



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

Relatório de Estágio

**Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente
Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção
Especializada do Enfermeiro**

Soraia de Fátima Simão Costa

**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente
Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção
Especializada do Enfermeiro**

Soraia de Fátima Simão Costa

Orientador: Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves

Lisboa

2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Não podemos acrescentar dias à nossa vida, mas podemos acrescentar vida aos
nossos dias.”

Cora Coralina

Agradecimentos

À Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves,
por acreditar no meu trabalho, pela sua orientação e incansável apoio, pela
disponibilidade, motivação, encorajamento, sabedoria e rigor científico, que me
proporcionou no decorrer deste percurso e tão fundamentais se revelaram.

Aos orientadores clínicos,
que facilitaram a minha integração nos vários locais de estágio, proporcionando
momentos de reflexão e partilha de conhecimentos, demonstrando competência
profissional nos cuidados que prestam, motivando e potenciando o meu
desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de serviço,
pelo interesse demonstrado no meu projeto, pela disponibilização do seu tempo
para participarem nas diversas sessões de formação, e pela partilha de experiências e
opiniões, que enriquecem este projeto.

Às minhas amigas e colegas, que me acompanharam nesta jornada,
por estarem sempre presentes, pelo apoio e suporte demonstrado, pela partilha
de experiências, dúvidas e desabafos, e pela motivação para continuar, não baixando
os braços nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, irmão e avô,
pelo apoio incondicional, pelo incentivo diário, pela paciência e compreensão
nas múltiplas ausências, por me motivarem a alcançar os meus objetivos e por me
ensinarem a viver com amor, esperança, transparência e harmonia, cultivando o bem
através de ações, que fazem a diferença na vida de quem se cuida.

Aos meus amigos de sempre,
pelo apoio incondicional, e pela partilha de conselhos pertinentes.

A todos muito obrigada,
por fazerem parte deste percurso e por estarem presentes na minha vida.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – *European Commission*

EONS – *European Oncology Nursing Society*

IASP – *International Association for the Study of Pain*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPICT – PT™ - *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Resumo

A dor é um dos sintomas mais frequentemente associados ao cancro e, como tal, mais temido por quem o experiencia, dado o sofrimento que provoca. É considerada uma experiência pessoal, cujo significado varia de pessoa para pessoa e impacta no conforto e bem-estar do doente oncológico em situação paliativa, condicionando as suas decisões e comportamentos. Ademais, a dor é subjetiva e multidimensional, pelo que dada a sua complexidade, a intervenção do enfermeiro no controlo da dor deve ser multifatorial, centrada na pessoa, atendendo à singularidade e individualidade de cada um, com vista à promoção do conforto. A formação diferenciada nesta área revela-se essencial. Assim, e tendo em conta as minhas necessidades formativas e da equipa onde me insiro, face ao controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto, delineei um projeto de formação e intervenção com o intuito de desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro especialista e de mestre no âmbito da intervenção do enfermeiro no controlo da dor como medida promotora de conforto à pessoa com doença oncológica e família em situação paliativa e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem neste âmbito. Para isso, realizei estágio em quatro contextos clínicos diferenciados: Unidade de Cuidados Paliativos A (UCP), Unidade de Dor A, UCP B e Unidade de Dor B, desenvolvendo a minha prática reflexiva face à intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, através da observação da prática de cuidados de peritos e dos resultados obtidos na revisão de *scoping* realizada. A operacionalização do projeto de intervenção foi delineada de acordo com a metodologia de projeto. O presente relatório constitui uma análise crítica ao meu percurso, fundamentado com evidência científica, e alicerçado pelo Modelo de Cuidados Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006) e pela Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), demonstrando as atividades realizadas e as competências de enfermeira especialista e mestre, bem como as competências descritas pela *European Oncology Nursing Society* desenvolvidas.

Palavras-chave: doente oncológico; dor; controlo da dor; promoção do conforto; cuidados paliativos; intervenção de enfermagem.

Abstract

Pain is one of the symptoms most often associated with cancer and, as such, most feared by those who experience it, given the suffering it causes. It is considered a personal experience, the meaning of which varies from person to person and impacts the comfort and well-being of cancer patients in a palliative situation, conditioning their decisions and behaviors. In addition, pain is subjective and multidimensional, so, given its complexity, the nurse's intervention in pain control should be multi-factorial, centered on the person, considering the uniqueness and individuality of each one, with a view to promoting comfort. Differentiated training in this area is essential. Thus, and taking into account my training needs and those of the team where I work with, having in mind pain control of cancer patients in palliative situations, with a view to promoting comfort, I designed a training and intervention project with the aim of developing scientific, technical and relational skills of specialist nurses and masters, within the scope of the nurse's intervention in pain control as a measure that promotes comfort to the person with oncological disease and family and contributes to the continuous improvement of nursing care in this context. To this end, I carried out an internship in four different clinical contexts: Palliative Care Unit A (PCU), Pain Unit A, PCU B and Pain Unit B, developing my reflective practice with regard to the nurse's intervention in the prevention and control of pain in the cancer patient in a palliative situation, through the observation of the practice of expert care and the results obtained in the scoping review I carried out. The operationalization of the intervention project was outlined according to the project methodology. This report is a critical analysis of my formation journey, based on scientific evidence, and based on the Person-Centered Care Model of McCormack and McCance (2006) and the Kolcaba Comfort Theory (2003), demonstrating the activities performed and the competencies of specialist and master nurses, as well as the competencies developed according to the European Oncology Nursing Society developed.

Keywords: cancer patient; pain control; promotion of comfort; palliative care; nursing intervention.

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento Concetual	18
1.1. O doente oncológico com dor em situação paliativa	18
1.2. A intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa	21
1.3. Referenciais teóricos de enfermagem	25
2. Execução das Atividades Previstas.....	28
2.1. Unidade Cuidados Paliativos A.....	29
2.2. Unidade de Dor A.....	41
2.3. Unidade de Cuidados Paliativos B (UCP B)	46
2.4. Unidade de Dor B.....	53
2.5. Serviço de Medicina do Hospital A.....	58
3. Avaliação	63
4. Conclusões e Perspetivas Futuras	65
Referências bibliográficas	67

Apêndices

Apêndice I – Questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem do serviço medicina do Hospital A

Apêndice II – Análise do questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem do serviço medicina do Hospital A

Apêndice III – Caracterização do campo de estágio I – Unidade de Cuidados Paliativos A

Apêndice IV – A intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa: *revisão de scoping*

Apêndice V - Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Apêndice VI – Algoritmo de suporte à tomada de decisão em enfermagem na prevenção e controlo da dor

Apêndice VII – Checklist dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo da dor

Apêndice VIII – A importância dos registos de enfermagem na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa - reflexão crítica

Apêndice IX – Caracterização do campo de estágio II – Unidade de Dor A

Apêndice X – Caracterização do campo de estágio III – Unidade de Cuidados Paliativos B

Apêndice XI – Journal Club: “Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals”

Apêndice XII – Via subcutânea em cuidados paliativos – plano de sessão da aula

Apêndice XIII – Caracterização do campo de estágio IV – Unidade de Dor B

Apêndice XIV – Guia orientador de boa prática para o controlo da dor

Apêndice XV – Memorando de apoio à avaliação da dor

Apêndice XVI – A importância dos ensinamentos de enfermagem na autogestão da dor do doente oncológico – reflexão crítica

Apêndice XVII – Cuidados paliativos e apresentação do projeto de intervenção – plano de sessão

Apêndice XVIII – Controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa – plano de sessão

Apêndice XIX – Via subcutânea em cuidados paliativos – plano de sessão

Apêndice XX – Identificação do doente oncológico com necessidades paliativas – protocolo de atuação

Anexos

Anexo I – Conceito de Dor, IASP 1979 vs 2020

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, que vem dar continuidade ao projeto de intervenção, *Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção Especializada do Enfermeiro*, previamente desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, operacionalizando-o.

A finalidade deste relatório assenta na descrição crítica e reflexiva do meu percurso de estágio, espelhando as competências de Enfermeira Especialista e Mestre, que desenvolvi no decorrer das dezoito semanas, através da consecução dos objetivos e das atividades previamente delineadas no projeto. Estas revelaram-se fulcrais para o desenvolvimento de competências, permitindo a prestação de cuidados de qualidade e promovendo o conforto e alívio da dor do doente oncológico em situação paliativa.

A prestação de cuidados de qualidade deve estar na base do cuidar do enfermeiro e, como tal, a procura por fazê-la da melhor forma requer um constante investimento na formação contínua, através da aquisição de novos conhecimentos (Fonseca, 2015).

Dada a complexidade e progressiva exigência dos cuidados, nos diferentes contextos de atuação, o enfermeiro assume um papel de destaque enquanto agente promotor de mudança, instigando ao desenvolvimento e diferenciação de conhecimentos e competências que lhes permita prestar cuidados diferenciados, individualizados e humanizados, com rigor científico e de forma segura e eficiente, conferindo-lhe maior reconhecimento e responsabilidades (Regulamento n.º 613/2022).

É nesta ordem de ideias, que procuro constantemente promover o meu enriquecimento pessoal e profissional em diversas áreas de atuação, mas, mais especificamente, nas áreas de intervenção de Oncologia e Cuidados Paliativos (CP), que desde cedo se revelaram as áreas de maior interesse pessoal.

Por conseguinte, a promoção do conforto do doente sempre foi a base do meu cuidar, pelo que quando cuidamos de pessoas e famílias cujo processo saúde-doença é potencialmente irreversível e a progressão da doença inevitável, torna-se mais desafiante a procura incessante por conhecimentos e pensamentos sistematizados, diferenciados e com elevado rigor técnico-científico (Abejas & Duarte, 2021; Regulamento n.º 766/2021).

Para além do supramencionado, importa ressaltar que enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de medicina do hospital A, deparo-me diariamente com a existência de problemas facilmente observáveis e identificáveis na prática de cuidados, que inevitavelmente causam indecisões terapêuticas da equipa multidisciplinar comprometendo a prestação de cuidados de qualidade ao doente oncológico em situação paliativa, numa perspetiva holística e segundo a filosofia dos CP.

Refletindo acerca da realidade que predomina nos hospitais de agudos, constatamos que a cultura de cuidados ainda enraizada incorpora uma filosofia demasiado centrada no curar, onde a obstinação diagnóstica e terapêutica inútil é predominante, acarretando para a pessoa e família maior sofrimento e menor conforto e qualidade de vida (Machado et al., 2018).

Face aos problemas que observo na realidade de cuidados onde me insiro destaco a dificuldade em identificar precocemente as pessoas com necessidades paliativas, devido ao défice de conhecimentos diferenciados da equipa na área dos CP, contribuindo para indecisões no planeamento dos cuidados; a dificuldade na prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa, devido à progressão da doença, ao aumento do grau de dependência, à carga psicoemocional que acarreta para a pessoa e família, bem como a complexidade dos cuidados face ao descontrolo sintomático, especialmente a dor; e a ambivalência de sentimentos da equipa ao prestar cuidados ao doente oncológico em situação paliativa, no que concerne a dilemas éticos, como a obstinação diagnóstica e terapêutica versus medidas de conforto e palição.

Perante os problemas acima mencionados, torna-se premente verificar se a equipa de enfermagem partilha da mesma opinião e se os considera, igualmente problemáticos para a prestação de cuidados. Para tal, realizei de forma informal, um *“Questionário de Avaliação das Necessidades de Aprendizagem”*, com uma adesão de 74% da equipa de enfermagem (Apêndice I), que após ser analisado (Apêndice II), permitiu concluir, que 88,2% dos enfermeiros considera que o seu nível de conhecimentos face aos CP é igual ou inferior a satisfatório, justificado pela insuficiente formação académica na área, comprovando a necessidade de formação diferenciada. Considero ainda, que os dados obtidos no questionário, vêm comprovar a pertinência da problemática e a necessidade existente em abordar a dor do doente oncológico em situação paliativa, visto que 70,6% dos enfermeiros considera a dor como um tema importante a ser abordado.

Para além das razões enumeradas anteriormente, que conferem pertinência ao tema em estudo, existem outras que merecem igualmente destaque, nomeadamente o facto de as doenças oncológicas serem uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo (European Commission [EC], 2022).

O cancro é considerado uma doença crónica, associado a grande morbilidade e mortalidade, causando inevitavelmente grande sofrimento para quem o experiencia, mas também, para a família (Fernandes, 2020). É percecionado pela pessoa e família como um acontecimento de vida desafiador, com um impacto significativo nas suas vidas, implicando uma reorganização de papéis e rotinas, bem como indutor de sofrimento, medo e perda de sentido de vida, dada a conotação negativa que acarreta ao ser associado à morte (Carlos & Teixeira, 2023).

Quando a pessoa é confrontada com um prognóstico de vida limitado, inicia um conflito interior, pois a materialização de todos os seus medos e angústias são inevitáveis, e a finitude da vida é premente (Felizardo, 2021). Este é um acontecimento de vida, que acarreta um processo de aceitação e adaptação por parte da pessoa e família, pois exige uma alteração de atitudes e comportamentos que deixam de estar associados ao paradigma curativo e passam a estar ligados ao paradigma paliativo (Freitas, 2023).

Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel preponderante no cuidar do doente oncológico e família, numa abordagem global e holística, onde impera o respeito e a dignidade pela sua individualidade e singularidade, pelo que os cuidados prestados devem ser humanizados e centrados nas reais necessidades da pessoa e família, pois quando não é possível oferecer tratamento curativo, não podemos concordar que não há mais nada a fazer. Evidentemente que enquanto existir vida persiste a necessidade de cuidados e muito pode ser feito para que a pessoa e família tenham dignidade, conforto e qualidade de vida através de cuidados especializados e humanizados, assentes na filosofia e nos pilares dos CP (Abejas et al., 2021; Neto, 2020).

Os CP são a resposta para que a pessoa se sinta protegida do sofrimento insuportável e destrutivo, que os cuidados inúteis e as medidas invasivas e desproporcionadas provocam. Prolongar a vida em situação avançada e irreversível de doença à custa de mais sofrimento é eticamente incorreto (Neto, 2020). Pelo contrário, é dever do enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar proceder à identificação das pessoas com necessidades paliativas e consequente referenciação aos

serviços/equipas de CP, o mais precocemente possível (Capelas et al., 2018). O acesso a estes cuidados deve ser equitativo e acessível à pessoa e família, pois uma referenciação atempada em pessoas com doença incurável e/ou grave “pode acontecer anos ou meses antes do óbito, sem que isso impeça o contributo simultâneo de outras especialidades que podem continuar a ajudar a tratar melhor o doente” (Neto, 2020, p.21).

Nesta ordem de ideias, prestar cuidados à luz do modelo de abordagem colaborativo acarreta múltiplos benefícios para a pessoa e família, visto que durante o curso da sua doença, a abordagem de cuidados síncrona das intervenções curativas com as intervenções paliativas é primordial para a obtenção de um plano de cuidados global, holístico e integrado. Porém, este planeamento de cuidados é dinâmico, pois à medida que as necessidades da pessoa e família evoluem, a intervenção de cuidados também se altera, pelo que é essencial, que predominem cuidados proporcionados e adequados às reais necessidades da pessoa e família, onde o alívio do sofrimento e a promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida, sejam a chave dos cuidados prestados (Capelas et al., 2016; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021; Neto, 2020).

A prestação de CP constitui um direito básico da pessoa e família ao acesso a cuidados mínimos dentro dos princípios éticos, da filosofia e dos pilares dos CP, cujo principal objetivo é “promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas” (Lei n.º 52/2012, 2012; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

A prestação de CP não se esgota nas unidades especializadas, pois em qualquer contexto de saúde, internamento ou domicílio, o enfermeiro e os demais profissionais, podem executar ações paliativas, que consistem na intervenção de “medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar (...) as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5119).

Um dos pilares fundamentais dos CP é o controlo sintomático e, efetivamente, o doente oncológico em situação paliativa experiencia um conjunto de sintomas complexos e de difícil controlo, com elevado impacto no seu quotidiano e, que requerem cuidados rigorosos, científicos e humanizados (Neto, 2020).

A dor é o sintoma mais frequentemente associado ao cancro e, inevitavelmente, o mais temido pelos doentes e famílias, dado o sofrimento que provoca. De facto, a prevalência da dor oncológica nos últimos 10 anos aumentou 35% em relação aos 40 anos anteriores (Everdingen et al., 2016), pois 66,7% dos doentes oncológicos sofrem com dor (Barbosa et al., 2016), sendo que 70% manifesta dor na fase avançada da doença e quase 100% na fase terminal (Fallon et al., 2018).

Deste modo, o alívio da dor deve ser assegurado através de uma perspetiva paliativa, assente numa abordagem da “dor total”, multidimensional, onde as dimensões psicológica, social, espiritual e física são indissociáveis, pois o comprometimento de uma delas provoca um desequilíbrio nas restantes e traduz-se em maior sofrimento para o doente e família (Abejas et al., 2021).

A abrangência do conceito de “dor total”, vai muito além das sensações físicas, pelo que uma correta compreensão e caracterização da mesma, torna-se essencial para intervir nas restantes dimensões, que podem, igualmente, necessitar de intervenção especializada e humanizada, que dignifique a pessoa, promova o seu conforto e minimize o seu sofrimento até ao fim da sua vida (Castro et al., 2021).

O conforto está diretamente relacionado com a prática de cuidados de enfermagem, qualquer que seja o contexto clínico. Dito isto, importa clarificar, que só é possível proporcionar conforto, se os cuidados prestados forem centrados na pessoa e família e forem ao encontro das suas reais necessidades, permitindo planear os cuidados e intervir de forma individualizada e humanizada na base dos princípios éticos e dos CP.

Assim sendo, torna-se evidente que a filosofia de cuidados que procurei integrar no projeto de intervenção e, que deve estar na base do cuidar do doente oncológico com dor em situação paliativa, assenta em dois referenciais teóricos de enfermagem: a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006). Ambos encontram-se intimamente associadas ao cuidar, ao conforto e ao holismo, pois se na Teoria do Conforto de Kolcaba as intervenções devem ser projetadas e implementadas para dar resposta às necessidades de conforto das pessoas (Kolcaba & Fisher, 1996), no Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa, cuidar é a essência da enfermagem, e reflete os ideais do cuidado humanista, promovendo uma cultura de cuidados centrada na pessoa e família, em que a experiência destes vem em primeiro lugar e deve estar na base da prestação de cuidados (McCormack, 2019).

Torna-se premente sensibilizar a adoção de uma filosofia de cuidados centrada no doente oncológico com dor em situação paliativa, identificando precocemente as suas necessidades paliativas, com o intuito de intervir de forma especializada, implementando ações paliativas, que promovam o conforto da pessoa e família, através da gestão e alívio da dor. Quando o foco é a adoção de uma filosofia de cuidados de conforto, humanizados, centrados na pessoa e família e nos princípios dos CP, a qualidade dos cuidados encontra-se assegurada.

A implementação do projeto foi possível devido aos múltiplos momentos de aprendizagem que tive a oportunidade de presenciar, quer através da investigação de literatura científica acerca do tema em estudo, quer através da observação da prática de cuidados de peritos, bem como da prestação de cuidados de conforto ao doente oncológico com dor em situação paliativa nos diversos campos de estágio.

A escolha dos locais de estágio não foi aleatória, uma vez que foram selecionados tendo em conta as multiplicidades de experiências no cuidado ao doente oncológico com dor em situação paliativa, bem como a partilha de conhecimentos e aprendizagens que as equipas especializadas e peritas na área em estudo me proporcionariam.

O período de estágio decorreu ao longo de 18 semanas, dividido em quatro contextos clínicos. Primeiramente, durante 5 semanas, integrei a Unidade de Cuidados Paliativos A. De seguida, integrei a equipa Unidade de Dor A, durante 2 semanas. O terceiro local de estágio, decorreu durante 5 semanas, na Unidade de Cuidados Paliativos B. As últimas 6 semanas de estágio decorreram na Unidade de Dor B, uma vez que não me foi concedida a oportunidade de realizar este último estágio clínico no local onde exerço funções.

Apesar de não realizar o último estágio no local onde exerço funções, que seria destinado à implementação do projeto de intervenção, correspondendo a um dos objetivos gerais previamente delineados para este projeto – Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados no controlo da dor e promoção do conforto do doente oncológico e família em situação paliativa, no serviço de medicina interna, a solução encontrada, após parecer positivo da chefia do serviço e de modo a capacitar a equipa de enfermagem a prestar cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa e família, foi realizar as atividades previamente definidas para o serviço de medicina em simultâneo com o último período de estágio, que decorreu na Unidade de Dor B.

À parte disto, importa refletir acerca do meu percurso de estágio, pelo que o presente relatório demonstra o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos: descrever as atividades realizadas nos diferentes contextos clínicos e, que materializam o projeto; refletir e analisar criticamente acerca das competências de Enfermeira Especialista e Mestre que fui desenvolvendo no decorrer do meu percurso académico, quer através da pesquisa da evidência científica, quer através da prática clínica; e refletir acerca dos contributos deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor em situação paliativa.

Considero ainda pertinente esclarecer que no decorrer do presente relatório os termos doente e pessoa serão utilizados intermutavelmente.

A metodologia utilizada foi a de projeto que está organizada em cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e avaliação e para finalizar a Divulgação dos Resultados (Ruivo et al., 2010).

Face à estrutura do presente relatório este encontra-se dividido em quatro capítulos. Um capítulo inicial que faz referência aos conceitos principais que suportam o projeto, bem como a filosofia de cuidados inerente. O segundo capítulo diz respeito à execução das atividades previstas, e consiste na apresentação e descrição do percurso de estágio, incluindo a exposição das atividades que levaram à consecução dos objetivos gerais e específicos e o desenvolvimento de competências, que serviram de mote à reflexão sobre os resultados obtidos. O terceiro capítulo inclui uma reflexão de todo o meu percurso, e dos contributos deste projeto para o desenvolvimento de competências, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. No último capítulo, constam as considerações finais, que sintetizam as principais aprendizagens e resultados obtidos, bem como as perspetivas futuras que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para finalizar, encontram-se explanadas as referências bibliográficas que auxiliaram a corroborar cientificamente o projeto, bem como um conjunto de apêndices e anexos, elaborados e utilizados na concretização das atividades.

O presente trabalho foi redigido tendo em conta as orientações da American Psychological Association (2021).

1. Enquadramento Concetual

No decorrer deste capítulo serão aprofundados com base na evidência científica a que tive acesso, os principais conceitos teóricos que integram e sustentam este projeto. Assim, o presente capítulo é constituído por três subcapítulos. O primeiro discorre sobre o doente oncológico com dor em situação paliativa, o segundo aborda a intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, o terceiro versa sobre os referenciais teóricos utilizados, que orientaram as intervenções de enfermagem aquando do desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, atendendo às respetivas filosofias de cuidados.

1.1. O doente oncológico com dor em situação paliativa

O cancro é definido como um conjunto de doenças caracterizadas por um crescimento celular descontrolado, infiltrativo, invasor dos tecidos e órgãos adjacentes, podendo mais tarde disseminar para outras regiões do corpo, denominando-se de metastização (Simões, 2016).

