fazia sentido permanecer viva, mesmo com a sua condição de doença, e que ainda tinha muitos desejos para realizar. Bernardo, Leal e Barbosa (2010), descrevem a ansiedade como um sentimento desagradável de desamparo, é uma consequência normal e esperada da incerteza da doença e da aproximação da morte.

Este quadro era confirmado na sua agitação e inquietude, permanecendo a maior parte do tempo, com necessidade de vária terapêutica de resgate. Neste caso deve-se à adaptação da doença e seu tratamento (paliativo), aparecimento de sintomas descontrolados e principalmente a consciencialização da própria mortalidade.

A doente já tinha história de síndrome depressivo, um fator psicológico predisponente de ansiedade. Nestes momentos finais faz mesmo referência à tristeza e ao medo de morrer, da “inutilidade” da equipa neste aspeto.

Também mostra ansiedade quando toma consciência das suas limitações face à alimentação, à perda de via oral, manifestada pela disfagia, não aceitando esta condição.

A dispneia também pode estar associada a este sintoma. A doente referia a sensação de falta de ar e visível dificuldade respiratória, associada a farfalheira e estertor. Azevedo (2010), a gravidade da dispneia depende não só dos fatores

etiológicos mas também da sensibilidade de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação desta manifestação clínica. É particularmente angustiante e perturbador este sintoma, causando grande sofrimento para o doente e família. Com uma abordagem terapêutica adequada pode haver melhoria na qualidade de vida dos doentes terminais.

Neste caso em concreto, feita vária terapêutica de resgate e medidas não farmacológicas, mas com pouco efeito. Apenas fica tranquila quando inicia sedo-analgesia por perfusão subcutânea.

A família fica mais tranquila e aliviada quando é dada a santa unção pelo senhor padre. Segundo Barbosa (2010), as doenças prolongadas despertam desafios existenciais nas vidas dos doentes e famílias, procurando o significado na/da vida quando confrontados com a finitude da mesma. Como profissionais de saúde temos que estar preparados para reconhecer precocemente estas situações, tal como aconteceu neste caso, pedindo apoio espiritual, satisfazendo um desejo da doente e família, permitindo um alívio e tranquilidade pela realização de uma vontade.

A equipa fala com o marido e o filho, ajustando a esperança e as expectativas, concordam que o objetivo principal será o conforto total da doente (critério para marcação de uma conferência familiar). Estão presentes vários momentos com a família, isto é, pequenas conferências familiares, que tem como objetivo registar e sistematizar as intervenções realizadas ao doente e família, com vista a promover o envolvimento do doente e da família no processo terapêutico.

Nestes momentos a família em questão foi trabalhada de uma forma estruturada e orientada de intervenção familiar, discutidas as opções da resolução de vários problemas que foram surgindo no internamento, inerentes à doença da doente, tais como os inúmeros sintomas e a rápida progressão da doença. Chegando-se à conclusão, de mútuo acordo, que as medidas de conforto era a solução mais viável.

Esta equipa tem como mais-valia a facilidade de favorecer o diálogo entre o doente, profissionais de saúde e família, o que permite uma maior abertura e franqueza nos intervenientes. Houve relação de confiança, apoio e compreensão por parte da doente e família. Isto levou à verbalização dos medos, receios e dúvidas da doente e família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta Unidade em questão há pequenos pormenores que se tornam grandes pormenores, nem que seja pelo facto de os quartos não se encontrarem numerados, conseqüentemente os quartos são designados pelo nome das pessoas que lá se encontram. É um aspecto essencial para promoção da dignidade, colocando a pessoa em primeiro lugar.

É de valorizar como a equipa “vê” o doente, o seu fim de vida, numa vertente holística. Segundo Estanque (2011), a pessoa em fim de vida possui um valor inestimável como outra pessoa numa fase diferente da vida humana, tem de existir uma maior humanização no processo de morrer.

Durante o estágio pude mesmo constatar esta verdade que o doente não é apenas um cidadão a quem não pode faltar o direito de assistência adequada e necessária. É uma pessoa com família, que se confronta com a finitude da vida, que se confronta com a dor, com o sofrimento, que encara uma realidade injusta e tem necessidade de se completar e ajustar no registo biológico, psicossocial e espiritual. E tal como me foi ensinado no primeiro dia: “aqui falamos sempre de doente e família”, conseguiram transmitir-me o valor a ter em conta do sofrimento da família, da vivência de ter um familiar em fase final.

Considero que este estágio nesta Unidade de Cuidados Paliativos foi um privilégio, é um centro de referência a nível nacional, foi bastante enriquecedor não apenas do ponto de vista profissional, mas também como pessoal, uma vez que há imensos valores humanos que me foram e continuam ainda a ser transmitidos neste contexto.

BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 191-202. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 595-659. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo, A., Leal, F. e Barbosa, A. (2010). Ansiedade. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 303-312. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Estanque, C. (2011). *A Prática de Cuidar do Doente Oncológico em Fim de Vida. Uma Abordagem na Perspectiva dos Enfermeiros*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa
- Fradique, E. (2010). *Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
- Guarda H., Galvão C. e Gonçalves M. (2010). Apoio à Família. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 751-760. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Strecht, Pedro – *Interiores - Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2001. ISBN 972-37-0651-2;
- Reigada, Carla (2010), *INDICADORES DE CAPACIDADE DE CUIDAR, EM FAMILIAS DE DOENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS*. Instituto de Ciências

da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Porto.

ANEXO XI

Questionário

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica, propus-me a realizar um Projeto: “Cuidar do doente oncológico em fim de vida. O controlo de sintomas para promoção do conforto, papel do Enfermeiro”. Tem como objetivo dar apoio e suporte aos Enfermeiros na área de Cuidados Paliativos, mais concretamente no controlo de sintomas, para promover o conforto do doente em fim de vida.

A operacionalização do referido projeto pressupõe a realização de um Ensino Clínico no meu contexto de trabalho para a sua implementação.

Para identificar as necessidades dos Enfermeiros nesta área peço-vos a colaboração no preenchimento do presente questionário.

Questionário

Este instrumento permite que o entrevistado escolha uma ou mais alternativas para caracterizar a sua resposta.

1. Quais os sintomas mais frequentes no doente oncológico, em fim de vida, na sua realidade:

- Dor
- Dispneia
- Tosse
- Ansiedade
- Náuseas
- Vómitos
- Outros

2. Quais os sintomas que tem mais dificuldade em controlar:

- Dor
- Dispneia
- Tosse

- Ansiedade
- Náuseas
- Vómitos
- Outros

3. Considera que o controlo de sintomas contribui para o conforto do doente oncológico em fim de vida:

- Sim
- Não

4. Que estratégias considera mais úteis para ultrapassar estas necessidades:

- Formação em serviço sobre Controlo de sintomas para promoção de conforto no doente oncológico em fim de vida
- Guia de Consulta – Doente em fim de vida, controlo de sintomas para conforto do doente
- Outros. Quais _____

ANEXO XII

Guia de Consulta - Doente Oncológico em Fim de Vida:
Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto

Guia de Consulta

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.



Autor: Cristiana Raquel Miranda Asseiro

Elaborado no contexto do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção Enfermagem Oncológica

Fevereiro 2014

Nota Prévia:

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica, surge um Ensino Clínico no meu contexto de trabalho, num Centro Hospitalar de Lisboa, Serviço de Neurocirurgia, para implementação de um projeto: “Cuidar do Doente Oncológico em Fim de Vida. O controlo de sintomas para promoção do Conforto, papel do Enfermeiro”.

Muitos profissionais de saúde ainda negam a morte e encaram-na como uma derrota e/ou frustração, relegam para segundo plano as intervenções que promovem um final de vida condigno.

Ao longo da minha carreira profissional, fui confrontada inúmeras vezes com a prestação de cuidados a doentes com doença oncológica, ultimamente e cada vez mais, numa fase avançada, numa fase de fim de vida. Fase esta em que frequentemente a terapêutica curativa não tem resposta, pelo que a abordagem necessita ser diferenciada, com o foco nos problemas e necessidades em vez do diagnóstico. É impreterível uma abordagem diferenciada, que procure dar resposta às suas necessidades.

O fim de vida, mais concretamente o controlo de sintomas para promoção de conforto nesta fase sempre me interessou e ao longo deste percurso tenho procurado ir ao encontro do que é visível a necessidade de mudança, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados.

Senti necessidade de aprofundar mais conhecimentos e adquirir novos nesta área. Os doentes em fim de vida devem ser cuidados de uma forma muito individualizada, combatendo os sintomas mais comuns de uma forma rápida e eficiente, permitindo uma tranquilidade e qualidade em fim de vida. Os sintomas mais comuns no serviço de Neurocirurgia são a dor e dispneia, segundo o questionário que foi aplicado aos enfermeiros do serviço em questão. Este questionário foi elaborado no sentido de validar as necessidades, inicialmente por mim identificadas. Após o questionário foi visível que estas necessidades também eram as necessidades da equipa de enfermagem o que reforçou a minha necessidade inicial.

Perante isto, fez-me então sentido elaborar um Guia de Consulta - Doente em fim de vida: controlo da dor e dispneia para promoção do conforto. Tem como objetivo divulgar informação, ser um meio de consulta rápida, para ajudar a controlar eficazmente a dor e dispneia com o intuito de promover o conforto do doente em fim de vida. Disponibilizo-o à equipa do serviço inculcando a vontade e necessidade de implementar intervenções paliativas no nosso contexto de trabalho.

Considero que este guia pode constituir-se como suporte ao desenvolvimento científico da equipa de Enfermagem do serviço de Neurocirurgia, reforçando a capacidade de tomada de decisão inerente aos cuidados de Enfermagem, promovendo a qualidade dos mesmos.

SIGLAS

AINE – Anti-inflamatórios não esteroides

DGS – Direcção-Geral da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. CUIDADOS PALIATIVOS	8
2. A PESSOA EM FIM DE VIDA	11
3. TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA	13
4. CONTROLO DE SINTOMAS	15
4.1. Dor	16
4.1.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dor	20
4.1.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor	24
4.2. Dispneia	27
4.2.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia	28
4.2.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dispneia	30
5. VIA SUBCUTÂNEA	32
5.1. Indicações e contra-indicações da via subcutânea	32
5.2. Vantagens e desvantagens	33
5.3. Locais de punção	34
5.4. Técnica de punção e tempo de permanência do acesso	35
5.5. Fármacos e Fluidos administrados por Hipodermóclise	36
BIBLIOGRAFIA	38

ANEXOS

Anexo I - Dor - Guia Orientador de Boa Prática, Ordem dos Enfermeiros (2008)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aspectos a considerar na avaliação da dor	17
Figura 2. Escala analgésica da OMS	21
Figura 3. Locais de punção para Hipodermóclise	35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Avaliação do tipo de dor	18
Quadro 2. Fármacos usados no tratamento da dor (1º e 2º degrau da Escala analgésica da OMS)	22
Quadro 3. Fármacos usados no tratamento da dor (3º degrau da Escala analgésica da OMS)	23
Quadro 4. Intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor	25
Quadro 5. Compatibilidade entre fármacos administrados por via subcutânea	37

1. CUIDADOS PALIATIVOS

Hoje em dia, os Cuidados Paliativos, são mais que um direito humano, são uma obrigação social, uma inquietude individual que nos desafia enquanto pessoas e enquanto profissionais.

A Organização Mundial de Saúde (2002), citado por Neto (2010), define cuidados paliativos como “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Entende-se que os cuidados paliativos têm como objetivo primordial aliviar os sintomas subjacentes à doença em fase terminal e possibilitar que o doente tenha uma melhor qualidade de vida. É importante saber que cuidados paliativos não significam apenas prestar cuidados relativos a sintomas físicos, mas também prestar-lhe apoio psicológico e ter em conta, o apoio que deve ser prestado à família do doente, que está a viver um grande sofrimento.

Magalhães (2009), realça que os Cuidados Paliativos:

- Proporcionam o alívio da dor e outros sintomas;
- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural;
- Não pretendem acelerar, nem prolongar a morte;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Dão suporte para auxiliar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até ao processo de morte;
- Promovem um sistema de suporte à família de forma a lidarem da melhor forma possível com o percurso da doença e o processo de luto;
- Trabalham em equipa para dar resposta às necessidades dos doentes e suas famílias;

- Melhoram a qualidade de vida da pessoa doente, podendo interferir de forma positiva no curso da doença;
- Podem ser prestados no curso da doença em conjunto com outras terapias (como a quimioterapia ou radioterapia).

Efetivamente, os cuidados paliativos são uma resposta organizada à necessidade de cuidados, assim como de apoio às famílias e aos doentes com prognóstico de vida limitado. Englobam componentes essenciais tais como: alívio de sintomas, comunicação, conforto, apoio à família, apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio no luto e a interdisciplinaridade.

Segundo Neto (2010), o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa designam-se como os **pilares** dos Cuidados Paliativos, isto é, são eixos em torno dos quais se organizam e viabilizam os cuidados, permitindo a aplicação dos mesmos. Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspectiva de igual importância. Nenhuma destas áreas deve ser desprezada, todos os profissionais de saúde devem ter formação e treino adequado e rigorosos nestas áreas aqui focadas.

Querido, Salazar e Neto (2010), dizem que a comunicação é um processo que permite a troca de informações sobre si mesmas e o ambiente que as rodeia. Isto implica uma adaptação a uma realidade em constante mudança, que envolve o doente, a família, a equipa, conduzindo a uma relação interpessoal autêntica.