Representa a segunda causa de morte. De facto, a nível mundial, em 2020, cerca de 10 milhões de pessoas perderam a vida devido ao cancro, das quais, 1,3 milhões na União Europeia e 30168 em Portugal (Glocal Cancer Observatory, 2020a, 2020b). Dados da PORDATA (2023), referentes ao ano de 2021, evidenciam que 22,1% da população portuguesa teve como causa de morte o cancro. Estes dados revelam-se alarmantes e estima-se que na União Europeia até 2035, se não forem adotadas medidas, a percentagem de mortes poderá vir a ter um aumento superior a 24% (EC, 2022).

Também a incidência de novos casos tende a aumentar, verificando-se cerca de 18,1 milhões de casos de cancro em todo o mundo no ano de 2020 (Glocal Cancer Observatory, 2020c) e em Portugal entre os anos de 2018 e 2020 cerca de 10000 novos casos de cancro. Em Portugal, o aumento da taxa de incidência das doenças oncológicas é uma consequência do envelhecimento da população e dos estilos de vida atualmente adotados [Direção Geral da Saúde (DGS), 2022].

Os avanços tecnológicos que se têm verificado ao nível da deteção precoce do cancro, tratamento e nos cuidados que lhe estão inerentes têm contribuído para taxas de sobrevivência mais elevadas, verificando-se cerca de 12 milhões de sobreviventes de cancro na Europa, mas também para mais complicações a longo prazo (EC, 2022). Viver

mais tempo, não implica viver melhor ou morrer melhor, pois as pessoas viverão mais tempo com as sequelas do cancro e dos tratamentos direcionados à doença que realizaram, pelo que, atualmente, a doença oncológica é considerada uma doença crónica (Fernandes, 2020; Fielding, et al., 2013).

Confrontados com um diagnóstico de cancro, a pessoa e família experienciam um conjunto de incertezas, receios e dúvidas face ao futuro, encarando a doença oncológica como um acontecimento de vida difícil, desafiador e indutor de sofrimento e medo, dada a vulnerabilidade que acarreta, bem como a deterioração progressiva a que a pessoa está sujeita, quer a nível físico, quer a nível psicológico, emocional, espiritual, social e funcional, impondo uma conotação negativa e uma forte associação com a finitude da vida (Almeida & Pontinha, 2009; EC, 2022; Neto, 2020).

O doente oncológico é definido como a pessoa com diagnóstico de cancro, que pode sofrer uma deterioração progressiva, limitações físicas, funcionais e psicológicas (Canteiro, 2015), pelo que se torna imperativo cuidar do doente e família de modo integral, com dignidade, atendendo aos seus desejos, crenças e valores, com vista ao controlo da dor e, por conseguinte, à promoção do conforto (Abejas et al., 2021).

A multiplicidade de alterações que a doença oncológica potencia, impõe a adoção de uma abordagem de cuidados centrada na pessoa e família, onde a promoção do conforto é uma premissa no cuidar em enfermagem. OS CP melhoram a qualidade de vida da pessoa e família, através da promoção do conforto e da prevenção e alívio do sofrimento, pelo que identificar o doente oncológico com necessidade de CP precocemente permite adequar os cuidados às suas reais necessidades (Neto, 2020).

A prevalência de doentes com necessidades de CP em hospitais de agudos no primeiro trimestre de 2015 era de 51,4%, destes apenas 6,6% se encontravam referenciados para CP (Capelas et al., 2018). Também em 2018, a nível nacional, foram identificados 102452 doentes com necessidades paliativas, dos quais, 18019 foram referenciados, refletindo-se numa taxa de referenciação de 15,9% (Capelas et al., 2020).

Para além das baixas taxas de referenciação acima explanadas, importa clarificar que as mesmas são, na sua maioria, realizadas em fases muito avançadas da doença, ou em doentes cujo prognóstico de vida é igual ou inferior a 15 dias (Capelas et al., 2018). Esta prática, mais comum que o expectável por parte dos profissionais de saúde, acontece muito devido a dúvidas, desconhecimento, ou até preconceito, no que concerne

à filosofia dos CP, que erradamente associam este tipo de cuidados ao fracasso e à morte e, como tal, consideram que a referenciação não deve acontecer enquanto o doente estiver em tratamento ativo (Capelas et al., 2018; Neto, 2020).

Contrariamente ao supramencionado, os CP “afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural” (p. 15), conferindo ao doente e família maior conforto e bem-estar (Neto, 2020). Neste âmbito, recorrer à identificação precoce e tratamento rigoroso de problemas não só físicos, como a dor, mas, também, psicossociais e espirituais é perentório, pois quando os CP são disponibilizados precocemente e em simultâneo com os cuidados curativos, o conforto e o bem-estar da pessoa e família encontram-se salvaguardados, uma vez que a prestação de cuidados adotou os princípios do modelo de cuidados colaborativo, que fomenta o efeito terapêutico global da intervenção (Organização Mundial da Saúde, 2002; Roth & Canedo, 2019).

Por conseguinte, identificar precocemente o doente oncológico com necessidade de CP promove o conforto e minimiza o sofrimento da pessoa e família, pois não se investe em cuidados desproporcionados e dos quais a pessoa não beneficia, pelo que “uma sistematização da identificação precoce dos doentes com necessidades de cuidados paliativos e a identificação dos seus sintomas” (p.79) é essencial (Neves, 2021; Neto, 2020).

Para tal, existe um conjunto de instrumentos e ferramentas que permitem identificar o doente oncológico com necessidade de CP. Destaco a Questão Surpresa, “Ficaria surpreendido se este doente morresse durante o próximo ano?”, que é um instrumento de prognóstico precoce, utilizada como uma estratégia simples e fiável, mas dada a sua complexidade não deve ser utilizada de forma isolada. Assim, considero que para uma identificação do doente com necessidades de CP mais precisa é essencial recorrer a outra ferramenta, como por exemplo a *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT – PT™), que complementa essa avaliação, sendo uma ferramenta simples e intuitiva, cujo objetivo prende-se com o reconhecimento de um conjunto de indicadores clínicos de doença avançada e/ou grave, que permita identificar os doentes que beneficiam de suporte em cuidados paliativos e, consequentemente, que requerem de uma avaliação holística e um planeamento de cuidados futuros individualizados, por parte da equipa multidisciplinar (Neves, 2021; *The University of Edinburgh*, n.d.).

Após a identificação do doente oncológico com necessidade de CP é igualmente importante identificar junto da pessoa e família o que os preocupa. De facto, em CP o

descontrolo sintomático é uma das grandes preocupações dos doentes, famílias e profissionais de saúde, dada a complexidade no controlo e resolução dos mesmos.

A dor é identificada como um dos sintomas mais frequentemente associado ao cancro e, portanto, o mais temido por quem o experiencia, dado o sofrimento que origina. Importa ainda elucidar, que a dor oncológica não é mais que a locução que caracteriza a dor de um doente oncológico, podendo esta assumir múltiplas etiologias, relacionadas ou não com a doença ou a progressão da mesma (Barbosa, 2016; Cardoso, 2014).

A dor é uma experiência pessoal, que varia de doente para doente e de acordo com a perceção que cada um lhe atribui, pelo que só pode ser descrito por quem o experiencia. É, então, considerada um sintoma complexo, subjetivo e multidimensional, pelo que a *International Association for the Study of Pain (IASP)* considerou necessário atualizar o conceito de dor enunciado em 1979, redefinindo-o e tornando-o mais amplo, ao caracterizar a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” complementado com seis pontos-chave que devem ser tidos em conta e podem ser observados no Anexo I (IASP, 2020).

No doente oncológico em situação paliativa, a dor é percebida de forma multidimensional e referida como uma sensação de dor imprecisa, assustadora ou insuportável, com episódios de dor intensa, que comprometem as atividades do quotidiano e induzem sofrimento, desespero e sensação de desamparo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2015). A dor oncológica é, então, definida como um conjunto de sensações simultâneas de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo, ao tratamento, ou às consequências da doença (CIPE, 2015).

Destarte, o controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa deve ser prioritário e realizado pelo profissional de saúde numa abordagem da “dor total”, onde cada dimensão assume destaque e é parte integrante do cuidar, pois só assim é possível promover o conforto e minimizar o sofrimento daí decorrente (Abejas et al., 2021).

1.2. A intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa

A dor provoca no doente oncológico em situação paliativa e família, grande

sofrimento, quer pela dificuldade no seu controlo, quer pela gravidade da sua situação clínica e limitações, bem como o aumento do grau de dependência na realização das atividades de vida diárias (Bico, 2023).

Neste sentido, a ausência de dor é um direito básico das pessoas que dela padecem e, como tal, é um dever ético do enfermeiro adequar e implementar medidas que promovam o alívio e o controlo eficaz da dor, humanizando e individualizando os cuidados (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

O enfermeiro, ao intervir junto do doente oncológico com dor em situação paliativa, deve ter em conta a multidimensionalidade deste sintoma, sendo premente a uniformização da sua avaliação, através da monitorização, caracterização e sistematização da sua intensidade, pois se a dor não for sistematicamente avaliada, não serão desenvolvidas intervenções adequadas ao alívio e controlo da dor, não permitindo a continuidade de cuidados efetivos com vista à promoção do conforto (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

Neste sentido, o enfermeiro detém de uma posição privilegiada de proximidade e contato, pois é o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente, pelo que assume o dever e a responsabilidade de proporcionar ao doente oncológico em situação paliativa o alívio e o controlo da sua dor, com vista à promoção do conforto.

Compreender os processos fisiopatológicos da doença oncológica e da dor são parte integrante do planeamento de cuidados, centrado no doente oncológico em situação paliativa e família, pelo que estabelecer uma relação terapêutica, envolvendo-os no processo de apreciação, intervenção e avaliação da dor é indispensável (Bico, 2023).

Visto que a singularidade e individualidade de cada doente influencia as suas perceções de dor, é essencial que a abordagem ao doente oncológico com dor em situação paliativa tenha em conta os seus sentimentos, crenças, valores, expectativas e preocupações. De facto, o doente, é o melhor avaliador da sua dor, pelo que o seu testemunho relativamente à dor que está a sentir, é a chave para um alívio e controlo da dor eficaz, conferindo-lhe maior conforto (Bico, 2023; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Dado o carácter subjetivo da dor, torna-se importante encontrar estratégias que permitam objetivá-la e atribuir-lhe propriedades mais concretas. A avaliação da dor é um exemplo disso mesmo, pois através de uma caracterização detalhada da dor, auxiliada por escalas validadas e adequada às especificidades de cada pessoa é possível elaborar

um plano terapêutico ajustado e que vá ao encontro das necessidades do doente oncológico em situação paliativa com dor.

O enfermeiro ao realizar a avaliação do doente oncológico com dor em situação paliativa deve fazê-lo de forma global, caracterizando a dor tendo em conta o início e a duração, a intensidade, a localização, o tipo, os fatores de alívio, de agravamento e precipitantes, a influência nas atividades de vida diárias, entre outros (Abejas et al., 2021).

Quanto à duração da dor, esta pode ser classificada em aguda ou crónica. A **dor aguda** tem uma duração inferior a três meses e surge com um “início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal/causal” (OE, 2008, p.25), assume um papel de alarme, sinalizando uma agressão, e atuando como um mecanismo de advertência e proteção do organismo, pelo que é considerado um sintoma de intensidade variável e cujo tratamento incide na eliminação da causa (Abejas et al., 2021; OE, 2008). Por outro lado, a **dor crónica** é “prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p.25). É, então, vista como uma doença, cuja intensidade não tem relação com o estímulo causal e que persiste no tempo com duração superior a três meses apesar do tratamento causal ter sido resolvido (Barbosa et al., 2016; OE, 2008).

No que concerne à intensidade da dor, esta deve ser mensurada, tendo em conta as escalas, que se encontram validadas e se adequam à população em estudo. A escala selecionada dever ser, preferencialmente, de **autoavaliação** e a mais adequada ao grau de compreensão do doente. Contudo, sempre que a situação clínica não o permita, existem escalas de **heteroavaliação** que podem ser utilizadas pelo profissional de saúde e focam nos comportamentos do doente com dor. Para além disso, as escalas podem ainda ser classificadas em **unidimensionais** que avaliam apenas uma dimensão da dor, especificamente a dimensão física, através da sua intensidade, pelo que são de fácil aplicabilidade e as **multidimensionais** que são mais amplas e abordam a experiência de dor como um todo, incluindo a dimensão física, sensitiva, emocional-afetiva e cognitiva, contudo, revelando-se mais complexas e morosas, pelo que são utilizadas em situações específicas do doente oncológico em situação paliativa (Ritto et al., 2017).

Dito isto, apenas farei referência às escalas, que considereei pertinente utilizar aquando da implementação deste projeto, deixando a ressalva que muitas outras se

encontram disponíveis. O recurso a escalas formais são um método simples e válido para monitorizar a dor, pelo que destaco as escalas de autoavaliação: Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa e Escala de Faces Revista; a escala de heteroavaliação Pain Assessment in Advanced Dementia e a escala multidimensional Inventário Resumido da Dor (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003); OE, 2008; Ritto, 2017).

Identificar a localização da dor e perceber se está presente em apenas uma parte do corpo ou várias, bem como se é uma dor localizada ou difusa é importante para adequar o tratamento. Também a forma como o doente a descreve, as várias manifestações e sensações face à dor que sente, permitem inferir acerca dos mecanismos fisiopatológicos, identificando o tipo de dor associado, podendo esta ser classificada em dor nociceptiva, neuropática ou mista (OE, 2008; Ritto et al., 2017).

A dor nociceptiva está associada a situações em que ocorre lesão tecidular e/ou alterações inflamatórias evidentes, está relacionada com estímulos dolorosos ou potencialmente dolorosos, podendo correlacionar a dor com o estímulo desencadeante. Este tipo de dor pode ainda ser classificada: em dor nociceptiva somática quando ativa os nociceptores periféricos cutâneos (pele) ou profundos (músculos e ossos), sendo facilmente localizável e identificável através das sensações de picadas ou pontadas, podendo ainda ser uma dor mais profunda se a sensação for difusa; e em dor nociceptiva visceral, quando esta tem origem na infiltração tumoral ou compressão/distensão de órgãos, irradia de forma difusa e profunda, é difícil de localizar e induz uma sensação de pressão, moimha ou cólica (Pagura & Júnior, 2018; Ritto et al., 2017; Rodrigues, 2013).

A dor neuropática surge como “consequência direta de lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial” (Ritto et al., 2017, p.203), ou seja, surge quando as estruturas do sistema nervoso estão afetadas, manifestando-se através de sensações de formigueiro, queimadura, “choques elétricos” e parestesias. Este tipo de dor, como não apresenta uma localização exata e tende a persistir continuamente e é de difícil controlo, pois não cede aos tratamentos convencionais (Raposo et al., 2015; Ritto et al., 2017).

A dor mista é um tipo de dor que inclui características quer da dor nociceptiva, quer da dor neuropática. De facto, a mistura de mecanismos de dor que se encontram, frequentemente, associados a este tipo de dor, também se encontram associados ao doente oncológico e à dor que estes experienciam (Raposo et al., 2015; Ritto, et al., 2017).

Para além do supramencionado, o enfermeiro deve avaliar o doente oncológico em situação paliativa com dor num conceito mais vasto, onde a dor total assume destaque. Se centrarmos os cuidados de alívio de dor no doente oncológico em situação paliativa, facilmente entendemos que a dor é muito mais abrangente do que a dor de lesões físicas, pois em muitas situações, a dor mais angustiante é o confronto com a perda do sentido de vida ou a finitude da mesma. Assim, intervir em todas as dimensões da dor é a chave para a promoção do conforto da pessoa e família (Abejas et al., 2021; OE, 2008).

Perante o exposto, é notório a importância da avaliação do doente oncológico em situação paliativa com dor, pois é através dela que se estabelece um plano de tratamento multifatorial centrado na pessoa. A intervenção farmacológica por si só não é sempre eficaz, pelo que torna-se premente incluir práticas integrativas que promovam o cuidado mais humanizado da pessoa. Assim, as intervenções não farmacológicas, revelam-se uma alternativa terapêutica equilibrada, segura e bem tolerada, que em associação com as intervenções farmacológicas potenciam o efeito terapêutico global de alívio e controlo da dor, com vista à promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa (Abejas et al., 2021; Ercolani et al., 2018; Esteves, 2019; Peixoto, 2016).

Deste modo, o enfermeiro no seio de uma equipa multidisciplinar intervém de forma ativa no alívio e controlo da dor, com vista à promoção do conforto, quer através de intervenções autónomas, quer através de intervenções interdependentes.

Foi nesta ordem de ideias, e com o intuito de promover o conforto do doente oncológico em situação paliativa, através do alívio da dor, que realizei uma revisão de *scooping* (Apêndice IV), cujo objetivo consistiu no mapeamento da evidência disponível face à intervenção do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico com necessidades paliativas. Dos resultados obtidos, compreende-se a necessidade e a importância da complementaridade das intervenções farmacológicas com as intervenções não farmacológicas, entre as quais a intervenção comunicacional, a educação em saúde e a intervenção adjuvante no controlo da dor.

1.3. Referenciais teóricos de enfermagem

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor em situação paliativa, requer por parte do enfermeiro um cuidado humanizado e rigoroso, baseado em pressupostos científicos e filosóficos, que só a sustentação teórica através

de modelos e teorias podem proporcionar. Fundamentar a prática clínica nos referenciais teóricos permite focalizar nas informações importantes, em detrimento dos dados irrelevantes, e dar sentido à prática, pois só assim podemos contribuir para a satisfação das necessidades do doente e família, promovendo o seu conforto e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Ribeiro et al., 2021).

A filosofia de cuidados que orientou a minha intervenção, aquando do desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, nos contextos clínicos onde passei, reuniu contributos importantes da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006).

A Teoria do Conforto procura encaminhar a enfermagem para uma prática humanista e centrada nas necessidades dos utentes, independentemente do contexto (Tomey et al., 2004). Esta teoria integra a categoria das necessidades humanas, pois baseia-se nas necessidades dos doentes (Kolcaba, 2001), neste contexto, o doente oncológico com dor em situação paliativa. É também considerada uma teoria de médio alcance, uma vez que é caracterizada como operacionalizável, concreta, adaptável, humanista e apresenta uma linguagem simples permitindo facilmente a sua aplicabilidade em qualquer contexto (Kolcaba, 2001; Tomey et al., 2004).

À luz desta teoria, as intervenções devem ser projetadas e implementadas para dar resposta às necessidades de conforto do doente oncológico em situação paliativa e família, no que ao alívio da dor diz respeito, pelo que o conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido, ao ver as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos da experiência, físico, psicoespiritual, ambiental e social (Kolcaba & Fisher, 1996).

Tendo em conta a definição de conforto anteriormente explanada, importa esclarecer acerca dos três tipos de conforto: alívio – “a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica”, tranquilidade – “estado de calma e contentamento” e transcendência – “a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento” (Tomey et al., 2004, p.485).

É ainda pertinente abordar os contextos nos quais o doente experiencia o conforto, nomeadamente: o **físico**, relacionado com as sensações do corpo e a componente fisiológica; o **psico-espiritual**, que diz respeito à autoconsciência, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; o **ambiental**,

relativo às influências externas existentes no meio envolvente; e o **social**, referente às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003; Tomey et al., 2004).

A Teoria do Conforto enuncia que quando o doente se depara com situações de saúde potencialmente stressantes, os enfermeiros são os elementos-chave na satisfação das necessidades de conforto identificadas como não satisfeitas pelos doentes. Contudo, o conforto do doente oncológico em situação paliativa só será conseguido se as intervenções de enfermagem implementadas forem eficazes e bem-sucedidas, na gestão e alívio da dor. É ainda perceptível que as necessidades de conforto da pessoa, são motivadas por expectativas, pelo que esperam que os cuidados de enfermagem sejam prestados de forma holística. Assim, os resultados alcançados promovem uma maior satisfação do doente e família e, conseqüentemente, um maior envolvimento no seu plano de cuidados e em comportamentos promotores de saúde (Kolcaba, 2001).

Destaco ainda três dos pressupostos desta teoria: o facto de a pessoa ter respostas holísticas no que concerne aos estímulos complexos; procurarem por satisfazer as suas necessidades de conforto ou para que as satisfaçam; e a integridade institucional assenta num sistema de valores centrado na pessoa (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001).

A par do conforto, cuidar é a essência da enfermagem e reflete os ideais do cuidado humanista, pelo que promover uma cultura de cuidados centrada no doente oncológico com dor em situação paliativa, cuja sua experiência e expectativa vem em primeiro lugar é essencial (McCormack, 2019). Assim, o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa assume uma perspetiva única na enfermagem, pois interliga conceptualmente o cuidado e a centralização da pessoa e família (McCormack & McCance, 2006).

Este modelo enuncia que os cuidados de enfermagem assentam no cuidado centrado na pessoa com crenças e valores próprios, marcado pelo seu envolvimento na tomada de decisão e na supressão das necessidades apresentadas, tendo em conta quatro aspetos primordiais: pré-requisitos, que destacam os atributos do enfermeiro; o ambiente de cuidados, que diz respeito ao contexto onde os cuidados são prestados; o processo centrado no doente; e os resultados esperados de uma prestação de cuidados eficaz e centrada na pessoa e família, que inclui a satisfação com o cuidado, o envolvimento na prestação de cuidados, a sensação de bem-estar e a promoção de um ambiente terapêutico, onde a tomada de decisão é compartilhada e o trabalho em equipa é notório (McCormack & McCance, 2006).

2. Execução das Atividades Previstas

O presente relatório de estágio espelha o meu percurso formativo, no desenvolvimento do projeto de intervenção. Este foi pensado e operacionalizado segundo a metodologia de projeto, que consiste numa “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, sendo promotora de uma prática fundamental e baseada em evidência” (Ruivo et al., 2010, p.2). A dinâmica deste processo, traduz-se na flexibilidade dos procedimentos, que se vão desenvolvendo, adaptando e reorganizando ao longo do tempo, bem como na reflexão baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática e participativa, identificando problemas e resolvendo-os (Ruivo et al., 2010).

Assim, este capítulo vem concretizar o pressuposto da última etapa da metodologia, a de divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010) assumindo um papel importante na exposição do projeto, na pertinência do mesmo e no caminho percorrido até à resolução do problema previamente identificado, procurando dar resposta à questão de partida: *“Quais as intervenções do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa?”*.

Importa clarificar, que no decorrer do presente relatório serão evidenciadas todas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, bem como as estratégias utilizadas para a obtenção dos resultados esperados, que após a sua conclusão concorrem para a consecução dos objetivos previamente definidos.

Assim sendo, as estratégias utilizadas foram: a pesquisa bibliográfica na EBSCOhost, no Google Académico e nas várias bases de dados eletrónicas, nomeadamente na *Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature* e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, complementando os conteúdos programáticos abordados nas aulas teóricas; a realização de uma Revisão de *Scoping* com o intuito de mapear a evidência disponível relativamente à intervenção do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto; a prática reflexiva, quer individualmente, quer partilhada, de situações enriquecedoras e promotoras de questionamento, reflexão e alteração de comportamentos na prática clínica, induzindo a necessidade da materialização dessa prática reflexiva em reflexões de aprendizagem, elaboradas à luz do ciclo reflexivo de Gibbs; a observação da prática clínica e a prestação de cuidados baseada na evidência; a

realização de sessões de formação; a elaboração de documentos de apoio à prática clínica revistos por peritos; a consulta de peritos e a partilha de experiências.