Gask (2000), citado pelos autores referidos acima, em cuidados paliativos é essencial, mas também difícil, comunicar eficazmente (necessidade básica na atenção ao doente/família). Implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas necessárias à comunicação entre o profissional de saúde, o doente e a família.

Comunicar eficazmente consegue-se através de formação padronizada e de treino de todos os elementos da equipa. As situações problemáticas mais comuns na comunicação, com os doentes, são a comunicação do diagnóstico, prognóstico e outras consideradas más notícias. Na equipa, estas situações frequentes são as tensões/ conflitos não geridos por uma comunicação adequada (Querido, Salazar e Neto, 2010).

No nosso contexto, hospitalar, devemos promover o acompanhamento do doente pela família, facilitando a sua presença no serviço por um período alargado de tempo, proporcionando um ambiente calmo e cuidado. A família conhece o doente e por este motivo é fundamental, se possível, o envolvimento da família nos cuidados ao mesmo (higiene, alimentação, tratamentos), reduzindo a ansiedade face ao desconhecido, assim como estimular a comunicação com o doente e com a equipa terapêutica. O apoio à família deve ser integrado de forma sistemática por nós profissionais de saúde (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010).

Os mesmos autores fazem referência que cuidar de um doente em fim de vida exige tempo e dedicação, o profissional de saúde deve estar atento, proporcionar ao familiar tempo para cuidar de si e solicitar a colaboração quando a sua presença dor mais necessária.

Outro pilar dos cuidados paliativos é o trabalho em equipa. Os cuidados paliativos necessitam de uma abordagem transdisciplinar, assim sendo têm um objetivo comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos. As vantagens do trabalho em equipa sobrepõem-se a todas as dificuldades (Bernardo, Rosado, Salazar, 2010).

No desenvolver do Guia de Consulta farei uma abordagem mais específica sobre o controlo de sintomas, a sua importância, no entanto após esta pequena abordagem é visível que a prática dos cuidados Paliativos não se esgota no controlo de sintomas.

2. A PESSOA EM FIM DE VIDA

Os doentes em fim de vida encontram-se numa fase particular que afeta todas as dimensões do seu ser enquanto Pessoa. O enfermeiro deve cuidar do doente em fim de vida, de modo a ir ao encontro das suas necessidades globais, não o vendo como um instrumento de trabalho mas sim como alguém único que merece ter uma morte digna.

Cada vez mais se verifica um aumento do envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança de vida. Isto deve-se, entre outros, aos inúmeros tratamentos existentes e à insistência de prolongar o tempo de vida mesmo sem qualidade. O número de doentes em fase terminal tende cada vez mais a aumentar. Segundo Silva (2008) na enfermagem a morte tem uma importância primordial, sobretudo quando falamos em cuidados que envolvem intervenções em doentes sem possibilidade terapêutica de cura. Os enfermeiros são os profissionais que frequentemente mais vivenciam e se envolvem com este processo, sendo provavelmente aqueles que melhor podem interagir e ajudar o doente e a sua família. São os profissionais com capacidade para estabelecer uma relação terapêutica, frequentemente têm situações de proximidade e intimidade, há um contacto permanente com o doente. A proximidade da morte não deve ser a única preocupação do enfermeiro, este deve preocupar-se com o tempo de vida que resta ao doente, pois o ser humano tem um valor único e incalculável que não é inferior em qualquer fase da vida. Todo o processo de morrer deve ser humanizado.

Diazfalusy (1997), citado por Marley (2005) diz que “o fim de vida ótimo não é o conhecimento mas a ação”. Estudos revelam que para nos sentirmos únicos e dignos a chave é a complexidade física, psicológica e social das necessidades existenciais, assim como a sensação de bem – estar, que é adquirida ao sentir que os doentes foram tratados como seres únicos e não como um número ou um caso.

Segundo Vieira (2000), o Código Deontológico do Enfermeiro, refere no artigo nº 87 os deveres subordinados ao respeito pelo doente em fim de vida, onde o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal tem o dever de:

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhe na fase terminal da vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressa pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

O nosso objetivo na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida deve ser acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida. Ao objetivo de curar sobrepõe-se o objetivo de confortar, pelo que é necessário desenvolver habilidades de cuidar relacionadas com o sofrimento, o apoio e a dignidade, no entanto isto representa um enorme desafio para o enfermeiro. Cuidados em fim de vida exige mais do que conhecimentos técnicos e científicos, há a necessidade de reconhecer a individualidade da pessoa, através de um estabelecimento de relacionamento interpessoal dando ênfase à Pessoa e suas características, contribuindo assim para humanização nos cuidados paliativos. Perante isto, como profissionais de saúde esperamos ter capacidade em relação à proteção da dignidade, controlo de sintomas associados à doença, mas mais que tudo, ter controlo sobre o processo de morrer.

Deve ser digno da nossa atenção o apoio familiar, estratégias de coping, crenças religiosas, valores, desejos e vontades do doente em fim de vida. Estas ações podem influenciar a forma como lidam com as suas preocupações existenciais, minimizando o seu sofrimento.

Os enfermeiros podem contribuir para a qualidade de vida dos doentes em fim de vida, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto/controlo de sintomas, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila.

Tal como está delineado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, **estes têm direito a receber os cuidados apropriados em fase terminal, que deve ser incentivado e facilitado o apoio de familiares, apoio de amigos e apoio espiritual sempre que este for requerido pelo doente** ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

3. TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA

O meu projeto estruturou-se tendo como referência a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Para fundamentar este Guia de Consulta e o seu conteúdo, fez-me sentido incluir um capítulo com a mesma, para dar visibilidade a estes contributos.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é uma teoria de enfermagem de médio alcance, isto é, dirige-se a fenómenos/conceitos concretos que são refletidos na prática e são adaptáveis, simples para se utilizar.

Para Watson, citado por Oliveira (2011), o conforto é uma variável que a enfermeira pode parcialmente controlar, através de várias medidas, sendo elas, de suporte, proteção ou correção dos ambientes intrínsecos e extrínsecos da pessoa.

E isto vai ao encontro da problemática aqui exposta, quando os sintomas são aliviados através de intervenções de Enfermagem, proporciona-se aumento de conforto. Esta teoria é relevante, uma vez que o conforto tende a ser um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem, desejado por todos, principalmente para o doente em fim de vida, tornando os cuidados mais humanizados. Devem estar baseados nos princípios éticos, proporcionando medidas que não visem simplesmente a curar, mas sim aliviar o sofrimento. O conforto é uma necessidade transcultural, multidimensional e universal. A Teoria do Conforto oferece à prática uma estrutura alargada, o conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”.

O conforto pode ser determinado como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”, Kolcaba (2003). Caracteriza o conforto como uma experiência imediata e holística, fortalecido através das necessidades de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

O cuidar em fim de vida pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos doentes oncológicos, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, neste caso através do controlo da dor e dispneia, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila, segundo os seus desejos, crenças e valores.

Esta teoria ajuda a compreender a necessidade da promoção do conforto, tem como intuito cultivar o conforto numa perspectiva de cuidados humanizados/individualizados. O conforto faz parte dos objetivos dos cuidados de enfermagem desde o início ao fim da vida.

4. CONTROLO DE SINTOMAS

Como foi referido anteriormente, os pilares que estruturam os cuidados paliativos são quatro: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Será possível prestar cuidados de qualidade se alguma destas áreas for subestimada?

Segundo Twycross (2003), o termo paliativo deriva do latim *pallium* e tem como significado manta ou capa, isto é, os sintomas nos cuidados paliativos são “encobertos” por tratamentos com intuito de promoção do conforto do doente em fim de vida.

O mesmo autor sintetiza a abordagem científica do controlo de sintomas em cinco categorias: avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação continua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados.

A intervenção no controlo sintomático não garante que estejamos a intervir adequadamente no sofrimento do doente, no entanto, negligenciar esta área inviabiliza o sentido e a qualidade de vida que o doente pretende encontrar para o fim dos seus dias.

Por isso, o controlo de sintomas torna-se um dos pilares mais importantes, o seu objetivo é a redução do sofrimento dos doentes e família, promovendo o conforto e a máxima qualidade de vida possível.

O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os vários sintomas que surgem no decorrer da doença, tendo repercussões diretas no bem-estar do doente (Neto, 2010).

É essencial na qualidade de vida dos doentes através da identificação, avaliação e tratamento dos mesmos. É evidente a preocupação com a prevenção e o controlo dos mesmos.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Raramente o doente apresenta um sintoma único, o que torna mais complexa a avaliação sintomática (interações medicamentosas, adesão terapêutica, entre outras). Neto (2010) descreve alguns princípios gerais do controlo sintomático:

- Avaliar antes de tratar (determinar as causas dos sintomas);
- Explicar as causas dos sintomas e as medidas de terapia de forma compreensível ao doente e a família;
- Não esperar que o doente se queixe, adiantar-se (perguntar e observar) ao aparecimento dos sintomas;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorizar os sintomas: escalas de pontuação ou escalas analógicas, efetuar registos adequados;
- Reavaliar regularmente as medidas de terapia;
- Ter cuidados com os detalhes: otimizando o controlo dos sintomas e a minimizando os efeitos secundários adversos.

A mesma autora salienta a importância do trabalho em equipa, que sejam discutidos e assumidos os objetivos terapêuticos. Os enfermeiros, devido à proximidade com o doente, tem um papel fundamental na monitorização dos sintomas e consequentemente no sucesso deste processo.

4.1. Dor

A dor perturba e intervém na qualidade de vida da pessoa, por este motivo é prioritário o controlo deste sintoma.

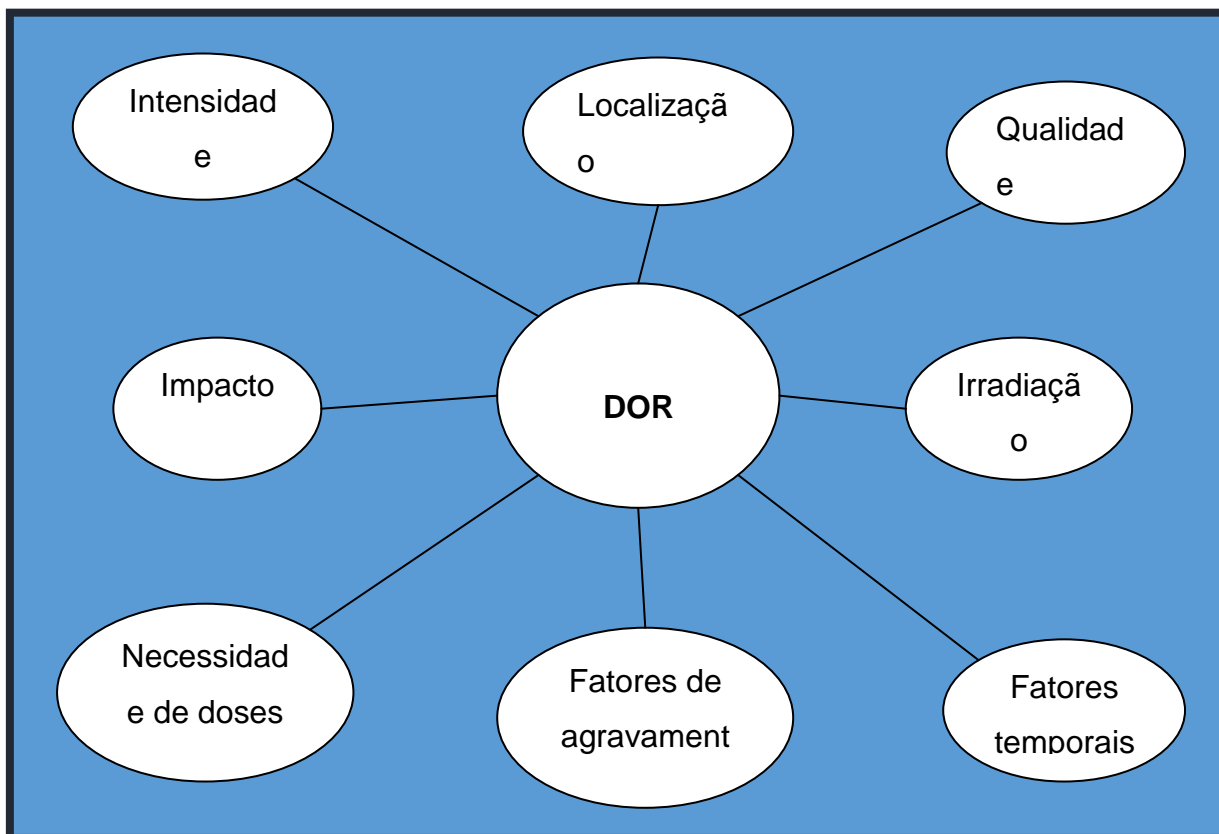
A dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor).

Na realidade, existem inúmeras barreiras ao controlo da dor, apesar dos avanços na medicina mantêm-se os mitos e informação desatualizada, tanto para os doentes/famílias, como para os profissionais de saúde e instituições.

Não podemos desvalorizar a dor referida pelo doente, é importante acreditar e considerar a dor que é referida, tal e qual, independentemente da situação: “a dor é subjetiva e pessoal”.