A execução e a concretização das atividades foi possível devido à realização de estágios clínicos em quatro contextos especializados no tema em estudo. A escolha dos locais, foi realizada de forma intencional e criteriosa, tendo em conta: as multiplicidades de experiências que me proporcionariam; a aquisição de conhecimentos e aprendizagens no que diz respeito à prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa com dor, promovendo o seu conforto, quer em regime de internamento, quer em regime de consultas; o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista e Mestre na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica; e o contato com as diversas dinâmicas da prática clínica diária dos vários contextos por onde passei.

Integrar as diferentes equipas especializadas, nos vários contextos clínicos, com filosofias e dinâmicas de cuidados próprias, revelou-se preponderante para o desenvolvimento do *know-how* na área em estudo, permitindo a sua disseminação, no contexto profissional onde exerço funções.

De ressaltar, que este capítulo foi dividido em cinco subcapítulos, que correspondem a cada local de estágio, na ordem temporal em que decorreram, o último subcapítulo diz respeito ao local onde exerço funções e, que apesar de não ter realizado estágio clínico no serviço, procedi à realização das atividades definidas previamente.

Em cada subcapítulo serão explanados os objetivos traçados para cada contexto clínico, as atividades desenvolvidas para a consecução dos mesmos, bem como o seu contributo para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista e mestre a que me propus, com vista a atingir o objetivo geral delineado, que é transversal aos quatro campos de estágio e consiste em desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro especialista e de mestre no âmbito da intervenção do enfermeiro no controlo da dor como medida promotora de conforto à pessoa com doença oncológica e família em situação paliativa.

2.1. Unidade Cuidados Paliativos A

A UCP A foi o primeiro contexto clínico que integrei, sendo que o estágio decorreu no período compreendido entre 26 de setembro e 28 de outubro de 2022, com uma duração total de cinco semanas. Durante este período acompanhei o Enfermeiro

Orientador, no desempenho das suas funções, podendo observar atentamente as intervenções adotadas por peritos aquando da prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa com dor, promovendo o seu alívio e conforto, bem como intervir junto destes.

A UCP A caracteriza-se por ser uma unidade especializada, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que presta cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença avançada, progressiva e incurável, bem como à sua família e cuidador, respeitando a individualidade e singularidade de cada pessoa, numa visão humanista e holística, conforme preconiza a *European Association for Palliative Care* (2009). No decorrer da sua atividade, a equipa multidisciplinar especializada, procura prestar cuidados de saúde de máxima qualidade à pessoa e família, contribuindo para o conforto e bem-estar bio-psico-social e espiritual, através de cuidados clínicos integrados no controlo eficaz de sintomas, e na resposta ativa e global às suas necessidades, proporcionando um ambiente seguro, confortável e humanizado.

No que concerne ao objetivo geral previamente definido e mencionado, que me propus atingir, considere necessário definir quatro objetivos específicos, que após cumpridas as atividades definidas para cada um deles, concorrem para a sua consecução.

O primeiro objetivo específico estabelecido foi **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar e as suas dinâmicas”**. Para tal, delinee cinco atividades que considere importantes para a concretização deste objetivo, nomeadamente: apresentação e discussão do projeto de intervenção à equipa de enfermagem e à chefia do serviço; visita guiada às instalações da unidade; consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos dos doentes; observação da passagem de turno e prestação de cuidados ao doente; entrevista informal aos enfermeiros do serviço acerca do funcionamento do serviço e a sua organização.

A integração na equipa de enfermagem da UCP A foi um processo progressivo, mas bastante enriquecedor. Comecei por me apresentar ao enfermeiro orientador, esclarecer o propósito do meu estágio na UCP A e dar a conhecer pormenorizadamente o projeto de intervenção, que pretendo operacionalizar. O enfermeiro orientador fez alguns comentários e sugestões, considerando o tema em estudo pertinente. De seguida, na visita guiada às instalações da unidade foram-me fornecidas algumas particularidades

e informações importantes referentes à sua caracterização, organização e funcionalidade.

Após conhecer a equipa, reuni com a Enfermeira Chefe e apresentei-lhe o projeto de intervenção, fazendo referência aos objetivos definidos, às atividades que pretendia desenvolver para a sua concretização e às competências que esperava desenvolver no decorrer do estágio. Relativamente à apresentação do projeto aos restantes elementos da equipa, e perante a impossibilidade de ser apresentado formalmente, considerou-se viável a exposição do mesmo à equipa multidisciplinar de forma informal, sempre que fosse oportuno, quer nas passagens de turno, quer nas reuniões multidisciplinares.

As conversas informais com o enfermeiro orientador e os restantes elementos da equipa foram importantes para dar resposta a um conjunto de questões orientadoras, que criei para perceber melhor a estrutura organizativa e funcional da unidade, dando origem a um documento com a caracterização da UCP A (Apêndice III).

Com o decorrer do estágio também me fui apropriando da dinâmica funcional da equipa, quer através da observação da prática clínica dos peritos e das suas interações com os doentes e famílias e restante equipa multidisciplinar, quer através da consulta dos processos clínicos dos doentes e de documentos de apoio à prática. A não existência de protocolos de intervenção na UCP A, não inviabiliza de forma alguma a celeridade e qualidade dos cuidados, pois estes são igualmente prestados de forma holística, centrados na pessoa e família, respeitando a individualidade e singularidade de cada um, promovendo o alívio da dor e o conforto. Em cada processo clínico consultado era notório a existência de um plano de cuidados integrado e centrado na pessoa e família, com intervenções holísticas, ajustadas à sua situação clínica (Arnauts & Cavalheiri, 2021).

O papel do enfermeiro orientador foi preponderante para o enriquecimento do meu estágio, facilitando o acesso a múltiplos momentos de aprendizagem. Também, o acolhimento de toda a equipa multidisciplinar, a partilha de experiências, a disponibilidade demonstrada, o profissionalismo e a prontidão com que sempre responderam às questões/dúvidas colocadas, revelou-se fundamental na concretização deste objetivo, de facto, “a receptividade da equipe de enfermagem se torna essencial para o desenvolvimento das atividades pelo discente, em que o apoio e o acolhimento da equipe de saúde estão entre as suas expectativas” (Ramos et al., 2022, p.11).

Considero que a concretização deste objetivo, permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do “autoconhecimento e a assertividade”, pois a prática da metacognição que procurei integrar diariamente, potencializou o meu processo de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Também a identificação dos diferentes papéis e funções da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, integrando-os no cuidar holístico e centrado na pessoa, revelou-se uma mais-valia no cuidar ao doente oncológico em situação paliativa com dor, dando resposta às suas necessidades (*European Oncology Nursing Society* [EONS], 2022). A consulta dos vários documentos de apoio e dos processos clínicos existentes propiciou ainda, o desenvolvimento de competências de mestre, “integrar conhecimentos (...) em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho).

O segundo objetivo específico consistiu em **“Identificar as necessidades do doente oncológico em situação paliativa, as intervenções e os resultados de enfermagem na prevenção e controlo da dor”**. Para este fim e, tendo em conta que o desenvolvimento de conhecimentos provém da associação da melhor evidência científica, com a prática clínica experienciada do profissional de saúde, mas também da preferência da pessoa e família (Schneider et al., 2018), considerei necessário, desenvolver quatro atividades, que contribuíssem para a identificação das necessidades do doente oncológico em situação paliativa, no que concerne à prevenção e controlo da dor e, por conseguinte, ao cumprimento deste objetivo.

As atividades definidas consistem: na pesquisa bibliográfica sobre o tema; na observação da prática de cuidados de enfermagem; na elaboração e utilização de um documento com a apreciação, a intervenção, a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor; e na colaboração na prestação de cuidados a doentes oncológicos em situação paliativa.

Perante o descrito, começo por salientar a importância da pesquisa bibliográfica atual e relevante, disponível para orientar a prática de enfermagem de forma a promover o conforto, através do controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa.

Foi nesta ordem de ideias, que surgiu a necessidade de mapear a evidência disponível relativamente à intervenção do enfermeiro no controlo da dor do doente

oncológico em situação paliativa, bem como na identificação de futuras áreas de investigação do tema em estudo, com vista à promoção do conforto desta população. Para tal, realizei uma Revisão de *Scoping*, intitulada “A Intervenção Especializada do Enfermeiro no Controlo da Dor do Doente Oncológico em Situação Paliativa: Revisão de *Scoping*” (Apêndice IV). Dos resultados obtidos, emergiram dados relevantes para a prestação de cuidados de conforto no que concerne à apreciação e intervenção no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, que o enfermeiro tem o dever de integrar no plano de cuidados integrado, com vista ao alívio ou supressão desta necessidade.

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista ao basear a “praxis clínica especializada em evidência científica”, na medida em que “contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4749), mas também, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, ao fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho).

Como referi anteriormente, o conhecimento provém da evidência científica, mas, também, da prática clínica experienciada. A segunda atividade vem ao encontro disso mesmo, pois consiste na observação da prática de cuidados de enfermagem realizada por peritos, concedendo-me a oportunidade de identificar as intervenções, os comportamentos e as atitudes dos enfermeiros, no âmbito da promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa ao verem a sua dor aliviada.

Ao colaborar com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados à pessoa e família, constatei ainda, que a identificação e a avaliação das necessidades é realizada através da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton no momento do acolhimento e sempre que exista descontrolo sintomático.

De facto, na UCP A a filosofia dos CP encontra-se patente e a intervenção da equipa, não se esgota no controlo da dor física. A observação criteriosa da mesma, permitiu-me inferir que a prestação de cuidados à pessoa e família tem em conta a multidimensionalidade da dor e as intervenções adotadas respeitam a individualidade e singularidade da pessoa e família. Os ritmos, as preferências, os desejos e as necessidades de quem cuidam, sobrepõem-se às rotinas, que tendem a existir em

instituições hospitalares (Carvalhais & Sousa, 2011). Na UCP A os cuidados de promoção de conforto são centrados na pessoa e família e assegurados no contexto físico, psicoespiritual, ambiental e social (Kolcaba & Fisher, 1996).

A colaboração na prestação de cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, com vista à promoção do conforto, permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que “agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, bem como “promover a proteção dos direitos humanos” também no domínio da melhoria contínua da qualidade, considero ter desenvolvido competências ao “mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4746-4747).

Para além destas competências, a realização da atividade descrita, permitiu-me ainda “cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal (...) aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” desenvolvendo competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação paliativa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, p.19365), bem como realizar uma avaliação holística das necessidades e preocupações do doente oncológico com necessidades paliativas e fornecer intervenções de enfermagem apropriada para promover conforto e dignidade (EONS, 2022).

Como referi no enquadramento teórico, a avaliação do doente oncológico com dor em situação paliativa deve ser realizada de forma global e centrada na pessoa e família. O carácter subjetivo da dor, leva o enfermeiro a adotar estratégias, que permitam objetivá-la e atribuir-lhe propriedades mais concretas, caracterizando-a tendo em conta o início e a duração, a intensidade, a localização, o tipo, os fatores de alívio, de agravamento e precipitantes, a influência nas atividades de vida diárias, entre outros aspetos (Abejas et al., 2021).

Deste modo, julguei pertinente e necessário construir, com base na evidência científica consultada, na observação da prática clínica, na prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa e na experiência profissional, um *“Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa”* (Apêndice V), que permitisse sistematizar e orientar a

prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa, controlando a dor e promovendo o seu conforto.

Este instrumento encontra-se dividido em três etapas: apreciação, que contempla os dados pessoais e clínicos da pessoa com dor, a avaliação completa e rigorosa da dor (localização, intensidade, tipo, irradiação, evolução, intensidade, duração, fatores desencadeante e fatores de alívio, influência da dor nas atividades de vida diárias e a multidimensionalidade da dor), e a avaliação do conforto; intervenção, que consiste na elaboração do plano terapêutico integrado, mediante as informações previamente recolhidas, fazendo referência à intervenções farmacológica e à intervenção não farmacológica, que devem ser adotada em complementaridade. De salientar ainda, que neste campo encontram-se explanadas um conjunto de intervenções não farmacológicas provenientes dos resultados da revisão de *scoping* e que podem ser facilmente integradas e adotadas pelos enfermeiros no plano de cuidados da pessoa oncológica com dor em situação paliativa; e por último a avaliação da intervenção de enfermagem, onde é avaliada a sua eficácia e a necessidade ou não de ajustar o plano terapêutico em vigor.

Posteriormente, o instrumento foi apresentado ao enfermeiro e docente orientador, que após a sua análise, reflexão e sugestões de melhoria, consideraram-no aplicável à prática de cuidados e passível de ser utilizado. Neste âmbito, aquando da colaboração na prestação de cuidados preenchi o instrumento relativamente a cinco doentes oncológicos em situação paliativa com dor. Em cada uma das situações partilhei e refleti com o enfermeiro orientador acerca dos dados colhidos, das intervenções a adotar, dos resultados esperados e da avaliação dos mesmos, revelando-se uma mais-valia para a centralidade dos cuidados no controlo deste sintoma, que tanta angústia e sofrimento acarreta para quem dela padece.

Contudo, apesar de o instrumento cumprir com o propósito para que foi desenvolvido, a aplicabilidade do mesmo e a partilha de reflexões com o enfermeiro orientador levantou questões relativamente à sua extensão, pelo que a construção de um *“Algoritmo de Suporte à Tomada de Decisão em Enfermagem na Prevenção e Controlo da Dor”* (Apêndice VI), que compilasse a informação disposta no instrumento de forma simplificada e resumida. Esta versão-resumo surge como facilitadora da intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo da dor, induzindo o raciocínio clínico e promovendo

o conforto do doente oncológico. Apesar de não ser uma atividade previamente planeada, revelou-se bastante vantajosa e útil para a prestação de cuidados.

Neste sentido, o *“Algoritmo de Suporte à Tomada de Decisão em Enfermagem na Prevenção e Controlo da Dor”* (Apêndice VI) assenta em seis princípios, que orientam a intervenção de enfermagem na prevenção e controlo da dor. São eles:

1. O algoritmo inicia-se com a identificação da dor descontrolada (Sim/Não);
2. Se dor controlada, o enfermeiro deve continuar a monitorizar este sintoma;
3. Se dor descontrolada o enfermeiro deve proceder à apreciação da pessoa, permitindo à pessoa/família caracterizar a dor (localização, tipo, irradiação, duração, intensidade, fatores de exacerbação e fatores de alívio); identificar a dimensão da dor comprometida (física, emocional, espiritual e social/familiar); identificar o impacto nas atividades de vida diárias; e identificar o impacto no conforto.
4. Identificada a história da dor e o descontrolo da mesma, existe a necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar: intervenção não farmacológica e intervenção farmacológica (articulação com a equipa médica, se não existe terapêutica de base instituída; ou se existe terapêutica basal e de resgate instituída, cumprir com protocolo, vigiar possíveis efeitos secundários e avaliação sistemática da sua presença e interferência no conforto da pessoa);
5. Avaliar intervenção de enfermagem instituída: se dor controlada, monitorizar; se dor descontrolada reiniciar a apreciação da pessoa e rever intervenções; se persistir dor descontrolada, reunir com a equipa multidisciplinar, tomar decisões em conjunto e caso necessário pedir apoio de peritos;
6. Registar a apreciação da pessoa, documentando a caracterização da dor, a intervenção não farmacológica e farmacológica realizada e a eficácia da mesma no alívio da dor e do conforto.

Importa clarificar que a elaboração quer do *“Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa”*, quer do *“Algoritmo de Suporte à Tomada de Decisão em Enfermagem na Prevenção e Controlo da Dor”* revelou-se um processo dinâmico, pois apesar de serem iniciados neste contexto clínico, as múltiplas aprendizagens e experiências proporcionadas nos vários

contextos, induziram a reformulações de melhoria, pelo que só foram dados como concluídos no término de todos os estágios.

A meu ver, a elaboração destes instrumentos permitiu-me desenvolver competências de mestre ao “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho), contribuindo também, para a consecução deste objetivo específico.

O terceiro objetivo específico enunciado pretende **“Identificar o registo efetuado acerca da prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa”**. Para este fim, a atividade delineada consistia na consulta dos registos de enfermagem dos enfermeiros no âmbito da prevenção e controlo da dor.

Os registos de enfermagem são indissociáveis da prática clínica, pois concedem informações importantes acerca do estado geral da pessoa, pelo que são considerados uma fonte de dados vantajosa e propícia à tomada de decisões, quando realizados de forma precisa, clara, completa e autêntica (Ribeiro, 2021).

A forma como os registos de enfermagem são documentados pode interferir na forma como estes são percecionadas pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar, na medida em que os registos espelham as intervenções adotadas pelo enfermeiro, junto da pessoa, quer estas se revelem benéficas ou não para o controlo da dor e promoção do conforto (Ribeiro, 2021). Neste sentido, é impreterível a partilha de informações, não só para os pares, como também, para a restante equipa, uma vez que permitem a tomada de decisão conscienciosa e asseguram a continuidade dos cuidados, a qualidade dos mesmos e a segurança na prestação de cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, com vista à promoção do conforto (Ribeiro, 2021).

Foi nesta ordem de ideias, que considerei importante, no sentido da minha aprendizagem, sistematizar os aspetos que emergem nos registos de enfermagem dos enfermeiros peritos da UCP A. Primeiramente, conversei com o enfermeiro orientador e partilhei o que tinha pensado para a concretização desta atividade. Após refletirmos e delinearmos a melhor estratégia a utilizar, solicitei autorização junto da enfermeira chefe para a consulta dos registos de enfermagem, no que à dor diz respeito. Após aval positivo, procedi a uma observação generalista, que me permitisse perceber quais os elementos incluídos nos registos de enfermagem do doente oncológico, no que concerne à avaliação

da dor e, após essa percepção, elaborei uma checklist com os aspetos observados nos registos realizados pelos enfermeiros quanto à apreciação da dor, à intervenção de enfermagem adotada e a avaliação dos resultados decorrentes dessa intervenção.

Assim sendo, no documento intitulado *“Checklist dos Registos de Enfermagem no âmbito da Prevenção e Controlo da Dor”* (Apêndice VII) sobressaem três aspetos: a apreciação da dor, que inclui as características da dor e a influência que acarreta para a pessoa no desempenho das atividades de vida diárias, indo ao encontro da importância da sua multidimensionalidade para a promoção do conforto da pessoa e família; a intervenção de enfermagem, inclui a intervenção de enfermagem farmacológica e/ou não farmacológica adotada, tendo em conta o plano terapêutico da pessoa e os seus desejos no que concerne às medidas de alívio para a dor, centrando os cuidados e adequando à individualidade e singularidade da pessoa de quem cuidam; por fim, é igualmente importante avaliar o resultado da intervenção de enfermagem adotada e verificar a eficácia da mesma, podendo ser ou não necessário reformular o plano de cuidados e as intervenções a adotar.

Por conseguinte, considero que esta atividade veio reforçar a importância que os registos de enfermagem assumem na prestação de cuidados e na continuidade dos mesmos, pelo que é notória a preocupação que os enfermeiros da UCP A têm em documentar a abordagem adotada perante o doente oncológico com dor, com vista ao seu alívio, contribuindo, igualmente, para a promoção do conforto.

Deste modo, concluo que esta a atividade levou à consecução do objetivo específico delineado e, conseqüentemente, potenciou o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente: “identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”, “interpreta (...) resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4749), permitiu-me ainda reconhecer a importância da continuidade eficaz dos cuidados entre os vários profissionais de saúde, desde o tratamento ativo até ao fim de vida (EONS, 2022).

O quarto e último objetivo específico consistiu em **“Analisar a prática de cuidados”**. Para a sua concretização, foi delineada apenas uma atividade, que corresponde à reflexão de um evento significativo da observação da prática de cuidados.

A imersão nos vários contextos de saúde, através dos estágios clínicos, promove a articulação dos conhecimentos previamente adquiridos em contexto teórico com a prática clínica, isto, porque é no contato com a realidade e com as situações práticas reais, que surge a necessidade de pensar crítica e reflexivamente acerca do observado e vivido, perspetivando a tomada de decisões mais conscienciosas, a alteração de comportamentos na prática profissional e, conseqüentemente, o desenvolvimento de competências (Netto & Silva 2018).

A prática reflexiva é indispensável no contexto clínico, dado que propicia o crescimento intrínseco do enfermeiro através de uma “reflexão-na-ação”, pois quando problematizamos a prática clínica e refletimos sobre ela, desenvolvemos conhecimentos que nos permitem encontrar uma solução lógica para os problemas identificados (Netto et al., 2018). De facto, “fazer fazendo reflexivamente” estimula a autoconsciência, o pensamento crítico e reflexivo, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e permite o desenvolvimento de competências (Netto et al., 2018).

No decorrer do estágio na UCP A, presenciei múltiplos momentos reflexivos entre a equipa multidisciplinar, quer para a partilha de ideias e pensamentos, quer para a discussão de casos clínicos analisando o melhor plano terapêutico a ser proposto, bem como para manifestar dúvidas e preocupações. Efetivamente, a existência de reuniões semanais, entre a equipa multidisciplinar potenciava a prática reflexiva e permitia a participação, a colaboração e a tomada de decisão coletiva, onde a partilha de conhecimentos e competências dos vários profissionais se complementava e permitia o planeamento de cuidados conjunto centrado na individualidade e singularidade da pessoa e família (Neto, 2020; Santos-Moura, 2022).

Neste período, tive ainda a oportunidade de vivenciar inúmeros momentos de aprendizagem enriquecedores e, indutores de reflexão e do pensar criticamente, quer através das experiências que observei, quer através da minha ação na prática clínica. Todos estes momentos, acarretaram autoquestionamento e motivaram a articulação dos conhecimentos apreendidos na teoria com os da prática, facilitando o meu processo de metacognição, ou seja, a partilha de reflexões com o enfermeiro orientador, e a partilha de experiências com os pares e com as pessoas cuidadas permitiram-me analisar a minha forma de pensar, organizando as ideias e os pensamentos e transformando-os em novos

conhecimentos, que se revelaram ferramentas úteis na tomada de decisão de outros eventos e na resolução de problemas (Espindola, 2021).

As várias situações da prática de cuidados que vivenciei, incitaram-me a refletir, a pensar criticamente e, posteriormente, a partilhá-las e analisá-las com o enfermeiro orientador e com os vários elementos da equipa.

Uma das situações, que me levou a desenvolver a minha prática reflexiva está relacionada com a continuidade dos cuidados, no que concerne ao controlo da dor e promoção do conforto do doente oncológico, e a importância que os registos de enfermagem têm neste âmbito. Assim, revela-se dever do enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados, registando de forma completa e rigorosa a apreciação, a intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor, com vista à promoção do conforto da pessoa e família (OE, 2008; Ribeiro, 2021).