Quando a dor é avaliada deve-se considerar os seguintes aspetos:

Figura 1. Aspetos a considerar na avaliação da dor



Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

A dor pode ser considerada como aguda ou crónica. A aguda tem um começo definido e relaciona-se com sinais físicos, com ativação do sistema nervoso simpático e com duração de horas/semanas. A dor crónica, o padrão é menos definido, podendo durar meses ou anos (Gonçalves, 2011).

A dor passou a ter expressão formal, isto é, a ter um padrão de avaliação nos cuidados e conseqüentemente na documentação inerente. Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008), a Direcção-Geral de Saúde emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que iguala a dor a 5º sinal vital. É considerada uma boa prática clínica e obrigatório a avaliação e o registo regular da intensidade, localização, tipo e frequência da dor.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Como profissionais de saúde temos que ter conhecimentos teóricos e práticos no controlo da dor, o que vai proporcionar também conforto ao doente. A dor é uma das complicações do cancro, há necessidade de um plano individual de gestão de dor. Neste âmbito, encontra-se a necessidade de classificar a dor de acordo com os mecanismos subjacentes.

Quadro 1. Avaliação do tipo de dor

Tipo de dor	Subtipos	Características	Exemplos	Tratamento
Nociceptiva	Somática	Constante, intermitente, moimha ou moedeira; bem localizada	Osteoartrose grave, fracturas/metástases ósseas, infiltração dos tecidos moles	AINE + opióide
	Visceral	Constante, que aperta; precariamente localizada; pode ser referida	Metástases intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro do pâncreas	AINE + opióide
Cólicas			Obstrução intestinal, cólica renal	Opióide + anti-colinérgico ou AINE
Neuropática	Disestésica/Desaferenciação	Ardor constante, hiperalgesia ou alodínias, ocasionalmente radiante	Radiculopatia por compressão discal, neuropatia diabética, nevralgia pós-herpética, neuropatia pós QT ou RT	Opióide + antidepressivo tricíclico e/ou anticonvulsivante
	Lancinante	Dor lancinante episódica; paroxismos tipo choque	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigémio	Opióide + anticonvulsivante e/ou antidepressivo tricíclico

Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

Na realidade, muitos doentes em fim da vida são incapazes de descrever verbalmente a dor, deve ser usada uma alternativa como por exemplo escalas padronizadas. Pode tornar-se mais complicado quantificar a dor. Nestas situações

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

devem ser avaliados sinais de comportamento, sinais de desconforto na mobilização, prestação de cuidados ou em repouso.

No nosso contexto de trabalho a avaliação da dor é feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, através da Escala Numérica da Dor. É registada uma vez por turno, conforme as normas de boa prática. Quando neurologicamente o doente não se encontra capaz de autoavaliar a sua dor, que apresenta limitação da capacidade de comunicação ou cognição, a avaliação é feita através da Escala de avaliação PAINAD (Pain Assessment Demência Scale de Volicer).

A Ordem dos Enfermeiros, segundo o Guia Orientador de Boa Prática - Dor (2008), que se encontra no Anexo I, preconiza que os enfermeiros têm o dever de agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam a dor. Recomenda:

- Colaborar com a equipa multidisciplinar no determinar um plano de intervenção para o controlo da dor (consoante os objetivos da pessoa);
- Ter em conta a individualidade da pessoa para a escolha mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver o doente, cuidador principal e família na determinação e reajuste do plano terapêutico;
- Apropriar o plano terapêutico tendo em vista os resultados da reavaliação e os recursos disponíveis;
- Ter conhecimento sobre as indicações, contra-indicações e os efeitos secundários dos medicamentos utilizados no controlo da dor;
- Prevenir e ter controlo sobre os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Zelar e tratar a dor que ocorre durante as intervenções de Enfermagem;
- Possuir conhecimento sobre as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais de intervenções não farmacológicas;
- Aplicar intervenções não farmacológicas para complementar a terapêutica farmacológica, não substituir;

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Quando aplicadas as intervenções não farmacológicas, deve-se ter em atenção as preferências da pessoa, objetivos do tratamento e a evidência científica.

Avaliar regularmente a presença de sintomas e da sua gravidade é um padrão de boa prática. Embora a dor possa ser subjetiva, o facto de estar documentada serve como um indicador da resposta ao tratamento.

Registos específicos e claros da equipa de enfermagem podem contribuir para um ajuste terapêutico mais eficaz. Através de consulta dos mesmos, o médico assistente pode ler a evolução do sintoma, do seu controlo ou não. No entanto vai ajuda-lo na tomada de decisão sobre a analgesia a ajustar/introduzir.

4.1.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dor

Há autores que defendem que a dor aguda e a dor crónica não têm um tratamento adequado, devido à cultura, atitude, educação e política.

Atualmente, o alívio da dor é considerado como um direito humano e básico, não se trata apenas de uma questão clínica mas de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde (Pina, 2012).

O mesmo autor refere que nos dias que decorrem, principalmente nos países em desenvolvimento, os analgésicos mais simples não estão disponíveis. Existem barreiras que interferem como o tratamento para o alívio da dor, são barreiras relacionadas com:

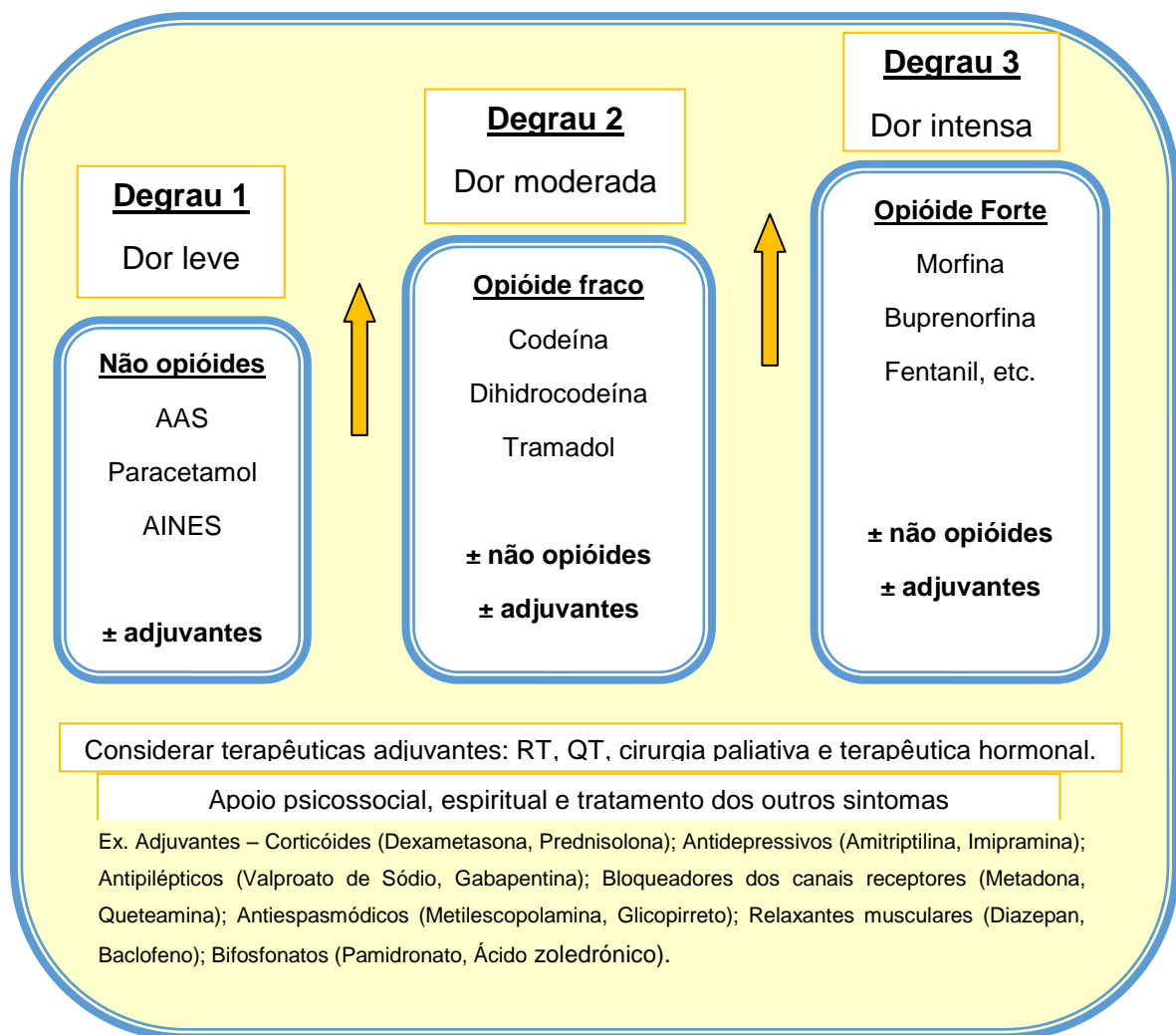
- Doentes (evitam queixar-se; temem que o alívio precoce da dor prejudique o controlo da dor mais tarde; renitentes à toma de alguns analgésicos; vício/dependência de analgesia);
- Profissionais (avaliação deficiente da dor; não valorizar a dor do doente; conhecimento imperfeito sobre fisiopatologia da dor e tratamentos; preocupação sobre efeitos secundários dos analgésicos; vício/dependência de analgesia);
- Sistema de saúde (custo/acesso aos cuidados).

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Na realidade, o enfermeiro não prescreve, mas o mesmo necessita de conhecimentos para gerir e seleccionar o prescrito (por exemplo: quando existe mais que uma terapêutica de resgate). Pode de uma avaliação justificada emitir opinião e fazer sugestões, assim como também contribuir para a educação do doente e família.

Seguidamente faço uma breve apresentação sobre a escala analgésica da OMS e quais os fármacos utilizados no tratamento da dor.

Figura 2. Escala analgésica da OMS



Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

Os analgésicos adjuvantes são um grupo heterogêneo de substâncias que aliviam a dor em circunstâncias específicas. Muitas vezes são administrados isoladamente,

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

mas geralmente trata-se de substâncias que complementam o efeito do AINE ou de um opiáceo (Twycross, 2003).

Um dos aspetos mais importantes no controlo da dor é o uso adequado da terapêutica. Para que o tratamento farmacológico seja eficaz é necessária uma avaliação clínica completa, para adequar e ajustar o tratamento, verificando qual a terapêutica que responde melhor face à dor de cada doente.

Quadro 2. Fármacos usados no tratamento da dor (1^o e 2^o degrau da Escala analgésica da OMS)

Princípio ativo	Dose	Apresentações	Observações
Paracetamol	1g 8/8h ou 6/6h Dose máxima: 4g/dia	Comp. 500 mg e 1g Comp. efervescente 1g Xarope 200mg/5 ml Supositórios 125, 250, 500, 1000 mg Ampolas EV	Ampolas EV de uso hospitalar
Codeína	30-60 mg 6/6h a 4/4h Dose máxima: 240mg/dia	Cápsulas 30 mg Xarope 30 mg/15 ml	
Paracetamol+Codeína	8/8h ou 6/6h Dose máxima: 8 comp. ou 4 sup./dia (240 mg codeína + 4g paracetamol)	Comp. 30 mg codeína + 500 mg paracetamol Sup. 60 mg codeína + 1g paracetamol	1 ^a linha no tratamento da dor crónica por osteoartrose. Prevenir obstipação e náuseas.
Metamizol	0.5-1g 6/6h ou 4/4h Dose máxima 4g/dia	Cáps. 575 mg. Sup 500 e 1000 mg Ampolas 2000mg/ml	Útil da dor em cólica
Tramadol	25-100 mg 8/8h ou 6/6h Dose máxima 400mg/dia	50, 100 mg cáps. Liberação normal 50 mg comp. orodispersíveis Gotas orais 100mg/ml (20 gotas=50 mg) Sistema doseador (1bomb=12,5mg) Sup. 100 mg Ampolas 100mg/2 ml 50, 100, 150, 200 mg cáps. Liberação prolongada 150, 200, 300, 400 mg	Útil na dor neuropática e nociceptiva 50 mg de tramadol=10 mg de morfina oral 100 mg de tramadol SC=10 mg de morfina SC Menos obstipante que a codeína e morfina. Sem efeito na pressão dos ductos biliares e pancreáticos. Precaução nos casos de: epilepsia,

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

		cáps. Libertação prolongada	insuficiência renal e hepática. Insuficiência renal: 50 a 100 mg libertação normal cada 12h.
Paracetamol+Tramadol	Dose máxima 2 comp. de 6/6h	325 mg paracetamol + 37,5 mg tramadol	

Fonte: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

Quadro 3. Fármacos usados no tratamento da dor (3º degrau da Escala analgésica da OMS)

Princípio ativo	Dose	Apresentações	Observações
Morfina, cloridato	10mg/ml 40mg/2 ml	Solução injetável (uso exclusivo hospitalar)	Por via EV usar diluída e administra lentamente. Reduzir para 1/2 da dose oral por via SC e para 1/3 por via EV.
Morfina, Sulfato	10, 20 mg, 4/4h 10, 30, 60, 100 mg de 12/12h	Comp. Libertação Normal (podem ser fraccionados e/ou moídos) Comp. Libertação Prolongada (não fraccionar nem moer) Cáps. Libertação Prolongada (podem ser abertas e administradas por sonda nasogástrica)	Pode ser necessário recorrer ao uso de laxantes e anti-eméticos, pelo menos 5 dias. Mesmas doses por via rectal. Evitar conduzir pelo menos 5 dias devido à sonolência. Aumentar 25% a 50% cada dia até controlo. Sem dose máxima (limitada pelos efeitos colaterais). Insuficiência renal e hepática grave: 6-6h ou 8-8h. Iniciar com doses baixas ou equianalgésicas e titular.
Buprenorfina Transdérmico	35, 52 e 70 µg/h Mudança do sistema de 96/96h Dose máxima recomendada 140 µg/h.	Sistema transdérmico	Iniciar com 35 µg/h ou menos (os pensos podem ser cortados). Podem ser usados com outros opióides. Menos obstipante. Sem depressão respiratória nas doses recomendadas. Insuficiência renal: sem necessidade de

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

			ajuste. Insuficiência hepática: ajuste se insuficiência hepática grave com alterações de coagulação.
Buprenorfina SL	Início 0,1-0,2 mg 8/8h (sem adesivos) Dose máxima recomendada 3 mg/dia	0,2 mg comprimido sublingual 0,4 mg comprimido sublingual	Dose de resgate: iniciar com 0,1-0,2 SOS cada hora e titular até à dose eficaz; Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso transdérmico. Não ingerir os comprimidos.
Fentanil TD	25, 50, 75 e 100 µg/h, de 72/72h.	Sistema transdérmico em penso e em depósito (genérico)	Os pensos podem ser cortados. As formulações genéricas com depósito não podem ser cortadas. Podem ser usadas com outros opióides para doses de resgate. Insuficiência renal: reduzir 50% a 75%.
Fentanil Transmucoso	200 µg/h SOS. Friccionar durante 15 minutos na mucosa oral.	Sistema transmucoso oral que só existe a nível hospitalar	Dose de resgate: iniciar com 200 µg cada 15 a 20 minutos e titular até à dose eficaz. Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso transdérmico. Útil na dor irruptiva.