Neste sentido, a reflexão que considero pertinente destacar e materializá-la por escrito, redigindo-a segundo a metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice VIII), versa sobre a forma como os registos de enfermagem relativos à dor são realizados no meu contexto de cuidados. Esta reflexão permitiu-me pensar criticamente sobre o tema, articular os conhecimentos teóricos provenientes da evidência científica com os conhecimentos adquiridos da reflexão-na-ação, partilhando-os com o enfermeiro orientador e discutindo sobre eles.

Dito isto, considero que a prática reflexiva realizada no decorrer deste estágio foi bastante enriquecedora e importante para a consecução do quarto objetivo específico, mas também para o meu desenvolvimento profissional, concedendo-me a oportunidade de reconhecer a importância da comunicação clara e eficaz entre a equipa multidisciplinar, na transmissão de informações de suporte à pessoa e família (EONS, 2022); de desenvolver competência de mestre ao “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos (...) os desenvolve e aprofunde” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho, p.3842); e ainda desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente: no âmbito do autoconhecimento e assertividade, ao deter “consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e ao “gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (p. 4749); e no âmbito “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, pois

“rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4750).

2.2. Unidade de Dor A

O segundo contexto clínico decorreu na Unidade de Dor A. Este caracteriza-se por ser um centro de referência, diferenciado e especializado na área da gestão da dor crónica (oncológica e não oncológica), constituída por profissionais peritos na área, que procuram na sua prática de cuidados integrar a melhor evidência científica disponível, conforme preconiza a DGS no Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008).

A Unidade de Dor A tem como missão prestar cuidados diferenciados a doentes de todos os grupos etários, referenciados, portadores de Dor Crónica (oncológica e não oncológica) em contexto hospitalar ou domiciliário, disponibilizando um conjunto de tratamentos invasivos e não invasivos, farmacológicas e não farmacológicas, através da elaboração de um plano terapêutico integrado contribuindo para a sua melhoria clínica, proporcionando-lhes o alívio da dor e, por conseguinte, conforto e qualidade de vida.

A Unidade de Dor A, ao prestar cuidados especializados no âmbito da dor crónica, desempenha um papel essencial no apoio aos doentes da comunidade, através dos vários serviços que oferece, nomeadamente: consulta presencial médica e de enfermagem, consulta telefónica de enfermagem, consulta de psicologia clínica, consulta de nutrição e dietética e um conjunto de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, entre os quais bloqueio de nervos periféricos ecoguiados/ bloqueio central/ neuroestimulação medular; infiltração de pontos dolorosos; radiofrequência; ozonoterapia; diatermia/ estimulação muscular alta frequência e bandas neuromusculares/ massagem terapêutica; musicoterapia. Para além disso, esta equipa realiza ainda consultadoria aos vários serviços de internamento do hospital onde está integrada.

A escolha do segundo contexto clínico prendeu-se com a possibilidade de contactar com uma equipa diferenciada e especializada, que procura proporcionar às pessoas de quem cuidam um plano terapêutico integrado, onde as intervenções não farmacológicas também são tidas em consideração e revelam-se eficazes no alívio da dor, revelando-se um complemento terapêutico equilibrado, seguro e bem tolerado, pelo que ter a oportunidade de observar a intervenção de enfermeiras especializadas no controlo da dor através de medidas não farmacológicas, foi fundamental (Peixoto, 2016).

Este estágio clínico decorreu no período compreendido entre 31 de outubro e 11 de novembro de 2022, com uma duração total de duas semanas. Dado o pouco tempo de estágio neste contexto, para além de ter acompanhado a Enfermeira Orientadora no desempenho das suas funções, tive ainda a oportunidade de acompanhar as restantes enfermeiras da equipa nas várias intervenções que realizavam, por forma a proporcionarem-me o máximo de momentos de aprendizagem e de reflexão neste período, contribuindo assim, para o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito do controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa.

Em seguida, serão desenvolvidos os objetivos específicos, bem como as atividades realizadas para lhes dar resposta e que contribuem para a concretização do objetivo geral mencionado no início do capítulo.

O primeiro objetivo específico definido foi **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar e as suas dinâmicas”**. Para isso delineeii quatro atividades, que considereii indispensáveis: apresentação e discussão do projeto de intervenção à equipa de enfermagem e à chefia do serviço; visita guiada às instalações da unidade; consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos dos doentes; entrevista informal aos enfermeiros do serviço acerca do funcionamento do centro e a sua organização.

À semelhança do que aconteceu no primeiro contexto clínico, comecei por conhecer os vários elementos da equipa multidisciplinar e realizar uma visita às instalações da Unidade da Dor A. Posteriormente, reuni com a enfermeira orientadora e apresentei detalhadamente o meu projeto de intervenção, onde revelei os objetivos preconizados para este estágio, as atividades que pretendia realizar e as competências que esperava desenvolver. Perante o exposto a enfermeira considerou o tema do projeto interessante, mas alertou para a possibilidade de durante o período de estágio, a população em estudo ser inferior ao expectável, pelo que sugeriu a inclusão de todas as pessoas com dor, que a Unidade da Dor A acompanha, independentemente da patologia, de modo a enriquecer as minhas experiências de aprendizagem.

Perante o curto período de estágio, a enfermeira orientadora sugeriu realizarmos um plano de aprendizagem, adaptado à minhas necessidades e que permitisse ter a oportunidade de observar e colaborar nos vários procedimentos, que a Unidade de Dor A realiza à pessoa com dor, proporcionando-me inúmeros momentos de aprendizagem e de reflexão, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências e,

consequentemente, para o meu desenvolvimento profissional no âmbito do controlo da dor com vista à promoção do conforto, enriquecendo a implementação do projeto.

Para além disso, considerou-se importante ajustar algumas atividades, nomeadamente a apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, pois considerámos mais facilitador fazê-lo através de uma conversa informal, onde realizei uma apresentação clara e sucinta do mesmo, bem como dos instrumentos já elaborados.

A consulta do manual de integração de enfermagem, das normas, dos procedimentos e protocolos de atuação no âmbito da avaliação e controlo da dor, bem como dos folhetos informativos disponibilizados aos doentes acerca dos tratamentos invasivos e não invasivos, farmacológicos e não farmacológicos, facilitaram a minha integração nas dinâmicas da equipa. Para além disso, a partilha de experiências e reflexões com os vários elementos da equipa, levaram-me a elaborar um conjunto de questões acerca da organização e caracterização a Unidade da Dor A, que foram sendo respondidas pelas enfermeiras durante as conversas informais que tivemos. Neste sentido, considerei pertinente sistematizar as informações recolhidas e elaborar um documento com a caracterização a Unidade da Dor A (Apêndice IX).

Assim sendo, considero que a minha integração na Unidade da Dor A foi facilitada pelo apoio e disponibilidade da enfermeira orientadora, mas, também, de toda a equipa multidisciplinar, que me acolheu, e me fez sentir parte dela.

Por conseguinte, considero que este objetivo foi alcançado, proporcionando-me o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do “autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4749), e competências de mestre ao “integrar conhecimentos (...) em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho, p.3842).

O segundo objetivo específico consiste em **“Identificar as necessidades do doente oncológico em situação paliativa, as intervenções e os resultados de enfermagem na prevenção e controlo da dor”**. Para tal, considerei a realização de cinco atividades, que após concluídas permitem alcançar este segundo objetivo. Assim, as atividades definidas foram: pesquisa bibliográfica sobre o tema; observação da prática de cuidados de enfermagem; utilização do documento com a apreciação, a intervenção e a

avaliação na prevenção e controlo da dor; início da validação do documento; e colaboração nas consultas de enfermagem.

A integração a Unidade da Dor A, revelou-se uma extensão do primeiro contexto clínico no que concerne à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da prevenção e controlo da dor, pois o conhecimento anterior, ou pré-conhecimento, que apreendi, desenvolveu-se a partir da teoria, dos princípios e das experiências anteriores (Benner et al, 2001).

Assim sendo, no decorrer deste estágio e, de modo a melhorar as ideias preconcebidas e a dar resposta às dúvidas que foram surgindo no estágio anterior, continuei a realizar pesquisa bibliográfica acerca da intervenção do enfermeiro no alívio e controlo da dor, com vista à promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa. Para além disso, a observação e a colaboração da prática de cuidados também contribuíram para a consolidação de ideias e conhecimentos nesse âmbito.

A prática de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa com dor, neste contexto clínico difere do anterior, pois se na UCP A prestamos cuidados à pessoa em regime de internamento, a Unidade da Dor A os cuidados são prestados, maioritariamente, em regime de consultadoria e, como tal, a abordagem do enfermeiro é diferente. A observação da prática de cuidados realizada pelas enfermeiras permitiu-me identificar as intervenções, por elas realizadas, no âmbito do alívio e controlo da dor.

Assim, na Unidade da Dor A a intervenção de enfermagem recai, essencialmente, pela realização da primeira consulta de enfermagem; pela realização da consulta de enfermagem telefónica; pela realização de algumas medidas não farmacológicas no alívio da dor, nomeadamente: massagem terapêutica, estimulação elétrica transcutânea, aplicação de calor húmido/seco e diatermia; pela realização de ensinamentos de enfermagem; pela visita e consultadoria aos serviços de internamento do hospital em que está inserido; e pela colaboração com a equipa médica nos tratamentos farmacológicos invasivos e não invasivos, bem como na realização de ensinamentos associada a cada tratamento.

As intervenções farmacológicas revelam-se um recurso significativo no controlo da dor, e parte integrante das intervenções autónomas de enfermagem, pelo que o enfermeiro na sua prática clínica deve implementar intervenções não farmacológicas em complementaridade com o tratamento farmacológico (Vicente et al, 2022).

Neste sentido, ao acompanhar a enfermeira orientadora no desempenho das suas funções, tive a oportunidade de colaborar no controlo da dor da pessoa através de algumas medidas não farmacológicas, entre as quais, estimulação elétrica transcutânea e a aplicação de calor. A primeira consiste na aplicação de corrente elétrica de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação dos recetores sensitivos cutâneos. A segunda consiste na aplicação local de calor com intuito terapêutico, atuando no relaxamento muscular (OE, 2008).

Estes momentos de aprendizagem permitiram-me ainda refletir que a intervenção do enfermeiro não se esgota com a intervenção não farmacológica propriamente dita, pois, este período de contato com a pessoa concede-nos a oportunidade de desenvolver e aprofundar a relação terapêutica de confiança.

De facto, é um momento privilegiado para conhecer a pessoa, realizar a sua história da dor, perceber as implicações que a dor tem no seu quotidiano, dar espaço para a colocação de dúvidas, receios, expectativas em relação ao tratamento e ao alívio da dor. Verifiquei ainda, que é o momento oportuno para dar continuidade aos ensinamentos de enfermagem, reforçando a importância de manter o cumprimento do plano terapêutico para a otimização dos resultados, reforçar que a eficácia dos tratamentos varia de pessoa para pessoa e pode não surgir logo na primeira sessão, podendo ser necessário a realização de mais sessões para se verificar o efeito terapêutico pretendido. São ainda fornecidos materiais informativos acerca da intervenção realizada, bem como o contato telefónico da Unidade da Dor A, que se encontra disponível para qualquer esclarecimento.

A enfermeira orientadora proporcionou-me ainda a oportunidade de observar e participar em sessões de alívio de dor com intervenções não farmacológicas realizadas por outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos e terapeutas. Estas sessões revelaram-se pertinentes e fizeram-me perceber a sua importância no alívio da dor total, onde a multidimensionalidade da mesma é vista e aprofundada. As sessões de psicodrama e musicoterapia que assisti induziram o meu pensamento reflexivo e corroboraram na prática os conhecimentos que tenho vindo a desenvolver através da teoria, face ao alívio da dor da pessoa através de intervenções não farmacológicas, indo ao encontro dos resultados obtidos na revisão de *scoping* (Apêndice IV).

A colaboração nas consultas de enfermagem revelou-se bastante elucidativa. A forma como a enfermeira orientadora conduziu a mesma facilitou a minha perceção relativamente à importância e pertinência da aplicação do *“Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa”* (Apêndice V), previamente realizado, uma vez que os dados colhidos e os tópicos abordados na consulta vão ao encontro dos conteúdos do instrumento. Por conseguinte, refleti com a enfermeira orientadora acerca das ilações por mim realizadas e considerámos que o instrumento necessitava de alguns ajustes, tornando-o mais abrangente e facilmente adaptável a qualquer contexto de cuidados, concedendo espaço para a exposição dos ensinamentos de enfermagem realizados, que tanta importância têm na eficácia do controlo da dor do doente (Mejin et al., 2019).

Por tudo o que foi referido anteriormente, considero que as atividades desenvolvidas me permitiram atingir este objetivo e desenvolver um conjunto de competências, nomeadamente: competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal quando “recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão”, “suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão” e “analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica” e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao basear a prática clínica na evidência científica quando “rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4749-4750); competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica quando “intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, p.19361); e competência de mestre ao “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos (...) os desenvolve e aprofunde” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho, p.3842).

2.3. Unidade de Cuidados Paliativos B

O terceiro estágio decorreu na UCP B, durante cinco semanas, no período compreendido entre 14 de novembro e 16 de dezembro de 2022. Esta é uma unidade de internamento, cuja prestação de cuidados é realizada de forma humanizada e

diferenciada por uma equipa multidisciplinar, que dispõe de conhecimentos e competências especializados.

A UCP B destina-se a doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação ou em situações complexas de sofrimento associadas a doenças incuráveis e progressivas, cujo principal objetivo é contribuir para a promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, respeitando a sua individualidade e singularidade numa abordagem humanista e holística cujas necessidades físicas, psicossociais e espirituais sejam tidas em conta.

Neste sentido, a escolha da UCP B para a realização do terceiro estágio clínico pareceu-nos essencial para o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados diferenciados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, bem como consolidar os conhecimentos adquiridos nos estágios anteriores, através da sua implementação na prestação de cuidados.

À semelhança dos estágios anteriores, para a concretização do objetivo geral referido anteriormente, defini quatro objetivos específicos, que após cumpridas as atividades delineadas para cada um deles, concorrem para a consecução dos objetivos definidos.

O primeiro objetivo específico é transversal a todos os campos de estágio e consiste em **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar e as suas dinâmicas”**, pelo que delinee cinco atividades que após concluídas me permitiram atingir este objetivo, designadamente: a apresentação e discussão do projeto de intervenção à equipa de enfermagem e à chefia do serviço; visita guiada às instalações da unidade; consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos dos doentes; observação da passagem de turno e prestação de cuidados ao doente; entrevista informal aos enfermeiros do serviço acerca do funcionamento do serviço e a sua organização.

O estágio iniciou-se com a visita guiada às instalações da unidade, bem como a apresentação da organização, funcionamento e principais particularidades da mesma. Posteriormente, reuni com o enfermeiro orientador para apresentação do projeto de intervenção, por forma a estabelecer um plano de aprendizagem que me permitisse concretizar os objetivos que delinee, bem como desenvolver as competências a que me propus. Após ter tido um parecer positivo do tema do projeto, foram-me dadas algumas sugestões, uma vez que à semelhança do que se verificou na UCP A, também na UCP B

se verifica uma maior procura por cuidados especializados no âmbito do descontrolo de sintomas, entre os quais a dor. No entanto, após o internamento na unidade e a intervenção da equipa multidisciplinar é dos sintomas mais rapidamente controlado e com benefício terapêutico para a promoção do conforto e alívio do sofrimento do doente oncológico em situação paliativa.

Face à apresentação do projeto de intervenção aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, esta foi realizada no decorrer do estágio através de conversas informais, sempre que se revelasse pertinente e oportuno. Estas conversas permitiram-me não só apresentar o meu projeto, como também expor dúvidas, curiosidades e algumas questões acerca da dinâmica da equipa e do funcionamento da unidade, revelando-se essencial para sistematizar as informações obtidas num documento com a caracterização da unidade (Apêndice X).

Importa ainda ressaltar a importância da consulta de documentos existentes na unidade e dos processos clínicos dos doentes, de modo a apropriar-me das dinâmicas da unidade e colaborar na prestação de cuidados de forma mais segura e consistente. Esta atividade foi de suma importância pois desenvolvi competências de mestre ao “integrar conhecimentos (...) em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho).

De facto, o apoio do enfermeiro orientador e da restante equipa foi crucial para a concretização deste objetivo e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do “autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Também, a identificação dos diferentes papéis e funções da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, integrando-os no cuidar holístico e centrado na pessoa, revelou-se uma mais valia no cuidar ao doente oncológico em situação paliativa com dor, dando resposta às suas necessidades (EONS, 2022).

O segundo objetivo específico procura **“Identificar as necessidades do doente oncológico em situação paliativa, as intervenções e os resultados de enfermagem na prevenção e controlo da dor”**. Para este fim, considerei necessário, desenvolver quatro atividades. São elas: pesquisa bibliográfica sobre o tema; observação da prática de cuidados de enfermagem; utilização do documento com a apreciação, a intervenção,

a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor; e colaboração na prestação de cuidados a doentes oncológicos em situação paliativa.

Nesta ordem de ideias, começo por destacar a relevância da pesquisa bibliográfica atualizada e pertinente para o tema em estudo, uma vez que as pesquisas científicas podem ser impulsionadoras da prestação de cuidados seguros e de qualidade, pois revelam-se uma fonte inesgotável no desenvolvimento de conhecimentos no âmbito do controlo da dor do doente oncológico e situação paliativa (Begui et al., 2020).

Foi durante estas pesquisas que me deparei com artigos científicos interessantes, cujos resultados dos seus estudos traziam contributos importantes e possíveis de serem integrados na prestação de cuidados ao doente oncológico em situação paliativa com dor.

Nesta ordem de ideias, destaco um artigo científico em particular, intitulado “Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals” (Ehrlich et al., 2021), que considerei conveniente analisar, refletir sobre ele e partilhar os resultados do estudo com o enfermeiro orientador. Após a análise conjunta do mesmo considerámos pertinente disseminar o conhecimento aí apreendido pela restante equipa, através de um *Journal Club* (Apêndice XI), que consiste numa reunião educacional onde se discutem artigos atuais constituindo um fórum de discussão, que fomenta a partilha de conhecimentos, uniformizando a prestação de cuidados na prática e incorporando a evidência científica na prática clínica (Moreira et al., 2022). Contudo, a sua apresentação não foi possível, pelo que foram disponibilizados os documentos referentes ao artigo e à análise do mesmo, para consulta da equipa em tempo oportuno.

A realização desta atividade, que não se encontrava previamente programada revelou-se bastante importante no contributo de pesquisas e recomendações baseadas em evidência científica aplicáveis à sua área clínica (EONS, 2022), no desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao basear a “praxis clínica especializada em evidência científica” contribuindo para o “conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro) e de competências de mestre ao comunicar as conclusões e conhecimentos apreendidos, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho).

Com o intuito de identificar a intervenção de enfermagem, realizada por peritos, no âmbito da identificação das necessidades do doente oncológico em situação paliativa

na prevenção e controlo da dor considereei essencial colaborar na prestação de cuidados e observar a intervenção da equipa. Denota-se uma preocupação em prestar cuidados holísticos e de conforto centrados na pessoa em família, atendendo à sua individualidade e singularidade, com a vista a promover o conforto e a satisfazer as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, através do contributo dos diferentes profissionais na resposta às múltiplas necessidades da pessoa inclusive no controlo da sua dor (Neto, 2020, Tomey et al., 2004).

O enfermeiro na UCP B procura diariamente suprimir as necessidades que comprometam o conforto e o bem-estar, quer no contexto físico, quer nos contextos psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003) do doente oncológico com dor em situação paliativa e família. Para tal, o enfermeiro realiza uma avaliação completa da dor, com recurso a instrumentos validados e adequados à situação clínica de cada pessoa, permitindo estabelecer um plano individual de cuidados com benefício terapêutico, complementando a intervenção farmacológica com a intervenção não farmacológica, conforme preconizado pela literatura (OE, 2008; Vicente et al., 2022).

Foi neste sentido, que tive a oportunidade de observar a dedicação e atenção que os enfermeiros colocavam em cada intervenção que realizavam, com vista a promover o conforto e o alívio da dor, entre elas destaco a gestão de um ambiente calmo, confortável, com luminosidade ajustada, o recurso à música (Céspedes et al., 2019), a prestação de cuidados de higiene através do banho em maca banheira (Hayashi et al., 2022; Skaczkowski et al., 2018), entre outras.

Para além do referido, a equipa de enfermagem desempenhava também um papel preponderante na gestão eficaz da terapêutica farmacológica, administrada preferencialmente por via oral e por via subcutânea, contrariamente ao que experiencio na minha realidade de cuidados. Efetivamente, o contato com a via de administração subcutânea veio consolidar os conhecimentos adquiridos na UCP A, mas também, desencadear mais questionamentos e dúvidas, pelo que senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos científicos nesta área. Para tal, realizei pesquisa nas várias bases de dados e sistematizei as informações obtidas validando os conhecimentos adquiridos com o enfermeiro orientador e restante equipa.

Foi ainda neste âmbito, que surge o convite por parte da professora orientadora para participar na aula, do dia 17 de novembro de 2022, subordinada ao tema Via

Subcutânea em Cuidados Paliativos, no âmbito da Unidade Curricular Gestão de Sintomas em Cuidados Paliativos integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Para a exposição do tema solicitado realizei uma apresentação em PowerPoint® sobre os conteúdos considerados pertinentes e úteis para a utilização segura da via de administração subcutânea no contexto de cuidados, bem como o planeamento da sessão (Apêndice XII).

Perante a oportunidade de prestar cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, solicitei junto do enfermeiro orientador a possibilidade de utilizar o instrumento elaborado anteriormente (Apêndice V). Após parecer positivo, utilizei o instrumento a três doentes oncológicos com dor, analisando e refletindo sobre os dados obtidos com o enfermeiro orientador e a intervenção mais adequada para cada situação. Importa clarificar, que em momento algum, me fiz acompanhar do instrumento em formato papel para a sua aplicação, a pessoa era o foco dos cuidados e as suas necessidades foram tidas em consideração, demonstrando disponibilidade e espaço para a expressão de sentimentos, dúvidas e receios. Posteriormente, após cada interação, preenchia o instrumento com as informações recolhidas e refletia sobre elas em conjunto com o enfermeiro orientador. Esta atividade permitiu-me compreender as ações adotadas na prática de cuidados e a eficácia da mesma no alívio da dor e promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa.

A concretização destas atividades concederam-me a oportunidade de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios: no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal - ao tomar decisões segundo princípios, valores e normas deontológicas e ao analisar as informações com o intuito de aumentar a segurança das práticas; no domínio da melhoria contínua da qualidade - ao mobilizar conhecimentos que garantam a melhoria contínua dos cuidados, e ao garantir um ambiente terapêutico e seguro; no domínio da gestão dos cuidados - ao melhorar a informação para a tomada de decisão no processo do cuidar; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais - basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro).