Fonte: Adaptado de: Gonçalves, Melo, Costa e Neto (2007).

4.1.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor

Consoante a nossa experiência pessoal e profissional, questionamos a nossa prática diária de prestação de cuidados. Por vezes, há necessidade de fazer uma pausa e refletir, no sentido de clarificar e resolver estas questões, contribuindo para um enriquecimento e melhoria dos cuidados prestados.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Este pensamento crítico pode contribuir para a nossa formação, neste caso, que nos conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem no que diz respeito ao controlo da dor.

Na nossa prestação de cuidados diária está inerente a administração de fármacos para a prevenção e/ou tratamento da dor. E para além das referidas intervenções farmacológicas, também estão inerentes as intervenções não farmacológicas? A aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvam a administração de fármacos?

Sapeta (2003), fala na dificuldade em normalizar ou protocolar as atitudes terapêuticas no que se refere às intervenções não farmacológicas. Devemos orientarmo-nos por princípios, evidenciar a necessidade de personalizar e individualizar os cuidados a prestar, tendo em conta a sua interação familiar e social. Justo (2002), citado por Sapeta (2003), diz que os doentes oncológicos e paliativos transmitem permanentemente uma comunicação gerada pelo cruzamento de dois processos diferentes: a sua personalidade e a sua doença. Por este mesmo motivo as estratégias a adotar perante um doente com dor, depende das suas características individuais, idade, nível social e cultural, crenças, valores, estado evolutivo da doença, das suas expectativas relativas ao tratamento e do seu maior ou menor envolvimento, do padrão da dor, da presença de outros sintomas, do alívio obtido com a analgesia e eventuais efeitos secundários.

É imprescindível identificar os problemas existentes a partir da observação, avaliação física, escuta e diálogo estabelecido com doente/família. Não descuidar as prioridades e definir as áreas de ação da equipa de saúde. Existem inúmeras técnicas não farmacológicas, seguidamente apresento um quadro que procura resumir e sistematizar alternativas possíveis.

Quadro 4. Intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor

	Intervenção	Definição	Objectivos
Cognitivas - Comportamentais	Terapia Cognitiva/ Comportamental	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da	Ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

		assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> .	aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
	Reestruturação cognitiva	Tipo de Terapia Cognitiva/Comportamental na qual a pessoa é instruída a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos
	Treino de habilidades de coping	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar/gerir a dor e o <i>stress</i> .
	Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.
	Distração	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
Físicas	Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio e aplicação de calor	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.
	Exercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
	Imobilização	Restrição e limitação de movimentos	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
	Massagem	Ato de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	Estimulação elétrica	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

	transcutânea – TENS	na pele, provocando estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
Suporte Emocional	Toque terapêutico	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
	Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal	

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática.

De facto as medidas aqui apresentadas, quando devidamente aplicadas, têm um impacto inquestionável na qualidade de vida do doente. A promoção do conforto é um objetivo fundamental na pessoa com doença avançada. Por tudo isto referido anteriormente, as terapias complementares têm um lugar importante nas variadas intervenções que devem, cada vez mais, estar disponíveis para o doente com dor, cuja a cura não é possível (Sapeta, 2003).

Neste contexto, onde alguns doentes se encontram em fim de vida, as intervenções não-farmacológicas que são exequíveis são as intervenções físicas e de suporte emocional, visto contribuir para um maior conforto nesta fase avançada. As intervenções cognitivas e comportamentais não são adequadas, o doente em fim de vida não se encontra com capacidades cognitivas, normalmente encontram-se numa fase de deterioração, não vígil e não colaborante.

No entanto, é necessário saber aplicar a técnica, ter formação específica. Saber da existência da técnica não nos torna competentes para a poder executar.

4.2. Dispneia

A dispneia é o sintoma mais comum e frequente em doentes em fim de vida, globalmente analisados o valor situa-se entre os 50% para se situar rapidamente nos 90% (estádios muito avançados), Azevedo (2010).

Segundo o mesmo autor a dispneia é “ a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória”. Refere-o como um fator angustiante e perturbador,

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

causando grande sofrimento para o doente e seus familiares, pode ter grande impacto na qualidade de vida. A gravidade depende de fatores etiológicos, da sensibilidade de cada doente (condicionando o grau de tolerância) e aceitação deste sintoma, é multifatorial.

É um sintoma o qual deve ser tratado de forma rápida e eficaz, pois o seu controlo gera conforto ao doente. A verdade é que os meios complementares de diagnóstico podem levar a mais sofrimento, consequentemente menos qualidade no fim de vida. Muitas vezes somos confrontados com a prestação de cuidados ao doente em fim de vida e este já não tem capacidade de nos transmitir informação pertinente, informação essa que nos poderia ajudar a identificar o significado de qualidade de vida para o doente. Isto tornaria as tomadas de decisões mais assertivas, visto ser o principal cuidado ao doente em fim de vida.

4.2.1. Intervenções farmacológicas para o alívio da dispneia

Por vezes não é possível intervir sob a causa deste sintoma, o tratamento pode passar a incidir sobre o alívio da dispneia. A escolha de farmacologia também depende da gravidade do sintoma, impacto da doença no doente e seu prognóstico. Prevalencem nestes casos a utilização de broncodilatadores, corticoides, opióides, benzodiazepinas e oxigénio (Azevedo, 2010):

- Broncodilatadores - estão indicados em situações em que o broncospasmo é um fator condicionante de dispneia;
- Corticoides - estão indicados em situações de broncospasmo e particularmente indicados nas situações de obstrução alta (por exemplo: tumores da traqueia e linfangite carcinomatosa);
- Opióides - atuam a nível central diminuindo a sensibilidade do centro respiratório, consequentemente diminui a taquipneia, por ação direta sobre os núcleos da protuberância diminuindo a frequência respiratória e, por ação sobre os centros bulbares, diminuindo a resposta à hipercapnia. Podem existir outros mecanismos de ação destes fármacos que expliquem o controlo da dispneia, mas até ao momento ainda são desconhecidos.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Vários estudos falam da eficácia dos opióides no tratamento da dispneia em doentes em fim de vida. No entanto existem dúvidas no que se refere à eficácia quando administrada por via inalatória.

A Morfina continua a ser o fármaco de eleição. Começa por se utilizar a morfina de ação rápida, segundo um esquema terapêutico regular, recorrendo a doses, normalmente, mais baixas do que as necessárias para controlar a dor. Depois de se definir a dose necessária para controlo do sintoma, pode-se recorrer à morfina de libertação lenta.

Doentes que não se encontram sob terapêutica com opióides, a dose recomendada para iniciar tratamento é de 2,5 mg a 5 mg de 4/4 horas de morfina por via oral (até dose máxima perto de 60 mg/dia, que eventualmente pode ser ultrapassada).

Doentes já sob terapêutica opióide para controlo da dor, recomenda-se aumentar a dose em cerca de 30-50%.

Em doentes em fim de vida, a morfina oral pode ser substituída por morfina em perfusão subcutânea, deve corresponder a 1/3 da dose de morfina que se encontrava a ser administrada via oral.

- Benzodiazepinas - reduzem a sensação de dispneia quando atuam na mediação dos estímulos periféricos que atingem o sistema nervoso central.

Devido aos efeitos acessórios e controvérsia desta terapêutica em relação à sua eficácia no tratamento da dispneia, as benzodiazepinas foram afastadas para controlo deste sintoma fora do contexto da Medicina Paliativa. No entanto continuam a ser administradas quando este sintoma é vivido com grande ansiedade.

O diazepam é o fármaco que mais se utiliza (pelas várias dosagens e vias de administração existentes no mercado). O lorazepam também é frequentemente utilizado, tem vantagem sobre o diazepam e o midazolam: um início de ação mais rápido, uma duração de ação mais curta e uma via de metabolização mais simples. A dose recomendada de diazepam são de 2,5 mg a 5 mg 3xdia (também pode ser administrado em SOS nestas mesmas doses) e de lorazepam são de 1 mg sublingual 2xdia ou em SOS.

A escolha do fármaco depende sempre da história clínica e da preferência do doente.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

Em fim de vida pode ser mais prático administrar o ansiolítico por via parentérica recorrendo, normalmente, ao midazolan na dose de 10 a 30 mg/dia, em perfusão subcutânea contínua.

- Oxigenoterapia – indicado a doentes com insuficiência respiratória e hipoxémia grave para alívio sintomático. Apenas se justifica em saturações inferiores a 90% e/ou PaO₂ inferiores a 60 mm HG.

A ventilação não invasiva pode ser útil no alívio da dispneia em doentes em fim de vida.

Na taquipneia ruidosa justifica-se a utilização da butil escopolamina, por ser um antimuscarínico com discreto efeito relaxante muscular e com propriedades antissecretoras. É mal absorvido por via oral e pode ser administrado por via subcutânea em perfusão contínua (efeito antissecretor tem duração de uma hora).

O mesmo autor salienta que em fases avançadas apenas se justificam medidas gerais não farmacológicas (para assegurar o bem estar do doente), cuidados de enfermagem e terapêutica farmacológica para controlo do sintoma.

Twycross (2003), cita que uma abordagem positiva ao doente e sua família sobre este sintoma de falta de ar é de facto importante, nenhum doente deve morrer em agonia devido a esta causa. Se não houver sucesso no alívio da falta de ar, deve-se ao insucesso em usar corretamente o tratamento farmacológico (a via de eleição é a via subcutânea, em muitos caso, por perfusões contínuas).

“Os doentes e seus prestadores de cuidados devem aceitar que a sonolência pode constituir o preço a pagar por um maior conforto” (Twycross, 2003).

4.2.2. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dispneia

Efetivamente a atuação de enfermagem pode passar no cumprimento do esquema terapêutico prescrito e/ou no tratamento sintomático para aliviar a dispneia. É visível a melhoria da qualidade de vida do doente se o sintoma em questão estiver devidamente controlado.

No âmbito das intervenções não farmacológicas, a nossa intervenção tem que passar obrigatoriamente por uma avaliação detalhada da dispneia e dos fatores qua

a aliviam, promovendo assim técnicas de relaxamento, de treino respiratório e prestando apoio psicossocial a doentes e familiares.

Segundo Nunes, Gonçalves e Sapeta (2012), a chave para o alívio da dispneia passa por dirigir as nossas intervenções ao indivíduo, visualizando-o como um todo, holisticamente. Devemos escutar o doente, evitar dizer apenas "acalme-se".

Onrubia (2000) fala da importância de uma cama perto de uma janela num quarto arejado (diminui a sensação da falta de ar), colocar o doente numa postura confortável e proporcionar um ambiente tranquilo (diminui a ansiedade).

Para diminuir a falta de ar também pode ser utilizada uma ventoinha direcionada à cara do doente, ou manter uma janela aberta para sentir a corrente de ar na face (provavelmente pela estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigémeo), Nunes, Gonçalves e Sapeta (2012).

A aplicação de terapias complementares tais como a musicoterapia, yoga, acupuntura, entre outras, trazem benefício para o alívio da dispneia.

Como referido no subcapítulo das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, faço novamente referência à necessidade da formação específica para se poder aplicar algumas técnicas referidas acima. Saber da existência da técnica não nos torna competentes para a poder executar.

5. VIA SUBCUTÂNEA

Como já foi referido anteriormente, a via subcutânea (a seguir à via oral) é a via de eleição em cuidados paliativos, pelas suas vantagens, benefícios e indicações. A referida via aumenta o leque de opções terapêuticas bem como a qualidade de vida do doente em fim de vida.

Os doentes em fim de vida frequentemente apresentam vários sintomas que necessitam de intervenções farmacológicas e administração de fluídos para se alcançar um controlo adequado.

A via subcutânea é preferida em relação à via endovenosa: pode ser utilizada para administração contínua ou intermitente de fármacos e/ou fluídos. A administração de um volume maior de fluídos dá-se pelo nome de **Hipodermóclise** e a de medicamentos é denominada por infusão subcutânea contínua ou intermitente.

Segundo Ferreira e Santos (2011), a administração contínua ou intermitente de fármacos/fluídos por via subcutânea é tão segura e efetiva quanto a via endovenosa, sendo associada a menos incidência de infeção. O tratamento de doentes em cuidados paliativos deveria abranger uma via de administração que fosse de fácil utilização, eficácia demonstrada, pouco agressiva e com mínimo de efeito secundário, permitindo sempre o máximo de conforto para o doente. A via oral seria a que preencheria todos estes requisitos, no entanto há várias situações que esta via não é viável, sendo a via subcutânea uma via alternativa efetiva e segura.

5.1. Indicações e contraindicações da via subcutânea

É indicado nas seguintes situações (Ferreira e Santos, 2011):

- Alterações gastrointestinais (disfagia, odinofagia, lesões na cavidade oral, náuseas e vômitos persistentes e intratáveis, fístula traqueobrônquica e

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- broncoesofágica, oclusão intestinal, obstrução parcial do trato intestinal, intolerância gástrica, má absorção no trato gastrointestinal, etc);
- Alteração do nível de consciência devida a sonolência, coma, inconsciência, afundamento neurológico, fase de agonia e síndrome delírio-confusional;
- Debilidade extrema;
- Dano cognitivo grave;
- Hidratação.

Segundo os autores consultados, as contraindicações podem ser absolutas ou relativas.

Contraindicações absolutas:

- Áreas edemaciadas com presença de lesões;
- Áreas com hematomas;
- Áreas com presença de comprometimento da circulação linfática (por procedimentos cirúrgicos com lesão ganglionar devida à dissecação);
- Estado avançado de caquexia (por hipotrofia do tecido subcutâneo);
- Desidratação grave;
- Coagulopatias ou uso atual de anticoagulantes;
- Edema generalizado;
- Doentes com insuficiência cardíaca congestiva.

Contraindicações relativas:

- Administração em áreas com capacidade reduzida de absorção (exemplo: áreas irradiadas, podendo ser utilizadas para administração de pequenos volumes).

5.2. Vantagens e desvantagens

Vantagens:

- Pode ser iniciada e mantida no domicílio pelo familiar (evita hospitalização);
- Sem risco de trombose, septicémia e embolia gasosa;

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Os locais de punção são normalmente confortáveis e permitem uma grande mobilidade ao doente (comparativamente aos locais de perfusão endovenosa);
- Não requer monitorização quanto à formação de coágulos no equipamento e extensão do cateter;
- Útil em doente com agitação;
- Útil em doentes com acesso venoso difícil e fragilidade venosa;
- Menos custos em relação à via endovenosa.

Desvantagens:

- Não pode ser utilizada quando é necessária perfusão de volumes superior a 3L/ 24h (neste caso em locais distintos);
- Não pode ser utilizada quando é essencial a titulação cuidadosa do volume administrado, como insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal;
- Não é aconselhada para situações de choque e desidratação severa e grave que requer hidratação rápida.

(Ferreira e Santos, 2011).

5.3. Locais de punção

Os locais de punção segundo Moreira (2010), podem ser:

- Parede abdominal (respeitando circunferência de 4 dedos à volta do umbigo);
- Face anterior do tórax (evitando tecido mamário);
- Região escapular (importante quando os doentes estão muito agitados);
- Região externa das coxas;
- Região externa dos braços.

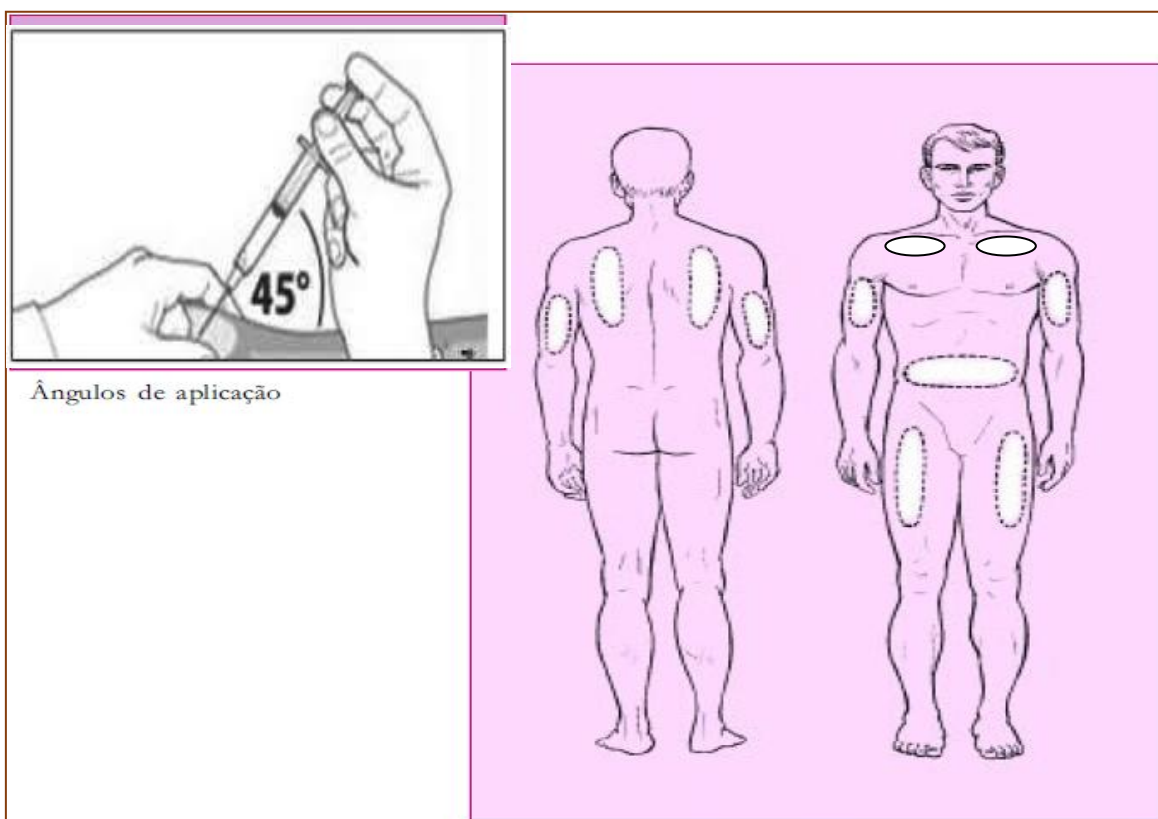
A mesma autora refere que os locais em que não deve ser realizada a punção subcutânea são:

- Proeminências ósseas;
- Zonas sujeitas a Radioterapia;

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Pele não íntegra ou cicatricial;
- Membros com linfedema;
- Próximo de articulações;
- Região mamária ou hemitórax onde foi efetuada mastectomia;
- Próximo de estomas.

Figura 3. Locais de punção para Hipodermóclise.



Fonte: Adaptado <http://prezi.com/nzdvepxftvq/untitled-prezi/>

5.4. Técnica de punção e tempo de permanência do acesso

Moreira (2010), refere que sempre que possível o doente deve escolher o local a ser puncionado, em função dos movimentos que é capaz de fazer.

- Seleciona-se o local de punção;
- Fazer prega cutânea e puncionar a pele num ângulo entre 45°-60°, se usar *butterfly* (utilizar nº 22G ou 23G) rodar o bisel para baixo, num ângulo de 180° após a punção;
- Fixar a agulha com adesivo transparente;

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Identificar a data;
- Administrar o fármaco lentamente, ou conectar sistema para infusão contínua;
- Após a administração do fármaco, introduzir 0,5 ml de Soro Fisiológico 0,9%.

Moreira (2010), citando Saunders (2000), esta agulha pode permanecer cinco a dez dias. Para Pereira (2008), citado por Moreira (2010), seguindo as orientações de Bruera, a agulha pode permanecer até sete dias, caso não haja complicações.

5.5. Fármacos e Fluidos administrados por Hipodermóclise

É necessária atenção sobre o facto da administração subcutânea ser mais lenta que pela via Intramuscular, assim como drogas irritantes podem causar mais reação inflamatória que pela via intramuscular. A absorção pode ser limitada se o doente estiver em choque hipovolémico ou edemaciado (Ferreira e Santos, 2011).

Os mesmos autores referem que algumas medicações podem causar necrose tecidual quando administradas por via subcutânea. A administração de alguns medicamentos por esta via de eleição, pode estar associadas a complicações leves e autolimitadas, deverão desaparecer no máximo de uma hora, incluem a formação de uma pequena vesícula e vermelhidão. Se a vesícula se mantiver por mais de uma hora e for pequena, deve-se massajar gentilmente o local ou aplicar uma compressa quente. Se o edema se mantiver ou aumentar deve-se descontinuar a administração e iniciar num novo local.

Fármacos mais comuns utilizados por via subcutânea (em cuidados paliativos):

- Butilescopolamina;
- Ceftriaxone (diluir em 3ml de lidocaína);
- Dexametasona;
- Diclofenac (muito irritante para os tecidos);
- Furosemida;
- Haloperidol;
- Levomepromazina;
- Metoclopramida;
- Midazolam;

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Morfina;
- Octreótido;
- Tramadol;
- Cloreto de potássio (numa diluição máxima de 40mEq/L).

Os fármacos devem ser administrados em pequenas quantidades (2 ml a 5 ml). Os mesmos não devem ser diluídos se a administração for em bólus.

Soros que podem ser utilizados por via subcutânea (Moreira, 2010):

- Cloreto de Sódio 0,9%;
- Dextrose 5% com Cloreto de Sódio 0,9%.

Não administrar soros hipotónicos.

Podem se administrados 1000 a 1500ml/24h ou até mesmo 3000ml, sendo que neste último caso recomenda-se dois locais de punção para a administração.

Resumidamente, os medicamentos mais utilizados por via subcutânea, para o controlo sintomático, em cuidados paliativos, são os opióides, os neurolépticos, os antieméticos e a butilescopolamina, como anticolinérgica. Por esta via não podem ser administrados o diazepam e a clorpromazina (Moreira, 2010).

Seguidamente apresento um quadro que faz referência à compatibilidade dos fármacos a administrar por via subcutânea.

Quadro 5. Compatibilidade entre fármacos administrados por via subcutânea

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Octeotrido; Levomepromazina; Haloperidol; Midazolam; Morfina.
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão. Administrar isoladamente.
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão. Administrar isoladamente.
Haloperidol	Butilescopolamina; Metoclopramida; Midazolam; Haloperidol; Morfina; Octeotrido; Tramadol.
Levomepromazina	Butilescopolamina; Metoclopramida; Midazolam; Haloperidol; Morfina; Octeotrido.
Metoclopramida	Levomepromazina; Haloperidol; Morfina; Octeotrido; Tramadol.
Midazolam	Butilescopolamina; Metoclopramida; Levomepromazina; Haloperidol; Morfina; Octeotrido.
Morfina	Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Octeotrido; Levomepromazina; Midazolam.
Octeotrido	Butilescopolamina; Metoclopramida; Levomepromazina; Haloperidol; Midazolam; Morfina.
Tramadol	Haloperidol; Metoclopramida.

Fonte: Moreira (2010).

BIBLIOGRAFIA

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. *O que é a dor?* Acedido a 08/07/2013. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c&iid=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5>.

Associação Portuguesa dos Médico de Clinica Geral, Núcleo de Cuidados Paliativos (2007), *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 23, 457-464.

Azevedo, A. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 191-202. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bernardo A., Rosado J., Salazar H., (2010). Trabalho em Equipa. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 761-772. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ferreira K., Santos A. (2011). Hipodermóclise, Proctóclise e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea. In F. S. Santos (Editor). *Cuidados Paliativos - Directrizes, Humanização e Alívio de Sintomas* (pp.263-283). São Paulo: Editora Atheneu.

Gonçalves A., Nunes L., Sapeta A. (2012) - Controlo da Dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos. Revisão Sistemática da Literatura. Castelo Branco. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler.

Gonçalves E., Melo G., Costa I., Neto I., (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23. 457-464.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Guarda H., Galvão C., Gonçalves M. (2010). Apoio à família. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 751-760. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Kolcaba, Katharine (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marley, J. (2005). A concept analysis of dinity. In Chinn, P. e Meleis, A. *The essential concepts of nursing*. (pp 77- 91). Livingstone: Elsevtar.
- Moreira L. (2010). Hipodermóclise – *Uma forma de dignificar a “vida” na prestação de cuidados de saúde no domicílio*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 61-68. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Universidade Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Onrubia, M. A. (2000). A Nível Respiratório. In Formasau. *Cuidados Paliativos*. (pp. 115 -120). Coimbra: FORMASAU.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Acedido a 08/07/2013. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Querido A., Salazar H., Neto I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa, I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. pp. 461-485. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Doente Oncológico em Fim de Vida: Controlo da Dor e da Dispneia, para Promoção do Conforto.