Desenvolvi ainda competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica quando intervém na gestão da dor aguda e crónica,

utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas e quando intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem; e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica enfermagem à pessoa em situação paliativa quando “identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares”, bem como promove intervenções baseadas na evidência junto destes doentes, respeitando as suas preferências (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, p.19365). Para além destas, procurei integrar intervenções apropriadas para promover o conforto e a dignidade (EONS, 2022)

O terceiro objetivo específico pretende **“Identificar o registo efetuado acerca da prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa”**. Para este fim, a atividade delineada consistia na consulta dos registos de enfermagem dos enfermeiros no âmbito da prevenção e controlo da dor, aferindo a checklist previamente realizada para o efeito (Apêndice VII).

A realização desta atividade concedeu-me a oportunidade de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista na interpretação e organização dos resultados provenientes da evidência científica que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Todavia, não detetei aspetos diferentes, para além dos identificados em estágio anteriores, que pudesse incluir no registo de enfermagem de prevenção e controlo da dor.

O último objetivo específico consistiu em **“Analisar a prática de cuidados”**. Neste sentido, realço os múltiplos momentos de aprendizagem que me incitaram a refletir e a partilhar com o enfermeiro orientador os conhecimentos apreendidos, as dúvidas, as questões e os receios que surgiram aquando da prestação de cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa. A procura constante por prestar cuidados de alívio e controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa permitiu-me integrar os conhecimentos e competências até aqui apreendidos centrando os cuidados na pessoa e família e procurando aliviar a dor na sua plenitude, atendendo à sua multidimensionalidade, com vista a satisfazer as necessidades da pessoa nos três tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência e nos quatro contextos da experiência – físico, psico-espiritual, ambiental e social (Kolcaba, 2003; McCormack & McCance, 2006; Tomey et al., 2004).

De facto, analisar a prática de cuidados e refletir sobre ela partilhando ideias e pensamentos com o enfermeiro orientador revelou-se essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois induziu o desenvolvimento da prática reflexiva, mas também do pensamento crítico, contribuindo para a tomada de decisão consciente e refletida.

A concretização deste objetivo permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, na incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados e na rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro).

2.4. Unidade de Dor B

O último contexto clínico, decorreu na Unidade de Dor B de um Hospital Central Público de Lisboa no período compreendido entre 3 de janeiro e 10 de fevereiro de 2023. Esta unidade caracteriza-se pelo seu grau de diferenciação e referência a nível nacional, no âmbito do diagnóstico e controlo da dor crónica oncológica. É constituída por uma equipa multidisciplinar especializada e perita na área, que procura no dia a dia integrar a melhor evidência disponível às várias intervenções que proporciona à pessoa e família, prestando o melhor cuidado possível de forma holística e humanizada, com vista à promoção do conforto.

Como referi anteriormente o objetivo geral estabelecido é transversal a todos os campos de estágio e encontra-se explanado no início do capítulo. No entanto, para a sua concretização foram delineados três objetivos específicos, que serão atingidos após a realização das atividades previamente definidas para cada um deles.

O primeiro objetivo específico estabelecido foi **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar e as suas dinâmicas”**, para tal, delinee quatro atividades que considere importantes para atingir este objetivo, nomeadamente: apresentação e discussão do projeto de intervenção à equipa de enfermagem e à chefia do serviço; visita guiada às instalações da unidade; consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos dos doentes; e entrevista informal aos enfermeiros do serviço acerca do funcionamento do serviço e a sua organização.

Fui recebida pela Enfermeira Chefe da Unidade de Dor B que me apresentou à enfermeira orientadora e restante equipa e, posteriormente, realizou-me uma visita guiada às instalações da mesma frisando alguns aspetos relevantes acerca da organização e funcionamento da mesma. Reuni com ambas e apresentei o meu projeto de intervenção, salientando os objetivos e as atividades definidas para este estágio, apresentando os documentos elaborados nos estágios anteriores, bem como as competências que procuro desenvolver aquando do término do mesmo. A apresentação do projeto à restante equipa foi realizada de forma sumária em momentos informais de partilha de ideias e experiências.

Os primeiros dias de estágio foram importantes para me apropriar das dinâmicas da equipa, para consultar o manual de integração dos enfermeiros, bem como tomar conhecimento de normas, procedimentos e protocolos de atuação no âmbito da apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor. Aproveitei ainda a disponibilidade de toda a equipa para colocar algumas questões acerca do funcionamento da clínica, que se revelaram linhas orientadoras úteis para a realização de um documento com a caracterização da unidade (Apêndice XIII).

Neste sentido, considero que a integração na equipa foi facilitada pelo apoio, disponibilidade e dedicação da enfermeira chefe e orientadora em proporcionarem-me momentos de aprendizagem interessantes e com contributos importantes para o desenvolvimento pessoal e profissional. Assim sendo, esta atividade permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do “autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Também a identificação dos diferentes papéis e funções da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, integrando-os no cuidar holístico e centrado na pessoa, revelou-se uma mais-valia no cuidar ao doente oncológico em situação paliativa com dor, dando resposta às suas necessidades (EONS, 2022).

O segundo objetivo específico procura **“Identificar as necessidades de enfermagem do doente oncológico com necessidades paliativas, as intervenções, os resultados e os registos de enfermagem na prevenção e controlo da dor”**. Para isso, planeei seis atividades, que após concluídas levam à concretização deste objetivo. São elas, pesquisa bibliográfica sobre o tema; observação da prática de cuidados de enfermagem; colaboração nas consultas de enfermagem ao doente oncológico com dor

em situação paliativa; aplicação do documento com a apreciação, a intervenção, a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor; a consulta dos registos de enfermagem face à apreciação, intervenção e avaliação da dor; e a elaboração e validação do Guia Orientador de Boa Prática no Controlo da Dor.

A prática de enfermagem baseada na evidência é uma ferramenta útil à prestação de cuidados de qualidade, uma vez que procura integrar na prática clínica o resultado das pesquisas efetuadas (Weber et al., 2019). Foi neste sentido, que procurei ao longo de todo o meu percurso recorrer à pesquisa bibliográfica como um método eficaz na sistematização de conhecimentos no âmbito da prevenção e controlo da dor como medida promotora de conforto.

Foi nesta ordem de ideias, que os conhecimentos desenvolvidos através da teoria, das experiências vividas em contexto de estágio, das múltiplas reflexões, da prática clínica observada e da minha prática profissional, que recolhi informações relevantes e pertinentes no âmbito da prevenção e controlo da dor como medida promotora de conforto, permitindo-me iniciar a elaboração de um *Guia Orientador de Boa Prática para o Controlo da Dor* (Apêndice XIV), devidamente fundamentado e redigido segundo as recomendações da OE para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados (OE, 2007). A sua realização tem como intuito orientar a prática de cuidados dos enfermeiros ao fornecer linhas orientadoras para o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto.

Ao acompanhar a enfermeira orientadora no desempenho das suas funções foi-me possível observar a prática de cuidados desempenhada por uma perita na área, com conhecimentos diferenciados e, que atua em conformidade com as necessidades individuais de cada pessoa, sendo esse o foco dos cuidados e da sua intervenção.

Colaborar nas consultas de enfermagem ao doente oncológico com dor em situação paliativa, revelou-se bastante enriquecedor e permitiu-me identificar o papel que o enfermeiro desempenha junto destas pessoas e famílias. A relação terapêutica e de confiança que se estabelece é essencial para que a pessoa se sinta valorizada e ouvida, incentivando à expressão de sentimentos, dúvidas, medos e receios, mas, também, integrada no seu plano terapêutico onde a tomada de decisão é realizada em parceria, contribuindo para uma adesão terapêutica mais eficaz (Crivelaro et al., 2020).

Esta colaboração concedeu-me ainda a oportunidade de refletir acerca dos instrumentos já elaborados. A forma como a consulta é conduzida e os tópicos que são abordados vão ao encontro do que procurei integrar aquando da realização do *“Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa”* (Apêndice V), pelo que a utilização do mesmo ocorreu de forma intuitiva durante as consultas de enfermagem, não havendo necessidade de complementar a informação já obtida pela equipa.

Porém, ao refletir com a enfermeira orientadora e, partilhando os resultados obtidos através deste instrumento, nos contextos clínicos anteriores, revelei que a aplicação do mesmo em regime de consultadoria é mais facilitador para o enfermeiro, do que em regime de internamento, dada a extensão do mesmo e a complexidade dos cuidados inerentes à pessoa internada. Neste sentido, e após a partilha de ideias e pensamentos, foi sugerido pela enfermeira orientadora a realização de um *Memorando de Apoio à Avaliação da Dor*, que simplificasse o instrumento realizado e o tornasse mais facilmente aplicável na prática clínica em contexto de internamento, orientando os enfermeiros para uma caracterização completa da dor (Apêndice XV).

Para além do referido, importa realçar o trabalho em equipa multidisciplinar e a interação entre os vários elementos com recurso a uma comunicação eficaz, desenvolvido na unidade. De facto, a articulação entre as várias competências e saberes dos profissionais, permite a elaboração de um plano terapêutico integrado, centrado na pessoa e família, atendendo à multidimensionalidade da dor e promovendo o conforto nos quatro contextos (Kolcaba, 2003; McCormack & McCance, 2006; Neto, 2020).

Foi igualmente perceptível a importância que é dada pelos enfermeiros aos registos de enfermagem. Na unidade de dor, os registos são realizados de forma completa, sistemática, clara e fidedigna. Estes são representativos da intervenção de enfermagem na sua globalidade, pois são redigidos respeitando as etapas do processo de enfermagem, onde consta a apreciação, a intervenção, a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor, realçando os ensinamentos de enfermagem realizados à pessoa e família com vista a capacitá-los para a autogestão da dor (Dodo et al., 2020; Ribeiro, 2021).

Em suma, considero ter atingido este objetivo e desenvolvido competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito da recolha de contributos para a análise das tomadas de decisão, suscita a reflexão, analisa a informação com o intuito de

aumentar a segurança da prática clínica; baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica e cria guias orientadores e utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução das intervenções a realizar (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Propiciou ainda o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica quando intervém na gestão da dor aguda e crónica. Para além do exposto, facultar recursos, informações e estratégias educacionais adequadas e credíveis, antecipando potenciais necessidades do doente oncológico é essencial, bem como avaliar de forma holística as necessidades e preocupações do doente oncológico e realizar intervenções de enfermagem baseadas em evidência (EONS, 2022).

O terceiro objetivo específico consistiu em **“Analisar a prática de cuidados”** através da realização de uma reflexão crítica acerca de um evento significativo da observação da prática de cuidados. Como referi anteriormente, a prática reflexiva é importante no cuidar em enfermagem, pois permite o autoquestionamento das intervenções realizadas e induz a autoconsciência dos vários momentos da atividade cognitiva, contribuindo para o desenvolvimento pessoal autónomo e crítico (Velasco et al., 2023). As oportunidades de aprendizagem que experienciei foram muitas e todas elas contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento desta prática, instigando a reflexão e a partilha das relações daí retiradas com a enfermeira orientadora.

A observação e colaboração na prática de cuidados permitiu-me analisar a pertinência e a importância dos ensinamentos de enfermagem realizados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, a preocupação genuína da equipa e a atenção dada à pessoa e família é de realçar. Neste sentido, perante uma situação complexa de cuidados, onde a enfermeira assumiu um papel importante na desconstrução de ideias e pensamentos pré-concebidos e na alteração de comportamentos, através dos ensinamentos de enfermagem realizados, pareceu-me necessário e pertinente refletir sobre esta situação à luz da metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice XVI).

Dada a pertinência dos ensinamentos de enfermagem para a autogestão da dor, com vista à prevenção e controlo da dor do doente oncológico, e após a concretização desta reflexão, a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora da Unidade da Dor B, consideraram pertinente a partilha da reflexão realizada com os pares. Neste sentido, solicitaram a

minha autorização para procederem à apresentação da reflexão num evento da instituição.

A sua concretização permitiu-me perceber a importância de utilizar estratégias de comunicação, escuta e observação para reconhecer, apoiar e educar de forma empática e compreensível a pessoa e família, que esteja a passar por situações de sofrimento decorrentes do descontrolo da dor (EONS, 2022). Para além disso, pude desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, e na rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro).

2.5. Serviço de Medicina do Hospital A

O serviço de Medicina do Hospital A pertence a um Centro Hospitalar Público, constituído por três unidades de cuidados. Este é o serviço onde exerço funções e caracteriza-se por ser um serviço de apoio e retaguarda às restantes unidades de cuidados. Conforme referi no início deste relatório, a realização de estágio clínico para implementação do projeto de intervenção, neste serviço, não me foi concedida.

Neste sentido e, tendo em conta, que a escolha do tema procurou ir ao encontro das necessidades de aprendizagem sentidas pela equipa de enfermagem, e o segundo objetivo geral deste projeto consistia em contribuir para a melhoria da prestação de cuidados no controlo da dor e promoção do conforto do doente oncológico e família em situação paliativa, no serviço de medicina interna, decidi em conjunto com a professora orientadora e a enfermeira chefe do serviço de medicina proceder à realização das atividades delineadas, com vista a atingir os objetivos definidos. Assim, a sua concretização decorreu simultaneamente com o estágio da unidade da dor B, no período de 2 de janeiro a 10 de fevereiro de 2023.

Foram três os objetivos específicos definidos. O primeiro pretende **“Envolver a equipa do serviço de medicina do hospital A no projeto de intervenção”**, para isso, foram definidas cinco atividades, entre as quais: a realização de uma reunião com a enfermeira chefe do serviço por forma a proporcionar a implementação do projeto; a realização de diagnóstico de necessidades de formação da equipa, relativamente ao

tema; apresentação do projeto de intervenção à equipa e discussão sobre o mesmo; apresentação do plano formativo.

O desenvolvimento de um projeto no contexto de cuidados de saúde requer a mobilização de recursos humanos, fomentando o trabalho em equipa entre os vários profissionais de saúde. Efetivamente, a participação dos vários elementos da equipa multidisciplinar revelaram-se peças fundamentais para a mudança (Ruivo et al, 2010).

Por conseguinte, envolvi a equipa de enfermagem no projeto de intervenção desde o diagnóstico de situação, através da realização de um *Questionário de Avaliação das Necessidade de Aprendizagem* (Apêndice I), permitindo-me perceber quais as necessidades formativas da equipa. Posteriormente, analisei os resultados do mesmo através da análise de conteúdo (Apêndice II) e constatei que os temas do controlo da dor e da via de administração subcutânea foram os que tiveram maior expressão entre a equipa, indo ao encontro das necessidades por mim sentidas e identificadas na minha prestação de cuidados diária. Os resultados obtidos, permitiram-me validar a causa do problema e identificar os conhecimentos da equipa face a esta área de cuidados. Estes resultados foram apresentados à equipa na primeira sessão formativa, onde também considerei pertinente realizar, para além da apresentação do projeto de intervenção e do plano formativo, uma breve introdução aos princípios e pilares dos CP.

Elaborei o planeamento da sessão (Apêndice XVII) e, nas datas definidas, realizei a apresentação do tema Cuidados Paliativos e do Projeto de Intervenção com recurso ao PowerPoint®. Esta teve uma adesão de 76% da equipa de enfermagem com uma participação total de 16 enfermeiros, que demonstraram o seu interesse e agrado no tema do projeto, no entanto, não superou a meta dos 80% previamente delineada. Aos colegas que por constrangimento de agenda não compareceram à sessão, realizei a apresentação do projeto de forma informal em momentos oportunos.

A realização destas atividades permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista assumindo um papel dinamizador na conceção e operacionalização de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados; planeando e liderando programas de melhoria contínua; gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde; responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, baseando a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Para além disso

desenvolvi competências de mestre ao comunicar as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios desenvolvidos, quer a especialista, quer a não especialista, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho).

O segundo objetivo específico procura **“Promover a capacitação dos enfermeiros do serviço de medicina do hospital A, no âmbito da apreciação, das intervenções e dos resultados de enfermagem na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa”**. Para tal, defini quatro atividades: realização de formação aos colegas no âmbito da prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa; fornece documentos de apoio à prática; aplicação de um questionário de avaliação face à melhoria da prática de cuidados com a implementação do projeto de intervenção e a análise dos resultados obtidos no questionário.

A formação dos profissionais de saúde é um requisito básico para uma prática profissional segura e de qualidade, pelo que promover estratégias que estimulem o desenvolvimento de conhecimentos e a criatividade dos profissionais, valorizando a troca de experiências e reflexões acerca da prática de cuidados revela-se benéfico para o envolvimento da equipa em projetos de melhoria contínua (OE, 2001; Paula et al., 2023).

Nesta ordem de ideias, planeei duas sessões de formação. Os temas das sessões vão ao encontro do tema em estudo e das necessidades formativas expostas pela equipa, ou seja, procurei através da disseminação do conhecimento apreendido no decorrer do meu percurso, partilhar os conteúdos importantes e necessários para prestar cuidados de conforto centrados no doente oncológico em situação paliativa e família na prevenção e controlo da dor.

A primeira sessão realizada abordava a intervenção do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa de forma global, incluindo a apreciação, a intervenção, a avaliação, os resultados esperados e os registos de enfermagem. Dada a extensão dos conteúdos a abordar, aquando do planeamento da mesma (Apêndice XVIII) houve necessidade de dividi-la em dois momentos, um primeiro momento, onde o foco da intervenção era a apreciação da dor, e o segundo momento, que abordava os restantes tópicos anteriormente referidos.

A segunda sessão realizada procurou ir ao encontro das necessidades sentidas pela equipa na utilização da via subcutânea como via de administração segura e preferencial na pessoa em situação paliativa (Santos et al., 2020). À semelhança do que

aconteceu na primeira sessão elaborei o planeamento da sessão (Apêndice XIX) e apresentei-a aos colegas presencialmente através da apresentação Powerpoint® intitulada Via Subcutânea em Cuidados Paliativos.

No final de cada sessão foi solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão, este pode ser observado no documento de planeamento de sessão respetiva. A análise dos mesmos permitiu-me perceber que o feedback era muito positivo, e as opiniões convergiam no sentido de que as sessões permitiram aprofundar conhecimentos e trouxeram contributos benéficos para a prática profissional.

A existência de alguns constrangimentos associados ao tempo disponível e à realização em paralelo do último estágio clínico Unidade de Dor B, dificultaram o cumprimento das atividades no tempo previamente definido, impondo a realização das mesmas no período após o término do estágio clínico. Por conseguinte, importa referir que as duas últimas atividades acima referidas, não foram realizadas, pela impossibilidade da implementação do projeto em tempo útil de estágio.

A atividades realizadas para a concretização deste objetivo permitiram-me desenvolver competências comunicacionais eficazes na transmissão de conhecimentos apropriados para a promoção do conforto e na consciencialização da equipa no âmbito dos cuidados paliativos (EONS, 2022). Também desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados, quando otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão melhorando a informação no processo de cuidar e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, baseando a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro), e competências de mestre ao comunicar os conhecimentos desenvolvidos de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho).

O último objetivo específico consistia em **“Aplicar conhecimentos adquiridos”**, cujas atividades versam sobre a identificação dos doentes oncológicos com necessidades paliativas; a aplicação do documento com a apreciação, a intervenção, a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor aos doentes oncológicos em situação paliativa; e a prestação de cuidados diferenciados no âmbito do controlo da dor ao doente oncológico em situação paliativa.

Relativamente à primeira atividade mencionada e, conforme referi no enquadramento teórico, a identificação dos doentes oncológicos com necessidade de CP é essencial, para que a prestação de cuidados seja centrada na pessoa /família e adaptada às suas necessidades, promovendo o conforto, aliviando o sofrimento e respeitando os princípios dos CP (Neto, 2020). Para tal, existe um conjunto de instrumentos e ferramentas que permitem identificar o doente oncológico com necessidade de CP.

Dito isto, após a análise dos instrumentos disponíveis e, dadas as especificidades dos doentes internados no serviço de medicina do hospital A, considerámos que o recurso à Questão Surpresa, “Ficaria surpreendido se este doente morresse durante o próximo ano?” (Faria de Sousa et al., 2017) em complementaridade com a SPICT – PT™ (Mira et al., 2019), seria fundamental para identificar os doentes oncológicos que carecem de abordagem paliativa aquando do planeamento de cuidados.

Assim, realizei um *Protocolo de Atuação para Identificação do Doente Oncológico com Necessidades Paliativas* (Apêndice XX), que pretende orientar os enfermeiros na identificação desta população, prestando cuidados centrados na pessoa e família de acordo com a sua complexidade e solicitando colaboração de equipas especializadas em CP, sempre que a nossa intervenção se mostre insuficiente para suprimir essas necessidades. Porém este documento carece de homologação por parte da instituição.

Relativamente à concretização das restantes atividades no período definido, tal não se verificou, pois conforme referi anteriormente, o plano formativo delineado não foi cumprido nos tempos estabelecidos. Contudo, a implementação do presente projeto decorrerá para além do término do estágio, pelo que a realização das atividades definidas serão, igualmente, realizadas oportunamente.

À parte disto, este objetivo potenciou o desenvolvimento de competências de mestre ao “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho), bem como competências comuns de enfermeira especialista no âmbito da realização de atividades e protocolos na área da qualidade e na comunicação dos resultados das atividades realizadas à enfermeira gestora (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro). Ademais permitiu-me demonstrar que os CP são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente do contexto de cuidados (EONS, 2022).

3. Avaliação

A operacionalização do projeto de intervenção descrita neste relatório, é o reflexo de um conjunto de atividades, experiências e aprendizagens, que não se esgotam no desenvolvimento de conhecimentos e competências, que apreendi nos contextos de estágio, integrada numa prática clínica especializada com profissionais de saúde de referência na área. Além disso, todo o percurso académico em contexto teórico, os professores e os colegas que conheci e com quem partilhei vivências e histórias marcantes, revelaram-se essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Analizando retrospectivamente acerca de todo o percurso desenvolvido, perceciono a exigência e a necessidade de integrar a prática reflexiva e o pensamento crítico, baseado na evidência científica, numa tomada de decisão consciente. Por conseguinte, permitiu-me identificar os pontos fortes e fracos com que me deparei.

Começo por fazer referência aos pontos fortes e, neste âmbito, a minha motivação pessoal foi o grande impulsionador da concretização deste projeto, a procura por conhecimentos e competências que permitam solucionar um problema identificado no serviço onde exerço funções e, por consequência, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, disseminando esses conhecimentos pela equipa multidisciplinar, o que foi recompensador. Também o interesse demonstrado pela equipa de enfermagem do serviço de medicina, no envolvimento do projeto de intervenção, reconhecendo a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências, que permitam controlar a dor do doente oncológico em situação paliativa, como medida promotora de conforto, foi essencial para a mudança de comportamentos na prestação de cuidados de conforto holísticos, centrados na pessoa e família. Para além do referido, a oportunidade de realizar estágios clínicos em unidades de referência, com equipas especializadas e peritas na área em estudo, bem como, o apoio, a dedicação e a disponibilidade dos enfermeiros orientadores em me proporcionar momentos de aprendizagem e partilharem comigo o seu saber foi de extrema importância para o meu desenvolvimento.

Relativamente aos pontos fracos, destaco a impossibilidade de realizar o último estágio clínico no local onde exerço funções, destinado à implementação do projeto, comprometendo o início da intervenção junto do doente oncológico em situação paliativa com dor. Todavia, mantive-me determinada em atingir os objetivos a que me propus.

Neste sentido, o desenvolvimento deste projeto foi ao encontro do preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, quando mencionam que devem ser implementados sistemas de melhoria contínua da qualidade, uma vez que bons cuidados geram ganhos em saúde e promovem a satisfação da pessoa e família (OE, 2001). Por conseguinte, considero que este projeto possibilitou a melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito do controlo da dor, com vista à promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa, através da capacitação da equipa de enfermagem, permitindo-lhes o desenvolvimento de conhecimentos e competências, através da disponibilização de documentos e ferramentas, que serão importantes para intervir junto desta população de forma holística, atendendo à individualidade e singularidade de cada um e respeitando os princípios inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem que fundamentaram este tema, articulando-os com a evidência científica.

Procurei ainda adotar uma conduta ética e responsável que me permitisse “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Artigo 97.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Ademais, no decorrer da prestação de cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, quer em contexto de estágio, quer em contexto profissional salvaguardei a liberdade, a igualdade, a dignidade e a individualidade da pessoa, bem como assegurei o cumprimento dos princípios éticos fundamentais da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, veracidade, fidelidade e integridade (Lockwood, 2022).

O desenvolvimento deste projeto foi um processo dinâmico e, como tal, permitiu a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento contínuo de competências de enfermeira especialista e mestre. Dito isto, considero que quando iniciei esta jornada, o meu nível de competência profissional encontrava-se no nível de proficiente (Benner et al., 2001). Contudo, as múltiplas situações que vivenciei e experienciei mudaram a minha perceção enquanto enfermeira, passei a interpretar e a avaliar cada situação como um todo, prestando cuidados centrados na pessoa e família e intervindo na promoção do seu conforto (Benner et al., 2001; Kolcaba, 2003; McCormack & McCance, 2006). Assim, com o término deste percurso e, por tudo o referido anteriormente, constato que o meu nível de competências evoluiu para o nível de perícia na área de estudos que me dediquei.

4. Conclusões e Perspetivas Futuras

O enfermeiro assume uma posição de destaque na prestação de cuidados ao doente oncológico com dor em situação paliativa, pois é o profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa e, como tal, é considerado o profissional de referência a quem a pessoa recorre para se sentir apoiada e valorizada, mas, também, para expor dúvidas, medos, sentimentos e expectativas. Neste sentido, é essencial desenvolver conhecimentos, capacidades e competências que permitam realizar uma apreciação completa e rigorosa da multidimensionalidade da dor, por forma a adotar um plano terapêutico centrado na pessoa e família, cujo objetivo assente na promoção do conforto, através do alívio da dor multifatorial.

Nesta ordem de ideias, considero que o desenvolvimento deste projeto, exposto neste relatório, veio dar resposta a um conjunto de questões e dúvidas que me assolam algum tempo na prática de cuidados, onde a procura incessante por respostas, a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, enquanto enfermeira. Ademais, propiciou contributos fundamentais para a melhoria dos cuidados de enfermagem no controlo da dor e promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa, através da disseminação dos conhecimentos e das melhores práticas clínicas apreendidas, quer na evidência científica, quer na prática reflexiva em contexto de estágio.

De facto, a procura por encontrar respostas à questão de partida *“Quais as intervenções do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa?”* foi um processo complexo com algumas dificuldades que exigiu esforço, dedicação e persistência. Mas, também, gratificante e recompensador quando essas dificuldades se transformavam em oportunidades de aprendizagem e permitiam o enriquecimento profissional, através da elaboração de documentos e instrumentos pertinentes para a intervenção autónoma de enfermagem no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto da pessoa.

Dado os constrangimentos referidos, anteriormente, no que concerne à implementação deste projeto importa clarificar que o caminho até aqui percorrido é apenas o início de um processo moroso, mas com repercussões benéficas para qualidade dos cuidados prestados no controlo da dor e promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa, pelo que a continuidade deste projeto encontra-se assegurada.

Com o término do estágio continua a necessidade de capacitar os pares acerca do tema em estudo, pelo que foi integrado no plano formativo anual, evidenciando a necessidade e a pertinência de disseminar conhecimentos nesta área de estudo facilitando o desenvolvimento de competências, através de estratégias aplicáveis à prática clínica. Também a atualização de normas e protocolos neste âmbito, revela-se essencial e prioritário, bem como a apresentação e uniformização dos documentos e instrumentos elaborados em contexto de estágio, devidamente validados por peritos, por forma a serem submetidos para aprovação e implementados o mais precocemente possível no serviço onde exerço funções e, posteriormente, extensível aos restantes serviços de internamento do centro hospitalar em questão.

Outro projeto futuro que provém do trabalho desenvolvido durante este percurso é a criação de um grupo de trabalho para a implementação do protocolo de atuação (Apêndice XX) e, posterior articulação com a Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, por forma a proporcionar à pessoa e família cuidados de conforto centrados nas suas reais necessidades integrando a filosofia e os pilares dos CP e adotando uma abordagem paliativa o mais precocemente possível.

O interesse e a motivação da equipa no envolvimento de projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem tem-se revelado importante para a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, que induzem reflexão e a alteração de comportamentos na prática de cuidados diária.

Em suma, considero que fui bem sucedida no percurso que delineei, pois permiti-me pesquisar sobre o conhecimento científico disponível nesta área de estudo, refletir sobre ele e aplicá-lo na minha prática de cuidados, caracterizando a intervenção do enfermeiro especialista, mas, também, transmitir o saber adquirido através da formação dos meus pares proporcionando-lhes, igualmente, o desenvolvimento de competências numa problemática subvalorizada nos serviços de medicina, com o reconhecimento profissional que caracteriza a intervenção de mestre em enfermagem.

Referências bibliográficas

- Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Almeida, A., & Pontinha, C. (2009). A Qualidade de Vida dos Doentes Oncológicos. Value. in Health, 7(12), A499. [http://dx.doi.org/10.1016%2FS1098-3015\(10\)75363-8](http://dx.doi.org/10.1016%2FS1098-3015(10)75363-8)
- American Psychological Association. (2021). *APA Style Blog*. <https://apastyle.apa.org/blog>
- Arnauts, D. B., & Cavalheiri, J. C. (2021). Percepção dos enfermeiros na assistência em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11088>
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Begui, J. R., de Menezes Guariente, M. H. D., Garanhani, M. L., de Carvalho, B. G., Ferrari, R. A. P., & Galdino, M. J. Q. (2020). Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48380>
- Benner, P., Queiroz, A. A., & Lourenço, B. O. (2001). *Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado À Enfermagem. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora, 42-63.
- Bico, I., M., T. (2023). *Capacitar o doente oncológico com doença avançada e o cuidador principal para a gestão da dor em domicílio*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/58264>
- Canteiro, A. I. D. P. (2015). O impacto da doença oncológica na dinâmica da família: um estudo exploratório [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais]. Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/15910>
- Capelas, M., L., Neto, I., G., Coelho, S., P. (2016). Organização de Serviços. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, I. G. Neto (3ª ed), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.915-935). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M., L., Sapeta, P., Mamede, A., Belo, A., Jorde, M., Oliveira, M., Simões, N., Passos, V., Macedo, A., P., Mendes, C., M., Macedo, E., Macedo, J., C., Gomes, M., F., Mendes, M., G., Encarnação, P., C., Batista, S., Vilaça, S., P., Pereira, C. & Coelho, S., P.

(2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos da Saúde*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>

Capelas, M. L., Afonso, T., Durão, S., & Teves, C. (2020). Atividade assistencial das equipas/serviços de cuidados paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos: relatório outono 2019, 47-80. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/fa6b0d01-76af-49d4-bbfb-890a58645420.pdf>

Cardoso, A. I. C. R. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>

Carlos, C. A. L. V. ., & Teixeira, K. M. D. (2023). Diagnóstico e Tratamento Oncológico: Reflexão acerca das mudanças na vida do paciente e de sua família. *Boletim De Conjuntura (BOCA)*, 13(39), 473–490. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7786596>

Carvalhais, M. D. & Sousa, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Referência – Revista de Enfermagem*, III(3), 75-84. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962012>

Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Céspedes, M. A. B., Díaz, L. P. E., Ramírez, M. L. J., & Sabogal, M. C. G. (2019). Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.rpec>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS, Serviço Integrado de Cuidados Paliativos*. Ministério da Saúde.

https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS-_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf

Crivelaro, P. M. S., Posso, M. B. S., Gomes, P. C., & Papini, S. J. (2020). Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 49310-49321. DOI:10.34117/bjdv6n7-542

Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Procede à republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, Graus académicos e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (N.º 121 de 25 de junho de 2008), 3835-3853. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD, de 18/06/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor*. Acedido em https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

Direção Geral da Saúde. (2022). Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro 2021 a 2030. In *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2022*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>

Dodo, N. B., de Deus, J. C., da Silva Pereira, P. P., & Cedaro, J. J. (2020). Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem em um hospital do Norte do Brasil. *Enfermagem em Foco*, 11(4). <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3125>

Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. *Pain Management Nursing*, 22(6), 716-723. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.003>

Ercolani, D., Hopf, L. B. D. S., Schwan, L. (2018). Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. *Revista Acta Médica*, Rio Grande do Sul, 39(2), 151-162.

Espindola, C. K. N., Santos, D. B. D., Nascimento, L. L., Matos, R. S., Silva, S. M. D., & Marion-Martins, A. D. (2021). Perfil metacognitivo de estudantes de enfermagem e

desempenho acadêmico. *Revista de enfermagem. UFPE On Line*, 15(2), 1-16.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244980/39181>

Esteves, J. S. S. (2019). *Abordagem terapêutica da dor no doente paliativo* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<http://hdl.handle.net/10316/88301>

European Association for Palliative Care (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278-289.

European Commission. (2022). *Europe's Beating Cancer Plan*. In Communication from the commission to the European Parliament and the Council.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

European Oncology Nursing Society. (2022). EONS Cancer Nursing Education Framework. European Oncology Nursing Society
<https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/>

Everdingen, M. H. V. D. B., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, 51(6), 1070-1090.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>

Faria de Sousa, P. & Julião, M. (2017). Translation and Validation of the Portuguese Version of the Surprise Question. *Journal of Palliative Medicine*, 20(7):701. Doi: 10.1089/jpm.2017.0086.

Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 166-191.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>

Felizardo, H., M., M. (2021). *Experiência da pessoa com doença oncológica em situação paliativa no domicílio* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Biblioteca Virtual em Saúde.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367048>

Fernandes, A. C. (2020). Uma perspectiva sobre o relatório da OCDE "Health at a Glance 2019". *Acta Medica Portuguesa*, 33(1), 4-6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>

Fielding, F., Sanford, T. M., & Davis, M. P. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International journal of palliative nursing*, 19(12), 584-591. DOI: 10.12968/ijpn.2013.19.12.584

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1-7. <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>

Freitas, M., S. (2023). Vulnerabilidades da Pessoa com Cancro. In A. Fernandes, A. M. Galvão, B. Magalhães & F. V. Castro (Ed.), *I Congresso Internacional – Cuidar em Oncologia: livro de atas* (pp. 9-18). Instituto Politécnico de Bragança. https://doi.org/10.34620/i_cuidaroncologia

Global Cancer Observatory. (2020a, dezembro). *All Cancers*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

Global Cancer Observatory. (2020b, dezembro). *Portugal*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

Global Cancer Observatory. (2020c, dezembro). *Cancer Today*. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1

Hayashi, E., Aoyama, M., Fukano, F., Takano, J., Shimizu, Y., & Miyashita, M. (2022). Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients: An observational, controlled study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(1), 30. Doi: 10.1097/NJH.0000000000000803

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Kolcaba, K. Y. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76.

Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 172 de 5 de setembro de 2012), 5119-5124. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 181 de 16 de setembro de 2015), 8059-8105. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Lockwood, W. (2022). *Nursing ethics*. <https://www.rn.org/courses/coursematerial-177.pdf>

Machado, S., Reis-Pina, P., Mota, A., Marques, R. (2018). Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. *Medicina Interna*, 25 (4), 286-292. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/90/4/2018>

McCormack, B & McCance, TV (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem*, 2, 2-12. <https://www.projetarenfermagem.com/edição-n-º-2>

Mejin, M., Keowmani, T., Abdul Rahman, S., Liew, J., Lai, J., Chua, M., & Che Wan, I. (2019). Prevalence of pain and treatment outcomes among cancer 36 patients in a Malaysian palliative care unit. *Pharmacy Practice*, 17(1). <https://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2019.1.1397>

Mira, M., Reis-Pina, P. & Barbosa, A. (2019). Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™). <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>

Moreira, I. M. P. B., Lobão, C. A. R. F., Carrageta, M. D. C. M., & Gonçalves, R. F. L. (2022). Avaliação do Journal Club como estratégia pedagógica na formação em enfermagem: Perspetiva dos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV210054>

Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Netto, L., & Silva, K. L. (2018). Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>

Neves, J. C. O. (2021). *Cuidados Paliativos: identificação de necessidades em doentes internados em hospital de agudos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=u1elatTk>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Ordem dos Enfermeiros. https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros, 1 (1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusodidacta. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Palliative Care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Pagura, J. R. & Júnior, J. O. O. (2018). Taxonomia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor*, (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.

Paula, R. M. Z., & Santos, E. G. (2023). Perspectivas, significados e contribuições da EPS na formação continuada dos profissionais de enfermagem. *Revista Cocar*, 18(36). <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/5570/2679>

Peixoto, S. D. A. (2016). *Métodos não farmacológicos de controlo da dor* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/29483>

PORDATA. (2023). *Óbitos por alguma causas de morte (%)*. [https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235710](https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235710)

Ramos, T. K., Nietsche, E. A., Backes, V. M. S., Cogo, S. B., Salbego, C., & Antunes, A. P. (2022). Integração ensino-serviço no estágio curricular supervisionado de enfermagem: perspectiva de enfermeiros supervisores, docentes e gestores. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0068>

Raposo, C., Santos, J., Ribeiro, A., L., Correia, I., Freitas, M., J., Santos, C., Oliveira, M. & Bidarra, A. (2015). *Entender a Dor Oncológica*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. <https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 135, 16 de julho de 2018), 19359-19370. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26, 6 fevereiro de 2019), 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 131, 8 julho de 2022), 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Regulamento n.º 766/2021 (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a Série (N.º 159, 17 agosto de 2021), 130-143. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/08/159000000/0013000143.pdf>

Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36(2), 59-73. http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie36_s2.pdf#page=59

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R. & Faustino, S., A. (2017). *Manual de Dor Crónica*. (2ªEd). Fundação Grunenthal.

Rodrigues, A., J., S., S. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425077>

Roth, A. R., & Canedo, A. R. (2019). Introduction to Hospice and Palliative Care. *Primary Care Office Practice*, 46, 287–302. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.04.001>.

Ruivo, M. . A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, G. L. A., Aranha, J. D. S., Valadares, G. V., Silva, J. L. L. D., Santos, S. D. S., & Guerra, T. D. R. B. (2020). Qualificação da assistência de enfermagem paliativista no uso da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5).

Santos-Moura, G. H., Cualhete, D. N., & de Almeida Fernandes, M. T. (2022). Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(2), 83-95. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.481>

Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2018). A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 594-605. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>

Simões, M. S. (2016). *O cancro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Skaczkowski, G., Moran, J., Langridge, J., Oataway, K., & Wilson, C. (2018). Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 100-102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.05.004>

The University of Edinburgh. (n.d.). *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICt™)*. <https://www.spict.org.uk>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. (5ª Edição). Lusociência.

Velasco, F. Z. B., & Domingues, K. C. C. M. (2023). Metacognição no ensino de ciências e na formação do enfermeiro. *Revista Espaço Pedagógico*, 30, e14816-e14816. <https://doi.org/10.5335/rep.v30i0.14816>

Vicente, A., Coelho, A. N., Lobão, C., Gonçalves, R., & Parola, V. (2022). Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos: protocolo scoping review. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (43). <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.47876>

Weber, M. L., Vendruscolo, C., Adamy, E. K., Lorenzon, T. L. N., Ferraz, L., & Zanatta, E. A. (2019). Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28), 1-9.

Apêndices

**Apêndice I – Questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem da
equipa de enfermagem do serviço medicina do Hospital A**

Questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção que terá como foco "A intervenção do enfermeiro na promoção do conforto do doente oncológico com necessidades paliativas".

A realização deste projeto visa a melhoria das práticas e da qualidade dos cuidados prestados no serviço, ao doente oncológico com necessidades paliativas, e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nesta área de intervenção.

Dito isto, torna-se premente a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao interesse e pertinência do tema, por forma a que o desenvolvimento deste projeto possa ir de encontro às necessidades do serviço e da equipa de enfermagem. Assim, solicito a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário, cujos dados serão anónimos e confidenciais.

1. Idade *

- ☐ 20 - 30 anos
- ☐ 31 - 40 anos
- ☐ 41 - 50 anos
- ☐ > 51 anos

2. Sexo *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. Anos de Profissão *

- ☐ < 2 anos
- ☐ 2 - 5 anos
- ☐ 5 - 10 anos
- ☐ > 10 anos

4. Habilitações Académicas *

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outra: _____

5. Tempo atividade profissional no nosso serviço de medicina *

- ☐ < 2 anos
- ☐ 2 - 5 anos
- ☐ 5 - 10 anos
- ☐ > 10 anos

6. Outras Experiências Profissionais *

(Outros locais ou serviços onde exerceu funções)

A sua resposta _____

7. No seu contexto profissional consegue identificar os doentes oncológicos que carecem de necessidades paliativas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Como o faz? *

A sua resposta _____

8. Como classifica o seu nível de conhecimentos na área dos Cuidados Paliativos? *

- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom
- ☐ Satisfatório
- ☐ Pouco Satisfatório
- ☐ Insatisfatório

Porquê? *

A sua resposta

9. Considerando os temas seguintes, selecione três que considera importantes serem abordados em contexto de formação em serviço. *

- ☐ Comunicação
- ☐ Trabalho em equipa
- ☐ Controlo da dor
- ☐ Controlo da dispneia
- ☐ Cuidados espirituais
- ☐ Nutrição/hidratação em fim de vida
- ☐ Sintomas gastrointestinais
- ☐ Delirium/confusão
- ☐ Cuidados à boca
- ☐ Via de administração sub-cutânea/hipodermoclise
- ☐ Outra: _____

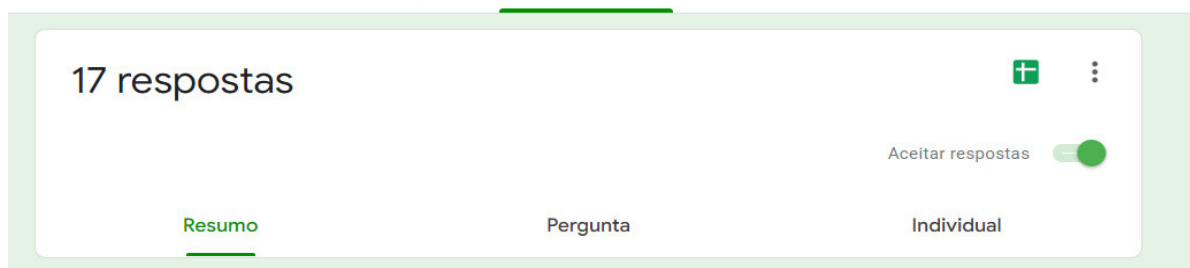
Apêndice II – Análise do questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem do serviço medicina do Hospital A

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM

No âmbito da realização do presente projeto e de modo a que a escolha do tema a abordar fosse ao encontro dos meus interesses pessoais, mas, também, contribuisse para a melhoria das necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem do serviço de medicina do Hospital A, realizei de forma informal o presente questionário com autorização da chefia do serviço.

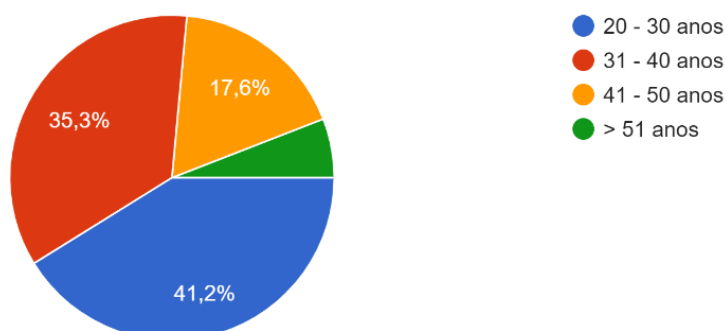
Neste sentido, começo por referir que a equipa de enfermagem é constituída por 23 elementos, sendo que à data da implementação do questionário, dois elementos encontravam-se de baixa médica.

No decorrer desta análise podem ser observadas as respostas dos colegas às questões colocadas, bem como a análise de conteúdo realizada às respostas, quando as questões eram de resposta livre. A realização desta análise teve em consideração os princípios da análise de conteúdo de Bardin (1977).



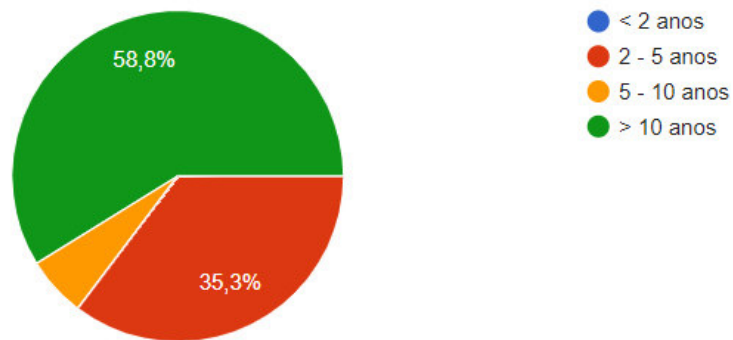
- 17 Elementos da equipa de enfermagem responderam ao questionário.
- 74% da equipa de enfermagem aderiu ao preenchimento do questionário.