- Pina P.R. (2012). Generalidades e Especificidades sobre a dor crónica. In Ritto C., Rocha F.D., Costa I., Diniz L., Raposo M.B., Pina P.R., Milhomens R., Faustino S.A. *Manual de Dor Crónica*. (pp 23-61). Lisboa. Fundação Grünenthal.
- Sapeta A.P. (2003), Estratégias não farmacológicas no tratamento da dor. In A. Marques, I. Neto. *Dor e cuidados paliativos*. pp 33-45. Lisboa. Permanyer Portugal.
- Silva, A.E. (2008). *Cuidados paliativos de Enfermagem – perspectivas para técnicos e auxiliares*. Universidade do Estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Divinópolis.
- Twycross R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Vieira, M. (2000). Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro?. In *dossier de Cuidados Paliativos* (pp.31-39). Coimbra: Formassau.

ANEXOS

Anexo I

Dor - Guia Orientador de Boa Prática, Ordem dos Enfermeiros (2008)

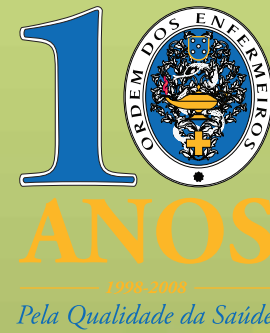
A EDITAR EM BREVE

SÉRIE I

GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
À PESSOA COM TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR



Edição
Ordem dos Enfermeiros



CADERNOS OE | SÉRIE I | NÚMERO 1 | GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA | DOR

DOR

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA
CADERNOS OE | SÉRIE I | NÚMERO 1

DOR

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA



Ordem dos Enfermeiros, 2008

FICHA TÉCNICA

Título: DOR - Guia Orientador de Boa Prática

Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem

Redactores: Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» – activo entre Fevereiro de 2005 a Dezembro de 2007

Enfermeiras:

Ana Maria Lopes Mateus (coordenadora do grupo)

Bebiana Maria Antunes Ferreira

Elizabete Maria Murcho Monforte

Filomena Maria Bravo Ferreira

Margarida Isabel Cardoso dos Santos Freitas Alvarenga

Maria de Fátima Vieira Silva

Maria Júlia Trigo da Ponte Tavares Leite

Colaboração dos peritos: Enfermeiros

Ana Leonor Alves Ribeiro

Ananda Maria Fernandes

Henrique José de Oliveira Dias

José Manuel Rodrigues Paulo

Luís Manuel Cunha Batalha

Edição: Ordem dos Enfermeiros – Junho de 2008

Revisão: Ordem dos Enfermeiros

Capa, paginação e impressão: DPI Cromotipo

Depósito Legal: 277637/08

ISBN: 978-972-99646-9-5

SUMÁRIO

MENSAGEM	5
PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	9
1. FUNDAMENTAÇÃO	11
2. PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR	13
3. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	15
3.1 Prestação de cuidados	15
3.1.1 Avaliação da dor.....	15
3.1.2 Controlo da dor.....	17
3.1.3 Ensino à pessoa / cuidador principal / família.....	18
3.1.4 Documentação.....	18
3.2 Formação	19
3.3 Políticas Organizacionais	20
4. ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR	23
GLOSSÁRIO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	29
Anexo I – História de Dor	31
Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor	35
Anexo III – Características e Efeitos Colaterais da Terapêutica Analgésica	41
Anexo IV – Intervenções Não-Farmacológicas	47
Anexo V – Mitos, Crenças e Preconceitos	51

MENSAGEM

Caros leitores,

É com muita satisfação e especial orgulho que a Ordem dos Enfermeiros (OE) dá início à I série de «**Cadernos OE**» com a publicação da primeira obra – «**DOR – Guia Orientador de Boa Prática**».

Ao lançar esta iniciativa, o Conselho Directivo da OE tem como objectivo divulgar, junto dos membros e de todos aqueles que se interessam por temas de Saúde e por cuidados de Enfermagem, trabalhos que se entendam como instrumentos de suporte à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem e que a OE vai produzindo, no quadro das suas atribuições.

Assim, e na perspectiva da diversidade das matérias, decorrente da sua natureza e finalidade, a divulgação do «**Cadernos OE**» tomará a forma de séries, o que facilitará a identificação por parte dos seus utilizadores.

A que agora se inicia – Série I – corresponderá sempre a guias orientadores de boas práticas.

Estou certa de que esta obra, como outras que se seguirão, se tornarão suportes para que, no seu quotidiano, os enfermeiros reforcem a sua capacidade de decisão clínica nas respostas em cuidados de Enfermagem àqueles que nos confiam o seu cuidado, dando sentido à imprescindibilidade da sua intervenção nos cuidados de saúde.

Por isso, acredito que este novo instrumento que a OE disponibiliza é também um meio de suporte ao desenvolvimento científico da profissão, à gestão dos cuidados e das organizações.

A concretização desta linha de intervenção da OE só é possível porque colegas disponibilizam o seu saber e o seu tempo, para com dedicação e esforço, podermos todos usufruir do trabalho construído.

Assim sendo, aqui expresso, em nome do Conselho Directivo da OE, o nosso muito obrigada àqueles que, no mandato anterior – Conselho de Enfermagem e Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» –, souberam, com persistência e rigor, tornar possível a publicação deste guia.

Para todos e cada um, o maior agradecimento virá, seguramente, da utilização que cada um de nós fará do que agora está ao nosso dispor.

Maria Augusta Sousa
Bastonária da Ordem Enfermeiros

PREFÁCIO

A publicação deste Guia de Boas Práticas tornou-se possível pela iniciativa do Conselho de Enfermagem do mandato 2004-2007 e pelo investimento por parte dos enfermeiros do Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que, generosamente, disponibilizaram o seu tempo, pesquisaram e construíram o Guia e para ele congregaram as opiniões dos peritos consultados. Em 2008, apresentar o Guia no Dia Nacional de Luta Contra a Dor (14 de Junho), pretende assinalar a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. Sendo claro que as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro.

A relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular. Sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Sendo sintoma subjectivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável» – e se sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada. Ademais, seja o que for que se diga do sofrimento, ficará ainda muito distante do sofrimento vivido e da sua experiência, pois que é indizível. Assim, e com o que hoje sabemos do fenómeno da dor e dos factores que a influenciam, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo, o que mais releva

e é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode.

Votos que este Guia seja usado, apropriado, discutido, e que o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Lucília Nunes
Presidente do Conselho de Enfermagem

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, bem como desenvolver, controlar e regular o exercício profissional¹. Neste âmbito, reconhece que os Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros².

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos. O objectivo é obter as melhores respostas na resolução de problemas de saúde específicos dos clientes, reflectindo um compromisso para partilhar a excelência a nível local e nacional³. Este Guia Orientador de Boa Prática toma como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família, nas diversas fases do ciclo vital, qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos. Cuidados específicos para o controlo da dor em função da idade, do tipo de dor, da situação clínica e do contexto de cuidados devem ser acrescentados a estas recomendações.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes⁴.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor, estabelecendo em 2005 uma parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor no âmbito da formação. Com a missão de promover a intervenção do enfermeiro no controlo da dor, é constituído o grupo de trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que, entre outras iniciativas, realiza em Dezembro de 2006 um *workshop* nacional reunindo 45 enfermeiros de diferentes regiões do país, com experiência reconhecida na área da dor ao nível do ensino, investigação e prática.

O grupo de trabalho, em colaboração com um conjunto de peritos, fez uma análise das conclusões do *workshop*, suportada por pesquisa bibliográfica, da qual resulta o presente documento. As recomendações nele contidas baseiam-se em estudos descritivos não experimentais, na opinião consensual de peritos e nas evidências apresentadas em documentos nacionais e internacionais publicados por diversas autoridades de saúde e associações profissionais.

Este documento pretende contribuir para a qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros através de uma prática orientada e sistemática e está organizado em quatro capítulos. Neles consta uma abordagem ao conceito de dor e ao papel do enfermeiro, os princípios centrais orientadores da prática de cuidados à pessoa com dor, cuidador principal e família, as recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, da formação e das políticas organizacionais e um algoritmo de actuação de Enfermagem no controlo da dor. Informação complementar útil para a compreensão das recomendações encontra-se em anexo.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Dor é uma *experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*⁵.

Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade.

O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados.

A dor, *sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento*⁶, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário. São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições.

Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.

Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.

No âmbito das suas competências nos domínios da *prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional*⁷, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a *satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado*². Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.

2. PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor^{8,9};
2. A dor é uma experiência subjectiva, multidimensional, única e dinâmica⁵;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas⁵;
4. A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida⁵;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua⁹;
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação⁴;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada¹⁰;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros activos no controlo da dor¹¹;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família⁹;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida⁹;
11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado¹²;
12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional^{9,13};
13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor^{9,12};
14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efectivo da dor⁹.

3. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

As recomendações para a prática profissional dos enfermeiros dizem respeito à prestação de cuidados, à formação e às políticas organizacionais.

3.1 Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são de *exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro*¹⁴ isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde¹⁴. É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos.

A prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas.

3.1.1 Avaliação da dor

A avaliação é fundamental para o controlo da dor. Margo McCaffery¹⁵ salienta o carácter pessoal e subjectivo da experiência de dor dando relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é *aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*.

Considerada como o 5.º sinal vital⁴, a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados.

Assim, recomenda-se:

1. Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
2. Acreditar sempre na pessoa que sente dor¹¹;
3. Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas¹⁶;

4. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;
5. Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros (Anexo I):
 - a) Exame físico;
 - b) Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência
 - c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor;
 - d) Factores de alívio e de agravamento;
 - e) Estratégias de *coping*;
 - f) Implicações da dor nas actividades de vida;
 - g) Conhecimento / entendimento acerca da doença;
 - h) Impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor;
 - i) Sintomas associados;
 - j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
6. Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável*; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais¹⁷;
7. Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade (Anexo II):
 - Escala Visual Analógica (EVA);
 - Escala Numérica (EN);
 - Escala de Faces (EF);
 - Escala Qualitativa (EQ).
8. Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;

* No sentido de na mesma instituição se utilizarem preferencialmente escalas com o mesmo intervalo.

9. Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de hetero-avaliação;
10. Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, excepto se a situação clínica justificar a sua mudança;
11. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
12. Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

3.1.2 Controlo da dor

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

Assim, recomenda-se:

13. Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objectivos da pessoa;
14. Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a selecção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
15. Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
16. Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;
17. Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interacções medicamentosas;
18. Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica (Anexo III);

19. Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
20. Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
21. Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas (Anexo IV);
22. Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
23. Seleccionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível.

3.1.3 Ensino à pessoa / cuidador principal / família

O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia.

Assim, recomenda-se:

24. Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo;
25. Instruir e treinar para o auto-controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
26. Ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
27. Instruir sobre as medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opióides;
28. Ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor (Anexo V);
29. Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
30. Fornecer informação escrita que reforce o ensino.

3.1.4 Documentação

De acordo com o Código Deontológico¹⁰ o *enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*. Nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais⁷ está definido

que o enfermeiro: *comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.*

A importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem². O sistema, deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções.

A importância dos registos decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação.

Assim, recomenda-se:

31. Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
32. Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados⁴;
33. Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico;
34. Fornecer à pessoa / cuidador principal / família uma estratégia simples de documentar no domicílio o efeito da terapêutica analgésica e seus efeitos colaterais;
35. Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do auto-controlo e da continuidade dos cuidados.

3.2 Formação

A aquisição e actualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

Assim, recomenda-se:

36. Incluir nos currículos da formação, pré e pós-graduada em Enfermagem, as matérias recomendadas pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) para a formação dos enfermeiros¹⁸;

37. Planear a formação contínua de forma a garantir a actualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas;
38. Incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da dor;
39. Incluir na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados.

3.3 Políticas Organizacionais

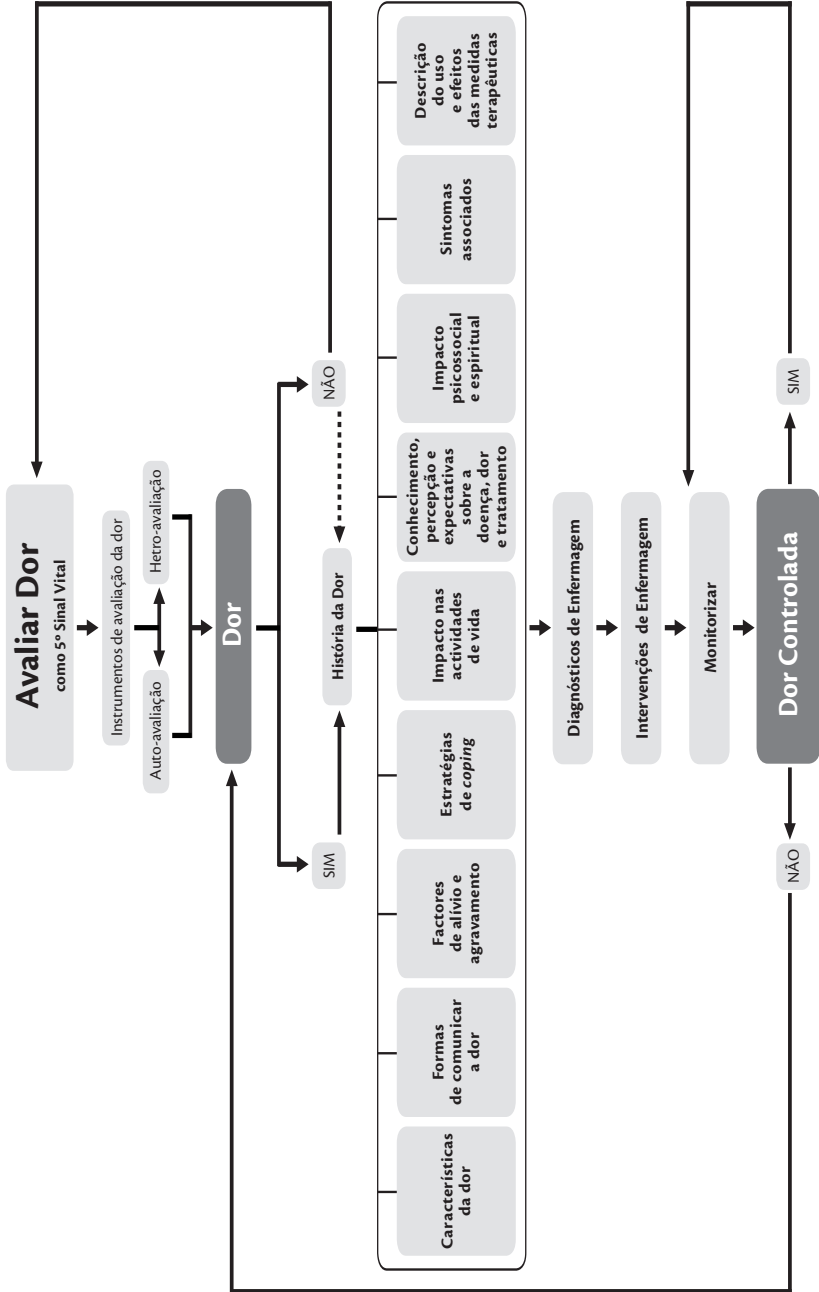
A efectividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor.