1. Idade
17 respostas



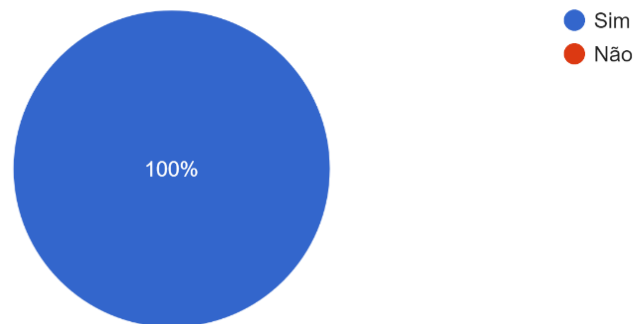
3. Anos de Profissão

17 respostas



7. No seu contexto profissional consegue identificar os doentes oncológicos que carecem de necessidades paliativas?

17 respostas



7.1. Como o faz?

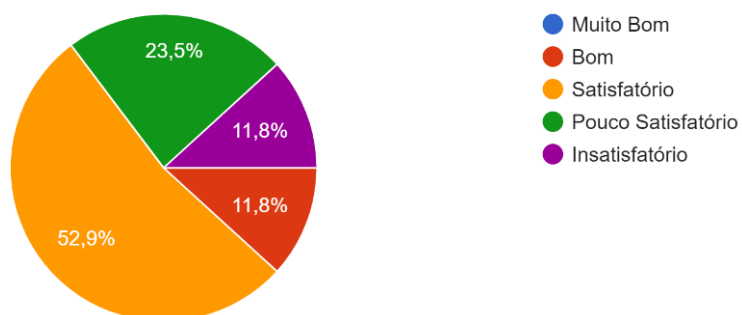
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise	Frequência
Situação Atual	Diagnóstico da Situação	* "Tenho em consideração o diagnóstico (...)" (E2); * "Primeiramente através do diagnóstico clínico (...)" (E9); * "(...) diagnóstico (...)" (E12); * "Conhecendo o diagnóstico (...)" (E13); * "Análise da situação clínica atual (...)" (E14); * "Diagnósticos (...)" (E15);	6
	Sintomatologia	* "(...) sintomatologia apresentada pela pessoa" (E2); * "Administração de terapêutica para controlo da dor e dispneia" (E4); * "(...) avaliação de sintomas descontrolados" (E7);	3

		* “(...) com a sintomatologia do doente” (E9); * “Avaliação de sintomatologia (...)” (E11);	
	Grau de dependência	* “(...) avaliação do grau de dependência do doente (...)” (E7);	1
Situação em Processo evolutivo	Antecedentes Pessoais	* “Avaliando o historial do doente” (E8); * “Análise do processo clínico - Antecedentes pessoais, histórico necessidades identificadas anteriormente (...)” (E14);	2
	Evolução da Situação	* “(...) estadiamento da doença (...)” (E2); * “Pela avaliação de estadio de doença e sua evolução, frequência de agudizações (...)” (E7); * “(...) evolução clínica do doente” (E12); * “Com base no estadio das doenças base” (E16); * “(...) evolução clínica (E15); * “Interligando os dados fornecidos pelo processo/ exames com o estado do utente”	6
Expetativas de Vida		* “tempo de vida espectável” (E9); * “(...) prognóstico da situação de saúde do doente” (E13); * “(...) perspectivas futuras a curto, medio e longo prazo” (E14);	3
Indicação médica		* “medidas de conforto” (E4); * “(...) ação medidas tomadas (...)” (E11);	2
Perceção Doente e Família		* “(...) sua perceção (...) de bem-estar (...)” (E7); * “(...) perceção (...) do seu familiar de referência de bem-estar” (E7); * “contexto familiar/social do doente” (E11);	3

Recursos de avaliação de necessidades paliativas	Observação	* “Através da observação do utente (...)” (E1); * “Observação clínica do utente (linguagem verbal e não verbal)” (E3); * “Observo o doente” (E5); * “de forma subjetiva observando o estado do doente (...)” (E12); * “Observação do doente” (E15); * “(...) estado geral do utente” (E16);	6
	Escalas	* “EDMONTON, SPICT, PPS, pergunta surpresa” (E10);	1

8. Como classifica o seu nível de conhecimentos na área dos Cuidados Paliativos?

17 respostas



8.1. Porquê?

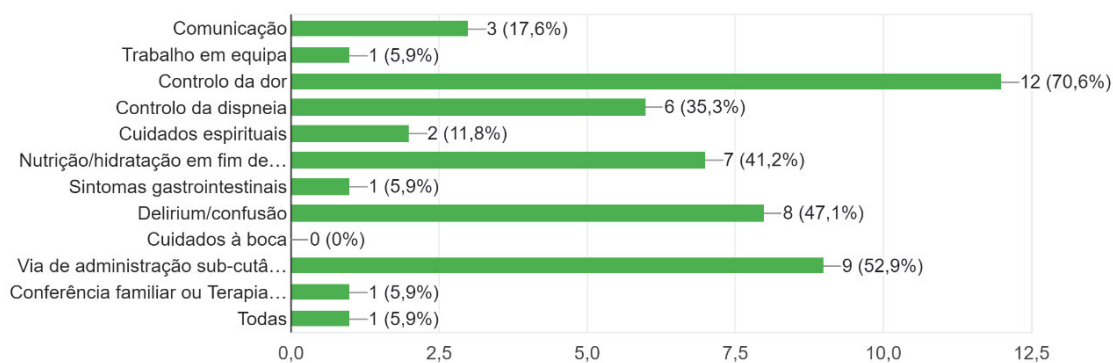
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise	Frequência
Insuficiente formação académica na área de CP		* “lacuna gigante em termos de formação académica naquilo que diz respeito aos Cuidados Paliativos (...)” (E2); “formações em serviço seriam sem dúvida uma mais valia para todos os profissionais (...)” (E2); * “(...) área que foi abordada muito superficialmente durante a licenciatura (...)” (E3); * “Não tenho formações na área” (E4);	7

		* "Sinto necessidade de maior formação a nível de analgésicos" (E5); * "Foi uma área que na minha formação de base não existia" (E7); * "Falta de formação direcionada (...) " (E11); * "Pouca formação na área" (E16); * "Déficits na identificação das necessidades do utente" (E1); * "Tenho dificuldade em Identificar quem necessita de cuidados paliativos" (E13);	
Formação básica na área de CP		* "Penso ter o conhecimento básico para fornecer os cuidados minimamente necessários para este tipo de utentes" (E6); * "(...) quer por pesquisa científica, que por formações de curta duração, fui procurando conhecimento na área. Mas considero ser a um nível básico, de iniciado" (E7); * "Já frequentei algumas ações de formação na área dos cuidados paliativos" (E12) * "Apenas fiz Curso de 8 Horas Cuidados Paliativos (...) " (E15);	4
Área de Interesse	Ausência de interesse na área dos CP	* "Por não ser uma área de preferência pessoal" (E14);	1
	Interesse em fazer formação na área de CP	* "(...) o conhecimento nesta área tão específica e tão importante parte do interesse/gosto, dinheiro e tempo que o próprio profissional pretende disponibilizar (...) " (E2); * "(...) a minha prática profissional sempre me direcionou para pessoas internadas com doenças	2

		crônicas ou incuráveis, com necessidades paliativas (...) (E7); * "Necessito de adquirir outras aprendizagens no que diz respeito a melhorar a qualidade de vida do doente" (E17);	
Valorização Profissional	Ausência de valorização profissional	* "(...) o profissional não vê este seu esforço a ser recompensado! Quer seja pelo não reconhecimento das suas capacidades/conhecimentos (...) " (E2);	1
	Trabalho em equipa	* "Contudo tenho colegas na equipa com conhecimentos diferenciados na área e que são uma mais valia, com partilha de conhecimentos e boas práticas" (E15);	1
Articulação com a Equipa Multidisciplinar		* "(...) difícil articulação com a restante equipa multidisciplinar" (E2);	1
Complexidade dos cuidados		* "A área de cuidados paliativos requer conhecimento aprofundado e específico" (E9);	1

9. Considerando os temas seguintes, selecione três que considera importantes serem abordados em contexto de formação em serviço.

17 respostas



**Apêndice III – Caracterização do campo de estágio I – Unidade de Cuidados
Paliativos A**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Caracterização do Campo Estágio I – Unidade de
Cuidados Paliativos A**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
outubro, 2022**

1. Lista de Questões Orientadoras para a Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos A

- Quando é que a UCP A iniciou atividade?
- Desde quando integra a RNCCI?
- Como está estruturada fisicamente a UCP A?
- Quais os serviços/profissionais em articulação com a UCP A?
- Quais os motivos/critérios de admissão na UCP A (RNCCI e privado)?
- Qual o método de trabalho?
- Como é feito o acolhimento do doente/família na UCP A?
- Quais os intervenientes?
- Existem reuniões familiares? Quais os motivos para o seu agendamento/periodicidade?
- Como é feito o planeamento de cuidados e a sua reavaliação? (PII?)
- Em que circunstâncias a família pode e deve estar presente?
- O acompanhamento/intervenção na família é possível e frequente?
- Qual a rede de suporte comunitária?
- A UCP A dispõe de projetos? Quais?

2. Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos A

A Unidade de Cuidados Paliativos A onde iniciei estágio clínico é uma unidade de cuidados paliativos especializados, visto que presta cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com doença avançada, progressiva e incurável, bem como à sua família/cuidador, respeitando a individualidade e singularidade de cada pessoa, numa visão humanista e holística, conforme preconiza a *European Association for Palliative Care* (2009).

Esta unidade encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e tem como objetivos prestar cuidados de saúde de máxima qualidade, ao doente, contribuindo para o seu bem estar bio-psico-social e espiritual; proporcionar uma prestação integrada de cuidados clínicos, acompanhamento, tratamento e apoio psicossocial, tendo em vista o controlo eficaz de sintomas e uma resposta ativa e global às suas necessidades; fomentar a participação dos familiares ou representantes legais no apoio ao doente; e proporcionar um ambiente seguro, confortável, humanizado, promotor de autonomia e qualidade de vida.

De acordo com *European Association for Palliative Care* (2009, p.286) "*specialist palliative care services require a team approach, combining a multiprofessional team with an interdisciplinary mode of work. Team members must be highly qualified and should have their main focus of work in palliative care*". Neste sentido, os cuidados são prestados por uma equipa interdisciplinar especializada, da qual fazem parte: três médicos, catorze enfermeiros, um fisioterapeuta, uma assistente social, uma psicóloga, um assistente espiritual, oito assistentes operacionais e quatro voluntários (que para integrarem a equipa têm de dispor de formação na área dos cuidados paliativos). Conta ainda com outros profissionais que prestam serviços de apoio e suporte como: terapeuta ocupacional, administrativos, entre outros.

Esta unidade ao prestar cuidados especializados no âmbito dos Cuidados Paliativos desempenha um papel fundamental no apoio às outras unidades da instituição, uma vez que detém de um vasto conhecimento e competências que permite articular com as diversas equipas e realizar consultadoria via telefónica 24h/dia.

A prestação de cuidados é assegurada diariamente por três enfermeiros e três assistentes operacionais no período da manhã, dois enfermeiros e três assistentes operacionais no período da tarde e um enfermeiro e uma assistente operacional no período noturno. O método de trabalho preferencial da equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, dado que reflete as necessidades e a centralidade do doente e família como o centro dos cuidados, sem nunca descurar o trabalho em equipa, pois sendo um dos pilares dos cuidados paliativos revela-se de elevada importância para os cuidados de excelência e a continuidade dos mesmos (Ventura-Silva et al., 2021).

É neste sentido que, semanalmente, a equipa multidisciplinar se reúne para expor e discutir a situação clínica de cada doente, bem como as suas necessidades e as da respetiva família, de modo a estabelecer uma proposta de plano de cuidados individualizado, tendo em conta os diferentes pontos de vista expostos e os contributos de cada elemento, com vista a encontrar soluções partilhadas e consensuais que serão à posteriori apresentadas ao doente/família para obtenção do seu aval. Da mesma forma que Paiva et al., (2012) salientam que

as reuniões de equipa são fundamentais para promover a colaboração interdisciplinar entre os diferentes elementos (...) permite estabelecer um plano de cuidados holístico, a tomada de decisões, onde se constroem opiniões e competências de forma interdisciplinar e onde a prática pode ser discutida sempre com o apoio da equipa (p.49).

Estruturalmente a unidade inclui uma sala de enfermagem, uma sala de reuniões, uma sala de apoio espiritual, uma sala de estar e de refeições, uma copa, um jardim exterior e catorze quartos, dos quais treze são individuais e um duplo, podendo receber até um total de quinze pessoas. Desses, alguns estão integrados na RNCCI.

Contudo a aceitação de cada pessoa na unidade respeita um conjunto de critérios que após avaliação e validação do Diretor Clínico e da Enfermeira Chefe, inicia o internamento na UCP A. As referenciações ocorrem maioritariamente em pessoas em fase terminal, para controlo sintomático, para intervenção psicológica (doente/família) e por exaustão do cuidador.

Esta unidade presta cuidados a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, oncológica e não oncológica em todas as faixas etárias.

O acolhimento na unidade é realizado por um enfermeiro, uma psicóloga e um médico que recolhe junto do doente/família um conjunto de dados importantes, que serão o mote para a realização de uma anamnese completa e, consequentemente, a elaboração do plano individual de intervenção adequado às suas especificidades. Este será discutido e negociado com o doente/família, uma vez que são elementos ativos no processo de tomada de decisão e parceiros nos cuidados.

Neste sentido, a realização da conferência familiar revela-se primordial na gestão das emoções, desejos e objetivos de todos os intervenientes no planeamento dos cuidados, ajustando expectativas e identificando estratégias adaptativas ao processo saúde-doença que estão a experienciar. Da mesma forma que Nobre (2019) destaca que a conferência familiar é uma “ferramenta de intervenção de comunicação efetiva adaptada às necessidades do doente e família, podendo facilitar a aceitação de um plano de cuidados e melhorar a adaptação à complexidade da doença” (p.21).

Por conseguinte, e sendo o apoio à família um dos pilares dos cuidados paliativos, é igualmente imprescindível que o profissional de saúde intervenha junto desta precocemente, encorajando a expressão de sentimentos e auxiliando no processo de consciencialização da finitude e vivência da terminalidade, proporcionando-lhes um luto “normal”, mas, também, acompanhamento após a morte do seu familiar. Dito isto, importa salientar que esta unidade dispõe de dois projetos de intervenção de apoio no luto, implementados por um enfermeiro perito na área e uma psicóloga clínica, a todos os familiares que experienciem a morte do seu ente querido.

Referências Bibliográficas

European Association for Palliative Care (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278-289.

Nobre, V. S. D. (2019). *As conferências familiares numa Unidade de Cuidados Paliativos: análise do seu conteúdo*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/39416>

Paiva, C., Caldas, A. C. & Capelas, M. L. (2012). Caracterização do trabalho em equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 5(1-2), 47-63. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2829>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. D. S., Trindade, L. D. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <https://periodicos2.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Apêndice IV – A intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor
do doente oncológico em situação paliativa: *revisão de scoping*

A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR DO DOENTE ONCOLÓGICO EM SITUAÇÃO PALIATIVA: REVISÃO DE SCOPING

The nurse's specialized intervention in the control of pain in oncological patients with palliative needs: A scoping review

Soraia de
Fátima Simão
Costa¹

¹ Enfermeira de
Cuidados Gerais
no Serviço de
Internamento de
Medicina do
Hospital A

RESUMO

Introdução: A dor é o sintoma mais experienciado e temido pelos doentes oncológicos em situação paliativa, pelo que o seu controlo deve estar na base do cuidar em enfermagem.

Objetivo: Explorar a literatura existente com o intuito de mapear a evidência disponível relativamente à intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico com necessidades paliativas.

Metodologia: A Revisão de *Scoping* foi realizada de acordo com a metodologia da *Joanna Briggs Institute* (JBI) através da identificação da população, conceito e contexto (PCC) e com recurso às bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Apresentação e discussão dos dados: Foram selecionados 12 artigos, que identificam a intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, emergindo três grupos de intervenção: a Comunicação, a Educação em Saúde e a Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor.

Conclusão: A sistematização da informação recolhida contribui para a identificação de um vasto espectro de intervenções não farmacológicas que o enfermeiro pode intervir autonomamente no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto da pessoa e família.

Palavras-Chave: intervenção especializada do enfermeiro; dor; controlo da dor; doente oncológico; situação paliativa.

ABSTRACT

Background: Pain is the most experienced and feared symptom by cancer patients in palliative situations, so its control should be at the base of nursing care.

Objective: To explore the existing literature in order to map the available evidence regarding the specialized intervention of nurses in the control of pain of oncologic patients with palliative needs.

Methodology: The Scoping Review was carried out according to the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI) through the identification of the population, concept and context (PCC) and using the CINAHL and MEDLINE databases.

Presentation and discussion of the data: A total of 12 articles were selected, which identify the specialized intervention of the nurse in the control of the pain of cancer patients in a palliative situation, with three intervention groups emerging: Communication, Health Education and Adjuvant Intervention in Pain Control.

Conclusion: The systematization of the information collected contributes to the identification of a wide spectrum of non-pharmacological interventions that the nurse can intervene autonomously in the control of the pain of cancer patients in palliative situations, with a view to promoting the comfort of the person and family.

Keywords: specialized intervention of the nurse; pain; pain management; cancer patient; palliative care.

Introdução

O cancro é considerado um acontecimento de vida desafiador, com um impacto significativo na vida do pessoa e família, e indutor de sofrimento, dada a conotação negativa que acarreta ao ser associado à morte (Raimundo, 2014). Efetivamente, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2022) salienta que o cancro é a segunda causa de morte no mundo com cerca de 10 milhões de mortes em 2020, e em Portugal com 30168 mortes no mesmo ano.

O número de novos casos continua a aumentar todos os anos, conforme comprova a Direção Geral da Saúde (DGS, 2022) ao mencionar que entre 2018 e 2020 verificaram-se cerca de 10000 novos casos de cancro em Portugal.

O investimento na investigação e os avanços tecnológicos ao nível da deteção precoce do cancro, no tratamento e nos cuidados de suporte que lhe estão inerentes, contribuíram para taxas de sobrevivência mais elevadas induzindo mais otimismo junto da pessoa e família (Commission European, 2022).

Contudo, *"the people will live longer with the sequelae of cancer and*

disease-directed treatments" (Fielding, et al., 2013, p.584).

A dor está, indubitavelmente, associada ao doente oncológico. É um dos sintomas mais frequentemente associado ao cancro e, consequentemente, mais temido por quem o experiencia (Fielding et al., 2013), podendo manifestar-se associada: à evolução da doença (60-90% dos casos); aos efeitos do tratamento (5-20%) e a outras comorbilidades, que não o cancro (3-10%) (Cardoso, 2014).

O controlo da dor é emergente, visto que surge como uma sensação de ameaça ao conforto, condicionando as decisões e comportamentos do doente (Rodrigues, 2017). Assim, "assegurar o controlo de sintomas, diminuindo o sofrimento dos doentes garante o conforto, possibilitando que vivam em plenitude" (p. 49).

Por conseguinte, e dada a complexidade da dor, e as implicações que acarreta para a vida da pessoa e família a *International Association for the Study of Pain* (IASP) em 2020 redefiniu o seu conceito tornando-o mais amplo: *"An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage"*.

A ausência de dor é um direito básico dos doentes que dela padecem, que só pode ser descrito pelo próprio. Revela-se um dever ético do profissional de saúde adequar e implementar medidas que promovam o alívio e o controlo eficaz da dor, humanizando e individualizando os cuidados (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003), pelo que uma avaliação detalhada da dor, caracterizando-a tendo em conta o início e a duração, localização, tipo, intensidade, fatores de alívio, de agravamento e precipitantes, é primordial (Abejas & Duarte, 2021).

É igualmente fulcral ter em conta a durabilidade da mesma, pois de acordo com Ercolani et al., (2018, p.154) “a maior parte dos quadros de dor em oncologia é crônica, ou seja, com duração maior que 3 meses, sendo de característica mais contínua”.

Além disso Fallon et al., (2018) salientam que 70% dos doentes oncológicos apresentam dor na fase avançada e quase todos têm dor na fase terminal da doença, pelo que reforçam a ideia de que o tratamento deve ser integrado numa cultura de cuidados paliativos (CP).

Também Almeida et al., (2018) ao citarem INCA (2015) salientam a

importância de abordar a dor na perspetiva dos CP para uma compreensão mais subjetiva. De fato, “a abordagem paliativa entra em cena para o manejo e controlo de sintomas, para cuidar dos aspectos psicossociais e do processo de adoecimento” (p.76), bem como, promover o conforto da pessoa e família, através de uma abordagem da “dor total”, multidimensional, onde as dimensões: psicológica, social, espiritual e física são indissociáveis, pois o comprometimento de uma delas, provoca um desequilíbrio nas restantes e traduz-se em mais sofrimento para a pessoa e família (Abejas et al., 2021).

Em 2018 a International Association for Hospice e Palliative Care definiu CP como os cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias.

Por conseguinte, “os cuidados paliativos devem ser oferecidos o mais cedo possível a fim de minimizar a dor” (Nóbrega et al., 2019, p.9). O enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar especializada, assume um papel preponderante no controlo da dor, pois

é o profissional que mais tempo passa com o doente, possibilitando uma avaliação da dor mais precisa e a adoção de um plano terapêutico individualizado e humanizado. “Sendo a dor o resultado de uma equação complexa envolvendo fatores biológicos, psíquicos e sociais, um tratamento multifatorial será mais efetivo que qualquer tratamento isolado” (Abejas et al., 2021, p.52).

Ercolani et al. (2018) ressaltam também que “na dor crônica oncológica, além da abordagem farmacológica, práticas integrativas deverão ser aplicadas com o objetivo de oferecer ao paciente uma medicina mais humanizada” (p. 160), pois o controlo da dor com recurso a medidas farmacológicas não é efetivo para 100% dos doentes (Esteves, 2019).

Por consequência, as medidas não farmacológicas, revelam-se uma alternativa terapêutica equilibrada, segura e bem tolerada, que em associação com a terapêutica farmacológica potencia o efeito terapêutico global (Peixoto, 2016).

Os progressos que têm surgido na prevenção e controlo da dor, não têm sido suficientes e ainda existem muitas pessoas cujo controlo da dor é ineficaz (Barbosa et al., 2016).

Neste sentido, considero pertinente mapear a evidência disponível no que concerne à intervenção especializada do enfermeiro no tema em estudo.

Assim, realizei uma pesquisa preliminar nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) por forma a verificar a pertinência deste tema. A inexistência de uma revisão de *scoping* relativa a este tema específica, comprovou a importância de aprofundar e desenvolver conhecimento na área.

Destarte, o objetivo da presente revisão traduz-se na pesquisa e análise da literatura existente mais atualizada de modo a mapear a evidência disponível face à intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa.

Objetivo/Questão de Pesquisa

O objetivo da presente revisão de *scoping* prende-se com a análise da literatura existente de modo a mapear a evidência disponível relativamente à intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico

em situação paliativa, bem como identificar futuras áreas de investigação no âmbito da intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor com vista a promover o conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Neste sentido e, tendo por base os objetivos supracitados, surge a questão à qual se pretende dar resposta:

“Quais as intervenções especializadas do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa?”

A questão de pesquisa foi formulada através da mnemónica **PCC** – **P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto, respetivamente. Neste sentido, a **P**opulação são todos os doentes oncológicos adultos em situação paliativa, o **C**onceito as intervenções especializadas desenvolvidas pelo enfermeiro no controlo da dor da população anteriormente referida, e quanto ao **C**ontexto são admitidos todos os contextos clínicos na área dos cuidados paliativos.