Assim, recomenda-se:

40. Explicitar na política organizacional o compromisso de promover o controlo da dor;
41. Definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor;
42. Divulgar a existência das unidades de dor e das condições de acesso junto das instituições de saúde, seus profissionais e utilizadores;
43. Instituir a abordagem multidisciplinar no controlo da dor;
44. Adotar guias de boa prática e elaborar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
45. Implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor;
46. Garantir a articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor;
47. Criar condições para o ensino e participação da pessoa / cuidador principal / família na avaliação e controlo da dor;
48. Garantir a presença de enfermeiros com formação e treino adequado, a tempo completo nas unidades de dor;

49. Adotar na metodologia de organização de trabalho, o enfermeiro de referência, para o efectivo controlo da dor;
50. Incluir os enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
51. Proporcionar a todos os enfermeiros da organização o acesso regular a programas de formação em serviço acerca da avaliação e controlo da dor;
52. Promover o acesso a programas de formação avançada sobre dor, em particular aos enfermeiros que trabalham em unidades de dor crónica;
53. Promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na avaliação e controlo da dor.

4. ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR



GLOSSÁRIO

Auto-controlo da dor	Processo dinâmico de estratégias e / ou acções coordenadas, realizadas pelo próprio, que têm por objectivo eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter-se confortável.
Auto-relato / auto-avaliação	Relato ou avaliação da dor efectuada pela pessoa que a experiência.
Avaliar	Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos.
Controlo da dor	Processo dinâmico de estratégias e / ou acções coordenadas, que têm por objectivo prevenir, avaliar e tratar a dor.
Coping	Ajustamento que consiste em esforços cognitivos e comportamentais destinados a gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interacção entre o indivíduo e o ambiente, que ameaçam ou ultrapassam os recursos da pessoa.
Dependência física	Ocorrência de uma síndrome de abstinência aquando da redução abrupta da dose de opióides após a sua administração regular durante alguns dias.
Dor	Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.
Dor aguda	Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e / ou causal.
Dor crónica	Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e / ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas.
Dor irruptiva	Exacerbação transitória da dor, que surge sobre uma dor crónica controlada.
Educar	Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém.
Ensinar	Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.
Hetero-avaliação	Observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efectuada por outra pessoa que não a que experiencia a dor.
Informar	Comunicar alguma coisa a alguém.

continua

Instruir	Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.
Intervenções farmacológicas	Administração de fármacos para prevenção e / ou tratamento da dor.
Intervenções não farmacológicas	Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos.
Limiar de dor	Limiar de dor é o estímulo de menor intensidade necessário para o indivíduo perceber a dor. Refere o ponto no qual uma dada sensação é fisicamente percebida como dolorosa. Os limiares de dor também variam de indivíduo para indivíduo, mas não variam segundo factores étnicos ou culturais. O que varia de acordo com factores culturais é a resposta à dor, porque é um comportamento aprendido e reflecte a atitude da pessoa perante a dor.
Monitorizar	Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa.
Norma	Conjunto de critérios a aplicar na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde em situações clínicas específicas.
Protocolo	Conjunto de regras que tornam possível a execução de um programa de modo eficiente e sem erros.
Registar	Formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito.
Tolerância	Necessidade crescente na utilização de doses maiores para obter o mesmo grau de analgesia.
Tolerância à dor	Tolerância à dor « <i>é a maior intensidade de estimulação dolorosa que um indivíduo é capaz de tolerar</i> » (IASP). Esta tolerância é diferente entre os indivíduos, mas pode também variar no mesmo indivíduo em diferentes situações ou contextos.
Treinar	Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.
Vigiar	Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DECRETO-LEI n.º 104/98. D.R. I Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem, 2001, 16 p.
3. NATIONAL HEALTH SYSTEM QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND – **Urinary Catheterisation & Catheter Care**. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland, 2004. ISBN 1-84404-284-5. 48p.
4. CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG. 2003 – **A dor como 5º sinal vital. Registo sistémico da intensidade da dor**. Lisboa: DGS. 4 p.
5. IASP – **Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain**. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk, 1994. ISBN 0-931092-05-1. p. 210-213.
6. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8. 210 p.
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003, 24 p.
8. TEXAS MEDICAL ASSOCIATION – **Patient Rights and Organization Ethics**. JCAHO Standards for Pain Management, 2001. Disponível em: <http://www.texmed.org/> Acedido em 19.09.2007.
9. REGISTERED NURSES ASSOCIATION of ONTARIO – **Assessment and Management of Pain**. Toronto: RNAO, 2002. ISBN 0-920166-34-2. 147 p.
10. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: OE, 2003, 187 p.
11. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7. 60 p.
12. ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional – **Parecer 120/2007** – «perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados que a elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é seu dever, num agir em complementaridade, no respeito pelo direito ao cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunicar ao médico a avaliação feita. Se a prescrição existir previamente formalizada através de um plano terapêutico ou protocolo que se manifeste desadequada para a situação em concreto, deve o enfermeiro, igualmente comunicar ao médico os novos dados de avaliação recolhidos, no sentido de uma eventual alteração, se for esse o seu entendimento, no âmbito da sua responsabilidade de prescriptor.» Cf. igualmente ROYAL COLLEGE of NURSING – **The recognition and assessment of acute pain in children: Technical Report**. London: RCN, 2001. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/cpgcontents.pdf>. Acedido em: 19.09.2007.
13. THE PAIN SOCIETY – **Recommendation for Nursing Practice in Pain Management**. London: The Pain Society, 2002, 64 p.
14. DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. I Série A. 205 (96-9-4) 2959-2962.
15. MCCAFFERY Margo, PASERO Chris – **Pain: clinical manual**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X. 398 p.

16. FRANCK LS [et.al.]. **Pain assessment in infants and children**. *Pediatr Clin North Am*. ISSN 0031-3955. 47: 3 (2000) 487-512.
17. BATALHA, Luís Manuel Cunha. **As dificuldades na quantificação exacta da dor**. *Servir*. ISSN 53:4 (2005) 166-174.
18. INTERNATIONAL ASSOCIATION for THE STUDY of PAIN – **Core Curriculum for Professional Education in Pain**. 3ª ed. Ed J. Edmond Charlton, 2005. ISBN 0-931092-65-5. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>. Acedido em: 19.09.2007.

ANEXOS

Anexo I
HISTÓRIA DE DOR

Anexo I – História de Dor

Informação a obter		Exemplos
Características da dor	Evolução: duração e padrão	Há quanto tempo tem dor? É uma dor contínua, intermitente, episódica?
	Localização	Onde é que dói? Descreva o local da dor. Irradia? (Pode ser útil o uso de um diagrama corporal).
	Qualidade	Como descreve a sua dor? (Ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor. O cliente deve ser estimulado a utilizar palavras que melhor descrevem a sua dor como moedeira, tipo queimadura, facada, formigueiro, etc.)
	Intensidade	Qual a intensidade da dor? (Utilize instrumentos de avaliação da intensidade da dor)
Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor		De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem? Ex.: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.
Factores de alívio e agravamento		O que é que alivia e / ou agrava a sua dor? Ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.
Estratégias de Coping		O que faz quando tem dor?
Impacto nas actividades de vida		De que forma a presença de dor afecta a sua vida? Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.
Conhecimento / Percepção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento		A que atribui esta dor? O que espera do tratamento? (Explorar a percepção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).
Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Actividades de lazer • Relações pessoais • Estado emocional 		Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros? A presença da dor afecta-o psicologicamente? A presença da dor afecta-o espiritualmente? Ex: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros. Identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.

continua

Informação a obter	Exemplos
<p>Sintomas associados</p>	<p>Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade? Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como: obstipação, fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.</p>
<p>Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas</p>	<p>Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve efeitos secundários à terapêutica? História detalhada da medicação. Registrar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos.</p>

Bibliografia

- AMERICAN PAIN SOCIETY QUALITY OF CARE COMMITTEE. **Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain.** *JAMA*, 1995, 23: 1874-80.
- BATALHA, Luís Manuel Cunha. **As dificuldades na quantificação exacta da dor.** *Servir* 2005, 53 :4(2005) 166-74.
- CARR DB, GOUDAS LC. **Acute pain.** *Lancet*, 1999, 2051-8.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: DGS, 2001.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care Guideline: assessment and management of Acute Pain.** Minnesota: ICSI, 2001.
- McCAFFERY M, PASERO C. **Pain: clinical manual.** 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999.
- NHS Quality Improvement Scotland. **The management of pain in Patients with Cancer.** Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland, 2004.
- SLEZAK J; HACOBIAN A. **História e exame clínico.** In: Ballantyne J. Massachusetts General Hospital Manual de controle da dor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guannabara Koogan, 2004, 41-51.

Anexo II
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
Escala visual analógica (EVA)¹	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade	Escala de referência na avaliação da dor. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
Escala de avaliação numérica (EAN)²	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade (saber contar com noção de grandeza numérica)	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
Escala Qualitativa³	Todos os tipos	≥ a 4 anos de idade	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Ausência de consenso dos adjetivos a usar. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
Escala de Faces Wong Baker^{4,5} (Wong Baker Faces Pain Scale)	Todos os tipos	≥ a 3 anos de idade	Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
Escala de Faces Revista⁶ (Faces Pain Scale – Revised)	Todos os tipos	≥ a 4 anos de idade	Recomendada pela IASP.
Escala EDIN^{7,8} (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)	Todos os tipos	RN (≥ 25 semanas de gestação) usada (em alguns locais) até ao 1 ano de idade	Escala de avaliação comportamental. Com reprodutibilidade para a população portuguesa.
Escala NIPS⁹ (Neonatal Infant Pain Scale)	Dor aguda	RN (≥ 24 semanas de gestação)	Não pode ser usada em RN com entubação traqueal.

continua

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
Escala NFCS reduzida ¹⁰ (<i>Neonatal Facial Coding System</i>)	Dor aguda	≤ 18 meses	Requer treino do profissional de saúde para a sua utilização. Dificuldades de implementação na prática diária.
Escala OPS ^{11,12} (<i>Objective Pain Scale</i>)	Dor aguda	≤ 18 anos	Facilidade de aplicação. De referência na validação de outras escalas. Com reprodutibilidade para a população portuguesa. A avaliação da TA pode interferir na sua aplicação.
Escala FLACC ¹³ (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>)	Dor aguda	≤ 19 anos	Facilidade de aplicação.
DOLOPLUS 2 ^{14,15}	Dor crónica	≥ 65 anos com alterações cognitivas	Escala multidimensional que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psico-sociais. A pontuação obtida no subgrupo repercussões somáticas é a mais sugestiva de presença de dor. Validada para a população portuguesa.
Escala PAINAD ¹⁶ (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>)	Todos os tipos	Idosos com demência	Sensível e de aplicação rápida. Escala simples e fiável para medir a dor em doentes não comunicantes.
Escala DESS ^{17,18} (<i>Douleur Enfant San Salvador</i>)	Todos os tipos	Crianças com deficiência motora	Exige o preenchimento de um dossier de base.

continua

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
Questionário MPQ¹⁹ (<i>McGill Pain Questionnaire</i>)	Dor crónica também aplicável à dor aguda	≥ a partir dos 10 anos	Identifica bem a dor neuropática. Identifica as implicações afectivas da dor. Requer pessoal treinado. É de difícil compreensão. Tempo de aplicação longo.
Inventário BPI²⁰ (<i>Brief Pain Inventory</i>)	Dor crónica	≥ 10 anos	Simple e de fácil interpretação.

Bibliografia

- SCOTT J, HUSKISSON EC. **Graphic representation of pain.** *Pain.* 1979, 2: 175-184.
- DOWNIE WW, LEATHAM PA, RHIND VM, WRIGHT V, BRANCO JA, ANDERSON JA. **Studies with pain rating scales.** *Ann Rheum Dis.* 1978,37(4): 378-81.
- KEELE KD. **The pain chart.** *Lancet* 1948, 2: 6–8.
- WONG DL, BAKER CM. **Pain in children: comparison of assessment scales.** *Pediatr Nurs.* 1988, 14: 9-17.
- KECK JF, GERKENSMEYER JE, JOYCE BA, SCHADE JG. **Reliability and validity of the Faces and Word Descriptor scales to measure procedural pain.** *J Pediatr Nurs.* 1996, 11(6): 368-374.
- HICKS CL, BAEYER CL, SPAFFORD PA, KORLAAR IV, GOODENOUGH B. **The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement.** *Pain.* 2001, 93: 173-183.
- DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA. **Sémeiologie de la douleur chez le prématuré.** *Arch Pediatr.* 1994, 1: 1085-1092.
- BATALHA L, SANTOS LA, GUIMARÃES H. **Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido.** *Acta Pediátrica Portuguesa.* 2003, 34(3): 159-163.
- LAWRENCE J, ALCOCK D, MCGRATH P, KAY J, MACMURRAY SB, DULBERG C. **The development of a tool to assess neonatal pain.** *Neonatal Network* 1993, 12: 59-66.
- LILLEY CM, CRAIG KD, GRUNAU RE. **The expression of pain in infants and toddlers: developmental changes in facial action.** *Pain;* 1997, 72:161-170.
- HANNALLAH RS, BROADMAN LM, BELMAN AB, ABRAMOWITZ MD, EPSTEIN BS. **Comparison of caudal and ilioinguinal / iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopey pain paediatric ambulatory surgery.** *Anesthesiology.* 1987, 66, 832-834.
- BATALHA L, SANTOS LA, GUIMARÃES H. **Avaliação da dor na criança pré-verbal.** *Saúde Infantil.* 2003, 25 (3):35-44.
- VOEPEL-LEWIS T, MALVIYA S, TAIT AR. **Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment.** *Pain Manag Nurs.* 2005 Dec;6(4):168-7.

- 14 LEFEBVRE-CHAPIRO S. **The DOLOPLUS 2 scale-evaluating pain in the elderly.** European Journal of Palliative Care, 2001, 8(5): 191-194.
- 15 GUARDA, H. – **Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente** – Escala Doloplus 2. in Revista DOR, 2007, Vol.I , n.º 15, pág. 42-47.
- 16 WARDEN V, HURLEY AC, VOLICER L. **Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale.** J Am Med Dir Assoc. 2003, 4:9-15.
- 17 COLLIGNON, P.; GIUSIANO, B.; BOUTIN, A. M.; COMBE, J. C. **Utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé. Douleur et Analgésie,** 1997, 1 : 27-32.
- 18 FONDATION CNP POUR LA SANTE. **La douleur chez la personne polyhandicapée. Guide pratique sur l'utilisation de la grille D.E.S.S. (Douleur Enfant San Salvadour): première échelle validée d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne polyhandicapée.** Disponível em [www: <http://www.cnp.fr/fre/documents/pdf/livret2.pdf>](http://www.cnp.fr/fre/documents/pdf/livret2.pdf) Acedido em Setembro de 2007.
- 19 MELZACK R. **The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods.** Pain 1975, 1: 277-99.
- 20 CLEELAND CS, RYAN KM. **Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory.** Ann Acad. Med. Singapore. 1994, 23(2): 129-38.

Anexo III
CARACTERÍSTICAS E EFEITOS COLATERAIS
DA TERAPÊUTICA ANALGÉSICA

Anexo III – Características e Efeitos Colaterais da Terapêutica Analgésica

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
NÃO OPIÓIDES PARACETAMOL	Inibe a síntese central das prostaglandinas; Intervém nos mecanismos de modulação descendente.	Risco de hepatotoxicidade se ultrapassadas doses recomendadas.
AINÉ's (AAS, Diclofenac, Ibuprofeno, Nimesulide, Tenoxicam, Naproxeno, Clonixina, Ketorolac, etc)	Interferem nos mecanismos de transdução; Inibidores da síntese das prostaglandinas; Antiagregantes plaquetários	Dispepsia; Riscos: hemorragia, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática;
AINÉ's inibidores da COX2 (Celecoxib, Etoricoxibe, etc)	Inibidores selectivos da Ciclooxygenase 2.	Menos agressivos para o tubo digestivo; Riscos: insuficiência renal aguda – menor risco para os inibidores selectivos da Cox2.
OPIÓIDES FRACOS (Tramadol, Codeína, etc) FORTES (Morfina, Fentanil, etc)	Intervêm nos mecanismos de modulação e de percepção; Analgésia a nível: Supra espinal, por activação das vias inibitórias descendentes e inibição da actividade neuronal; Espinal, por inibição pré e pós sináptica da transmissão das fibras; predominantemente aferentes na medula espinal; Periférico, por ligação aos receptores opióides em tecidos inflamados.	Estase gástrica, náuseas, vômitos, obstipação, sedação, sonolência, prurido, retenção urinária; Risco de hipotensão e depressão respiratória em doentes de maior sensibilidade ou com doses desajustadas.

continua

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
<p>ADJUVANTES ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (Amitriptilina, Nortriptilina, Imipramina, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inibidores da recaptação da serotonina / noradrenalina • Inibidores selectivos da recaptação da serotonina (Paroxetina, Escitalopram) 	<p>O efeito analgésico é independente do efeito antidepressivo.</p>	<p>Sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, quadros confusionais, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia, obstipação), hipotensão ortostática, alterações do ritmo cardíaco, agravamento de diabetes pré-existente.</p>
<p>ANTICONVULSIVANTES (Valproato de sódio, Carbamazepina, Gabapentina, Pregabalina, Topiramato, etc)</p>	<p>Inibem a excitação neuronal e / ou a disseminação da excitação.</p>	<p>Anemia aplástica e agranulocitose (Carbamazepina), sonolência, fadiga, tonturas, ataxia, nistagmo, rinite, diplopia, ambliopia e tremor (Gabapentina), variação no peso.</p>
<p>CORTICÓIDES (Prednisolona, Dexametasona, etc)</p>	<p>Acção anti-inflamatória potente, resultante da inibição da síntese das prostaglandinas.</p>	<p>Sintomatologia da síndrome de Cushing, miopia, hiperglicemia, osteoporose, diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos, alterações digestivas com aumento da incidência de hemorragias ou perfuração.</p>
<p>REGULADORES DO METABOLISMO DO CÁLCIO (Bifosfonatos – Ac.Alendrónico, Ac. Ibandrónico, Ac. Zoledrónico, etc)</p>	<p>Bloqueio da actividade dos osteoclastos.</p>	<p>Pirexia, mialgias.</p>

continua

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
RELAXANTES MUSCULARES (Diazepam, Flupirtina, Baclofeno, etc)	Relaxamento da musculatura.	Sonolência e tonturas, tremor, insónia e convulsões, alterações gastrointestinais.
ANSIOLÍTICOS (Diazepam, Alprazolam, Hidroxizina, etc)	Actuam sobre os receptores GABA, modulando a sua acção.	Sonolência, ataxia. Risco de tolerância e dependência.
ANTIESPASMÓDICOS (Butilescopolamina, etc)	Actuam sobre a fibra lisa, relaxando-a.	Efeitos antimuscarínicos periféricos.

Bibliografia

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Infarmed. **Prontuário Terapêutico Online**. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>. Acedido em: 19.09.2007.
- TWYXCROSS R. **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003.
- BAJWA Z., WARFIELD C. **Pharmacologic Therapy of Câncer Pain**. UpTo Date®, Inc; 2007. Disponível em: <http://utdol.com/utd>. Acedido em 26.06.2007.
- DrugDex Drug Evaluations System. In: **Micromedex Healthcare Series** [CD-ROM]. London: Micromedex, Inc., Englewood, 2007, actual. Sept. 2007. Disco A: Drug Information. Actual. Trimestral (acetaminopher).

Anexo IV
INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS

Anexo IV – Intervenções não-farmacológicas

	Intervenção	Definição	Objectivos
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC)	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> .	Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
	Reestruturação cognitiva	Tipo de TCC na qual a pessoa é instruída a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos.
	Treino de habilidades de <i>coping</i>	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar / gerir a dor e o stress.
	Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inactividade.
	Distracção	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
FÍSICAS	Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio; aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.

continua

	Intervenção	Definição	Objectivos
FÍSICAS	Exercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
	Imobilização	Restrição e limitação de movimentos.	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
	Massagem	Acto de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	Estimulação eléctrica transcutânea – TENS	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação selectiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
SUPOORTE EMOCIONAL	Toque Terapêutico	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
	Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	

Adaptado de: PAIN: **Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments**, 2005, p. 56 e 57. Disponível em: <http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Toque-Terapeutico1.pdf>.

Anexo V
MITOS, CRENÇAS E PRECONCEITOS

Anexo V – Mitos, Crenças e Preconceitos

Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
Os recém-nascidos são incapazes de experimentar dor devido à imaturidade do seu Sistema Nervoso Central	Os três principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão funcionais no início do 3º trimestre de gestação.
As crianças sentem menos dor que os adultos	As crianças são mais sensíveis à dor que os adultos.
As crianças não se recordam das experiências de dor	Embora não verbalizem a dor, revelam alterações comportamentais após actos dolorosos que nos fazem concluir o inverso.
As crianças não conseguem descrever e / ou localizar a sua dor	Desde muito cedo podem identificar o local e intensidade da sua dor, desde que sejam encorajadas e lhes proporcionem os instrumentos de avaliação.
Estímulos comparáveis produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas	Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme, mas o limiar de percepção dolorosa é influenciado por factores físicos, psicossociais e culturais variando de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação.
O comportamento das pessoas reflecte a sua dor	Para além do auto-relato, não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico de dor.
As pessoas dizem quando têm dor	As pessoas podem negar a existência de dor, se não conhecerem o profissional de saúde, se tiverem medo, se recearem a via de administração, para protegerem os familiares ou por razões sócio económicas.
A dor só existe na presença de lesão	Toda a dor é real independentemente da sua causa.
As pessoas devem ser encorajadas a «aguentarem» a sua dor	A dor não controlada aumenta o sofrimento e torna as pessoas mais vulneráveis.
As experiências anteriores de dor ensinam a pessoa a ser mais tolerante	As experiências de dor aumentam a vulnerabilidade e a morbidade à dor.
Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor	Os profissionais de saúde devem reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor. A família e os cuidadores principais são parceiros activos no controlo da dor.

continua

Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
O uso de opióides causa depressão respiratória e dependência	Em situação de dor, os estudos comprovam que raramente se desenvolve depressão respiratória e dependência.
Os ansiolíticos aliviam a dor	Os ansiolíticos diminuem a ansiedade mas não possuem acção analgésica.
«Não posso fazer mais nada» para o alívio da dor	Valorizar o auto-relato e manifestações de dor, procurando as causas <u>do não alívio</u> e ajustar estratégias.
A dor é útil para estabelecer um diagnóstico	A função da dor como sinal de alarme <u>não é perfeita nem fiável</u> ; A dor e a gravidade da doença nem sempre têm relação.
Os costumes e as crenças da pessoa não são importantes no controlo da dor	Os valores socioculturais e as experiências pessoais influenciam a forma como a pessoa vivencia e expressa a dor.
A morfina só deve ser utilizada em último recurso	A morfina é um fármaco a ser utilizado consoante a necessidade terapêutica e pela resposta, não segundo o prognóstico.

Bibliografia

- ANAND KJS, ABU-SAAD HH, AYNSLEY-GREEN A, et al. **Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn.** International Evidence-based Group for Neonatal Pain. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155:173-180.
- ANAND KJS, CRAIG KD. Editorial: **New perspectives on the definition of pain.** *Pain.* 1996; 67:3-6.
- FRANCK LS [et.al.]. **Pain assessment in infants and children.** *Pediatr Clin North Am.* ISSN 0031-3955. 47: 3 (2000) 487-512.
- GRUNAU RE. **Long-term consequences of pain in human neonates.** In: ANAND KSJ, STEVENS SJ, MCCRATH PJ, ed. *Pain in neonates 2nd revised and enlarged edition: pain research and clinical management.* Vol 10. Amsterdam: Elsevier Science; 2000: 55-76.
- JACOX AK, CARR DB, CHAPMAN CR, et al. **Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma Clinical Practice Guideline** No. 1. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. AHCPR publication 92-0032.
- MCCAFFERY M, PASERO C. **Assessment: underlying complexities, misconceptions, and practical tools.** In: MCCAFFERY M, PASERO C, eds. *Pain Clinical Manual.* 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Inc; 1999:35-102.

- MCCAFFERY M, WONG DL. **Nursing interventions for pain control in children.** In: SCHECHTER NL, BERDE CB, YASTER M, ed. Pain in infants, children, and adolescents. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993: 295-319.
- MCCAFFERY Margo, PASERO Chris – **Pain: clinical manual.** 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X. 398 p.
- NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, JCAHO. **Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments.** editors Patricia H. Berry, et al; 2001.
- POKELA ML. **Pain relief can reduce hypoxemia in distressed neonates during routine treatment procedures.** *Pediatrics.* 1994; 93: 379-383.
- UPPINGTON, Jefferey. **Opióides.** In: BALLANTYNE, Jane. Massachusetts General Hospital Manual de controle da dor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guannabara Koogan, 2004: 115-139.