Critérios de Inclusão

Como referi anteriormente a questão de pesquisa foi formada a partir do **PCC**. Neste sentido, e de modo a recolher evidência científica pertinente ao tema e que responda à questão formada, foram deliniados um conjunto de critérios que serão tidos em consideração na seleção dos artigos a analisar, como pode ser observado resumidamente no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tipos de Participantes	
Pessoa com doença oncológica em situação paliativa com idade igual ou superior a 19 anos de idade.	Pessoa com doença oncológica em situação paliativa com idade igual ou inferior a 18 anos de idade.
Conceito	
Intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor	Qualquer estudo que não aborde a intervenção do enfermeiro e o controlo da dor.
Contexto	
Cuidados Paliativos	Que não abranja ou faça referência ao contexto de Cuidados Paliativos
Tipos de Texto	
Estudos Primários e Secundários	Todos os estudos que não sejam Primários e Secundários

Data de Publicação	
Textos publicados entre 2017 e 2022	Textos com data de publicação prévia a 2017
Idiomas	
Qualquer idioma que seja da compreensão da autora: Português, Inglês, Espanhol e Francês	Todos os idiomas que não sejam compreendidos pela autora

Fonte: Elaborado pelos autores

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi delineada tendo em conta as considerações explanadas no *Joanna Brigs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis* (2020), operacionalizada em três passos e em conformidade com a questão de pesquisa.

Inicialmente recorri às bases de dados CINAHL e MEDLINE de modo a identificar adequadamente os termos

em linguagem natural que melhor refletiam a população, o conceito e o contexto em estudo para cada base de dados anteriormente mencionada.

De seguida determinei as palavras-chave e os termos indexados para cada base de dados como pode ser observado no quadro 2.

Na CINAHL para a **População** identifiquei os seguintes termos: (MH "*Cancer Patients*") e (MH "*Terminally ill patients*"), para o **Conceito** (MH "*Pain*") e (MH "*Pain Management*") e para o **Contexto** (MH "*Palliative Care*").

Na MEDLINE os termos que utilizei para a **População** foram (MH "*Terminally ill*") e (MH "*Neoplasms*"), para o **Conceito** (MH "*Oncology Nursing*"), (MH "*Pain*") e (MH "*Pain Management*") e para o **Contexto** (MH "*Palliative Care*") e (MH "*Terminal Care*").

Quadro 2 - Linguagem natural e termos indexados CINAHL e MEDLINE

	Linguagem Natural		Termos de Indexação	
	Português	Inglês	CINAHL	MEDLINE
P (População)	Doente Oncológico	Cancer Patient	Cancer Patients	-----
	Doente Terminal	Terminally ill Patient	Terminally ill patients	Terminally ill
	Doente com Neoplasia	Patient with neoplasm	-----	Neoplasms
C (Conceito)	Intervenções do Enfermeiro	Nurse's Interventions	-----	Oncology Nursing
	Dor	Pain	Pain	Pain
	Controlo da Dor	Pain Control	Pain Management	Pain Management
C (Contexto)	Cuidados Paliativos	Palliative Care	Palliative Care	Palliative Care
	Cuidados Teminais	Terminal Care	-----	Terminal Care

Fonte: Elaborado pelos autores

Identificados os termos a utilizar em cada uma das bases de dados e de modo a relacioná-los recorri aos operadores booleanos OR e AND. Importa ainda clarificar que em ambas as bases de dados, para que a população em

estudo correspondesse aos critérios de inclusão e excluísse todas as pessoas com idade inferior ou igual a 18 anos de idade utilizei a opção da "Idade". A pesquisa pode ser observada de forma resumida no quadro 3.

Quadro 3 – Tutorial de pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE

CINAHL		MEDLINE	
Nº de identificação da pesquisa	Termos de pesquisa	Nº de identificação da pesquisa	Termos de pesquisa
S1	(MH "Cancer Patients")	S1	(MH "Terminally ill")
S2	(MH "Terminally ill patients")	S2	(MH "Neoplasms")
S3	S1 OR S2	S3	S1 OR S2
S4	(MH "Pain")	S4	(MH "Oncology Nursing")
S5	(MH "Pain Management")	S5	(MH "Pain")
S6	S4 OR S5	S6	(MH "Pain Management")
S7	(MH "Palliative Care")	S7	S5 OR S6
S8	S3 AND S6 AND S7	S8	(MH "Palliative Care")
		S9	(MH "Terminal Care")
		S10	S8 OR S9
		S11	S3 AND S4 AND S7 AND S10

Fonte: Elaborado pelos autores

No terceiro e último passo analisei a amostra de artigos encontrados nas duas bases de dados, perfazendo um total de 889 artigos, que foram à posteriori submetidos aos limitadores de pesquisa, que correspondem aos critérios previamente identificados (estudos primários e secundários em português, inglês, espanhol e francês e cuja data de publicação esteja compreendida entre 2017 e 2022) totalizando 227 artigos para análise.

Destes, foram excluídos 2 artigos que se encontravam em ambas as bases de dados, pelo que foram admitidos 225 artigos para leitura do título e resumo.

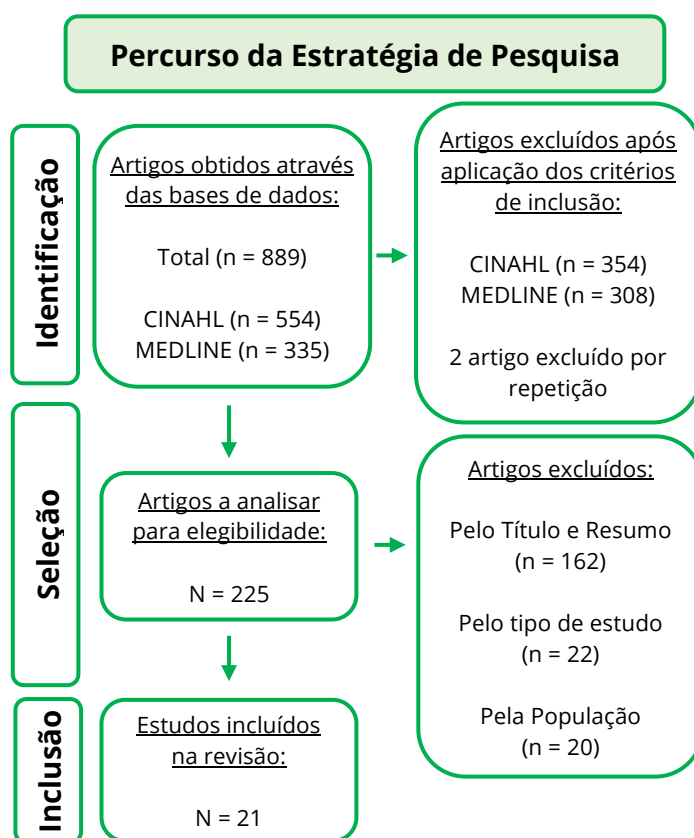
De modo a reduzir os vieses e verificar a elegibilidade da presente revisão, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes, através do Rayyan®.

Após a leitura dos títulos e resumos dos 225 artigos. Excluí-se 162 artigos cujos títulos e resumos não

abordavam o tema em estudo, 22 estudos cujo tipo de estudo não correspondia aos critérios de inclusão, pois não se tratava de estudos primários ou secundários e 20 estudos cuja população não correspondia à que foi determinada para esta revisão.

Assim, são elegíveis para análise do texto integral 21 artigos (fluxograma 1). Estes serão analisados, por forma a verificar se respondem à questão de pesquisa e se contribuem para o desenvolvimento de conhecimento científico na área.

Fluxograma 1 – Percurso da Estratégia de Pesquisa¹



¹Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. Doi: 10.1136/bmj.n71

Após a leitura integral dos 21 estudos, e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, constatei que apenas 12

respondiam à questão de pesquisa e eram elegíveis para análise.

Os 9 excluídos abordavam questões relativas: a terapias

complementares com resultado na gestão de sintomas como a dor/desconforto, mas realizadas por outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, musicoterapeutas, médicos, entre outros); ao relato dos doentes, familiares e cuidadores na autogestão da dor, sem suporte formal de profissionais de saúde; a terapias complementares inovadoras que não apresentam evidências significativas no alívio da dor quando comparada com outros sintomas; ao interesse dos doentes no recurso a terapias complementares; a estratégias/ ferramentas de caracterização e avaliação da dor; a prevalência da dor e os resultados do tratamento farmacológico.

Extração dos Dados

Neste capítulo, para proceder à extração dos dados recorreu-se ao modelo disponibilizado no *Manual for Evidence Synthesis* (2020) publicado pelo JBI, e adaptámo-lo à pesquisa, de modo a sistematizar os resultados obtidos de forma clara, estruturada e sintética

tendo em conta o objetivo e a questão de pesquisa em análise.

Neste âmbito, construiu-se um quadro, que se considerou importante para organizar os resultados obtidos dos artigos em estudo. Este inclui os itens: Identificação do Artigo; Título do Artigo; Ano de Publicação; Local do Estudo; Palavras-chave; População em Estudo; Tipo de Estudo/Metodologia; Objetivo do Estudo e Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem (Quadro 4).

Quadro 4 – Quadro representativo da extração de dados dos estudos em análise

Identificação	
Título do Artigo	
Ano da Publicação	
Local de Estudo	
Palavras-chave	
População em Estudo	
Tipo de Estudo/ Metodologia	
Objetivo do Estudo	
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	

Fonte: Elaborado pelos autores

Apresentação dos Resultados

Como foi referido anteriormente, os resultados obtidos (N=12) serão apresentados e organizados em tabelas

individuais, realizadas pelos autores, de modo a facilitar a sua leitura e compreensão, bem como a comparação entre eles. Dito isto, podem ser observados nos quadros seguintes.

Quadro 5 – Análise do Artigo n.º 1

Identificação	Artigo n.º 1 (A1)
Referência Bibliográfica	Austin, P. D., Siddall, P. J., & Lovell, M. R. (2022). Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 30(5), 3995–4005. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x
Título do Artigo	Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study.
Ano da Publicação	2022.
Local de Estudo	Sidney, Austrália.
Palavras-chave	Virtual reality; cancer pain; palliative care; pain relief; presence.
População em Estudo	Doentes em cuidados paliativos com dor oncológica e com idade superior a 18 anos (n = 14).
Tipo de Estudo/Metodologia	Estudo randomizado cruzado de sessão única, após o qual responderam a uma entrevista semiestruturada qualitativa. (Ensaio de viabilidade transversal aleatória).
Objetivo do Estudo	Determinar a fiabilidade e eficácia preliminar dos ensaios controlados randomizados em 3D headmounted (HMD) realidade virtual (RV) para o controlo da dor oncológica em adultos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* As investigações sobre os mecanismos da analgesia da RV em contextos experimentais mostram que o grau de efeito analgésico depende do sentido de presença do utilizador no ambiente virtual; * As evidências crescentes mostram que a RV é uma intervenção analgésica eficaz para as condições crónicas da dor; * A RV pode ser um adjuvante eficaz e relativamente inofensivo para a gestão da dor em pessoas com cancro e funciona através de distração; * No pós-intervenção, os participantes relataram uma diminuição média da dor de 43% com o 3D HMD RV em comparação com 34% usando a aplicação de ecrã 2D; * Este estudo mostra viabilidade e aceitabilidade de RV para doentes em cuidados paliativos. Ambas as plataformas 3D e 2D foram bem toleradas pelos participantes que descreveram experiências positivas durante e após as sessões; * Os participantes com dor oncológica reportam reduções significativas na intensidade da dor durante, imediatamente após a intervenção e até 20 min após ambas as intervenções; * A distração de atenção é provavelmente a melhor explicação para o efeito analgésico da RV para a dor neste estudo, especialmente no que diz respeito ao uso RV de curto ou único período de sessão. * A utilização da RV em CP é aceitável e exequível, proporcionando alívio de dor.

Quadro 6 – Análise do Artigo n.º 2

Identificação	Artigo n.º 2 (A2)
Referência Bibliográfica	Campling, N., Richardson, A., Mulvey, M., Bennett, M., Johnston, B., & Latter, S. (2017). Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals'

	perspectives on managing medicines. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 76, 45–54. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.019
Título do Artigo	Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines
Ano da Publicação	2017.
Local de Estudo	Inglaterra, Reino Unido.
Palavras-chave	Analgesia; End of life; Opioids; Pain management; Palliative care; Qualitative; Self-management.
População em Estudo	38 pessoas: 15 doentes, no último ano de vida e com dor; 4 cuidadores sob cuidados de serviços especializados de cuidados paliativos de base comunitária e 19 profissionais de saúde especialistas em cuidados paliativos.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo qualitativo (colheita de dados através de em grupos focais e entrevistas).
Objetivo do Estudo	Identificar os pontos de vista do doente, cuidador e profissional de saúde acerca do conceito de apoio à autogestão no fim de vida, especificamente em relação à analgesia e aos fármacos utilizados (para controlo de efeitos secundários), de modo a descrever, caracterizar e explicar o apoio à autogestão neste contexto.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* Foram delineados oito papéis profissionais de enfermagem que apoiam a autogestão: Advogado - Garantir que os doentes recebem o tratamento mais adequado às suas necessidades no que diz respeito ao controlo sintomáticos, através do fármaco certo, pela via certa; Educador - Instruir e aperfeiçoar o conhecimento dos doentes e cuidadores, fornecendo informações uteis e diminuindo o défice de conhecimentos face a: tipos de dor e quais medicamentos são mais adequados para cada pessoa; descrever cada fármaco, o que é, para que serve e como tomá-lo; explicar a necessidade e a importância do ajuste terapêutico, expondo as alternativas existentes se a dor não for controlada ou os efeitos secundários forem intoleráveis; informações sobre os efeitos secundários; explicar a importância do equilíbrio entre a dosagem de opióides e de laxantes; destacar a importância de monitorizar a eficácia dos fármacos; Facilitador - Auxiliar nas questões práticas, por exemplo, armazenar, organizar e administrar medicamentos conforme necessário; Solucionador de problemas - Identificar o melhor fármaco e dosagem para o doente, tendo em conta os possíveis efeitos secundários, reconhecendo que isso exigia ajustes ao longo do tempo; Comunicador - Selecionar o estilo de comunicação mais adequado para o doente e família (mediador e comunicador); Definidor de metas - Propor opções e permitir que o indivíduo decida o que prefere e planear os cuidados em parceria; Educador - Validar se a informação foi compreendida; Repórter - Monitorizar o envolvimento do doente nas decisões e rever a eficácia dos fármacos no seio de uma equipa multidisciplinar.

Quadro 7 – Análise do artigo n.º 3

Identificação	Artigo n.º 3 (A3)
Referência Bibliográfica	Céspedes, M. A. B., Díaz, L. P. E., Ramírez, M. L. J., & Sabogal, M. C. G. (2019). Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. <i>Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo</i> , 21(2).
Título do Artigo	Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas
Ano da Publicação	2019.
Local de Estudo	Colômbia
Palavras-chave	Palliative care, nursing, injury, ulcer, tumor.

População em Estudo	Não Aplicável
Tipo de Estudo/ Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivo do Estudo	Consolidar os achados da literatura sobre as práticas de enfermagem em cuidados paliativos de pacientes com feridas oncológicas, quanto ao controlo do exsudado, dor e odor, por meio de uma revisão integrativa da literatura que contribua para o controlo desses sintomas com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A dor é um dos sintomas físicos mais comuns das feridas oncológicas e que mais influenciam a esfera psicossocial do doente. * Intervenções de enfermagem para o controlo da dor: » Adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas para reduzir a ansiedade em doentes com dor associada à ferida; » Conversar com o doente para identificar ansiedade e estabelecer um ritmo para a realização do tratamento de acordo com as preferências e tolerância do mesmo, possibilitando sempre que necessário um período de “pausa”; » Administrar analgésicos antes da realização do tratamento (opióides de ação rápida); » Educação para o doente e família, explicando os mecanismos da dor, esclarecer dúvidas e preocupações acerca da dor e dos fármacos em tratamento; » Recorrer a calor ou frio; Massagens e vibrações; Terapias de posicionamentos; Redução e Alívio da pressão; Exercício. » Diminuição da ansiedade inerente à dor: técnicas de distração, educação, grupos de apoio, imagens, relaxamento e respiração, meditação, musicoterapia, arteterapia, aromaterapia. » Terapia cognitiva: terapia cognitivo-comportamental, pensamento positivo, habilidades de resolução de problemas; » Aliança terapêutica por meio de técnicas de comunicação assertiva e terapêutica, escuta reflexiva, estabelecimento de metas, expectativas, empatia; » Empowerment: respeitar as escolhas individuais do doente, maximizar a autonomia, participação ativa.

Quadro 8 – Análise do artigo n.º 4

Identificação	Artigo n.º 4 (A4)
Referência Bibliográfica	Clark, C. S. (2018). Medical Cannabis: The oncology nurse's role in patient education about the effects of marijuana on cancer palliation. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 22(1).
Título do Artigo	Medical Cannabis: The oncology nurse's role in patient education about the effects of marijuana on cancer palliation
Ano da Publicação	2018.
Local de Estudo	Estados Unidos da América
Palavras-chave	Cannabis; oncology; palliation; marijuana; nursing.
População em Estudo	Não Aplicável
Tipo de Estudo/ Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivo do Estudo	Discutir acerca do sistema endocanabinóide humano como base para uma melhor compreensão da natureza paliativa e curativa da cannabis como medicamento, bem como métodos de entrega de cannabis e o papel emergente da enfermeira oncológica neste domínio.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A cannabis é um medicamento paliativo que pode fornecer analgesia; * A cannabis pode ser usada para tratar a dor crônica e a dor neuropática; * O uso de cannabis é seguro e eficaz quando administrado com opioides, fornecendo um meio de limitar a dosagem de opioides; * A cannabis tem um efeito sinérgico com os opióides e pode aumentar a eficácia dos opióides sem afetar a função do tronco cerebral;

	* O processo de enfermagem pode ser usado para trabalhar com pacientes com cancro que usam cannabis ou têm interesse em usar; * A intervenção do enfermeiro passa por: - Orientar o doente no uso de cannabis com fins paliativos; - Ensinar os doentes e familiares sobre os benefícios e desafios do uso de cannabis; - Facilitar a escolha dos doentes oncológicos em situação paliativa em relação ao uso da cannabis para o controlo da dor; * Os enfermeiros podem estar na linha de frente para facilitar as escolhas dos pacientes com esse medicamento paliativo; * Os enfermeiros têm a oportunidade de apoiar, educar e monitorar diretamente o processo de palição oncológica dos pacientes, no qual a cannabis pode desempenhar um papel importante; * Apoiar a autonomia dos pacientes ao determinar quais modalidades paliativas eles gostariam de usar.
--	--

Quadro 9 – Análise do artigo n.º 5

Identificação	Artigo n.º 5 (A5)
Referência Bibliográfica	Cowperthwaite, S. M., & Kozachik, S. L. (2019). Improving the Pain Experience for Hospitalized Patients with Cancer. <i>Oncology nursing forum</i> 46(2).
Título do Artigo	Improving the Pain Experience for Hospitalized Patients with Cancer
Ano da Publicação	2019
Local de Estudo	Instituto Nacional de Cancro de Baltimore, Maryland, Estados Unidos da América
Palavras-chave	Pain; pain intensity; patient education; quality improvement project; patient satisfaction.
População em Estudo	Doentes internados na unidade de oncologia médica de tumor sólido que tiveram uma pontuação de intensidade de dor registada de 1 ou mais a qualquer momento durante a hospitalização. Também foi incluída a equipe permanente de enfermagem que prestava cuidados diretos ao doente durante o período do estudo.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo pré e pós-intervenção
Objetivo do Estudo	Determinar o efeito de uma intervenção agrupada com analgésicos baseada em evidências, no score de satisfação do controlo da dor e nos scores reais de intensidade da mesma em doentes hospitalizados com cancro, bem como no conhecimento e nas atitudes dos enfermeiros em relação à dor.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* Intervenção agrupada de analgésicos: Dor: Atitude positiva e validação da dor; Avaliação e reavaliação da dor; Individualizando a educação do doente. Analgésicos: Definindo expectativas; Abordagem de equipa; Transições orais; Eliminando equívocos; Linguagem cuidadosa. * Intervenções para melhorar a gestão da dor: Comunicação, comportamentos de cuidado e respostas oportunas: Informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5; Utilizar uma linguagem cuidada com os doentes; Preparar antecipadamente discussões sobre a dor; Incentivar o questionamento sobre a dor; Manter uma atitude positiva; Validar a dor com os doentes; Fornecer respostas oportunas às solicitações dos doentes; Estabelecer expectativas com os doentes; Utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras. Educação do doente: Recorrer a vários métodos/materiais educacionais uteis e pertinentes para o doente; Abordar mitos e equívocos; Proporcionar uma educação contínua e individualizada ao doente. Manter o uso de analgésicos: Envolver a equipa na otimização do plano terapêutico do doente; Encorajar a adesão ao regime terapêutico pré-estabelecido; Gerir a via de administração mais adequada e realizar rotação de via cuidadosamente e quando necessário.

	* A experiência da dor dos doentes pode ser melhorada através da utilização de estratégias focadas em melhorar a comunicação sobre a dor e a gestão da dor, demonstrar comportamentos de cuidado e fornecer respostas atempadamente; fornecer aos doentes uma educação significativa; e trabalhar com a equipa de saúde para manter os níveis analgésicos dos doentes. * Os enfermeiros, nas suas funções de cuidadores, educadores e advogados do doente, podem melhorar a experiência da dor dos doentes hospitalizados que são diagnosticados com um cancro do tumor sólido.
--	---

Quadro 10 – Análise do artigo n.º 6

Identificação	Artigo n.º 6 (A6)
Referência Bibliográfica	Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. <i>Pain Management Nursing</i> , 22(6), 716-723.
Título do Artigo	Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals
Ano da Publicação	2021
Local de Estudo	Nordeste Estados Unidos da América
Palavras-chave	-----
População em Estudo	≥ 18 anos de idade com dor oncológica a receber cuidados paliativos e que comuniquem em inglês.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo prospetivo, longitudinal (piloto e de viabilidade).
Objetivo do Estudo	Testar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção de entrevista motivacional em vários pontos temporais liderada por enfermeiras e explorar as atitudes e comportamentos dos participantes relacionados ao ambiente de objetivos funcionais de dor. O objetivo secundário foi explorar a autoeficácia da dor ao longo do tempo e descrever os comportamentos dos participantes envolvidos em relação ao estabelecimento de objetivos funcionais de dor.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A entrevista motivacional (EM), baseia-se no princípio de que os doentes tendem a aceitar mudanças comportamentais quando são guiados em discussões clínicas sobre objetivos, em vez de persuadidos sobre a mudança de comportamento. * Quatro princípios fundamentais para a EM: - Evitar corrigir os pensamentos ou comportamentos do doente; - Envolver os doentes na exploração e compreensão dos sentimentos de ambivalência; - Escuta ativa (ouvinte empático); - Capacitar os doentes para decidir e adotar mudanças de comportamento. * A intervenção consiste em uma entrevista motivacional conduzida por um enfermeira, com discussão sobre experiências pessoais de dor oncológica, conhecimentos e comportamentos sobre o controlo da dor e resultados esperados. * A aplicabilidade da EM requer por parte do enfermeiro treino didático e prático em EM, de modo a conduzir a entrevista através da utilização de métodos de discussão de EM, incluindo orientar, acompanhar e direcionar os participantes a revelarem os efeitos da dor nas atividades de vida diária e abordar os doentes acerca das estratégias que utilizam para controlar a dor, com vista a estabelecer metas funcionais de dor. * Os doentes estão mais propensos a envolverem-se em comportamentos eficazes de controlo da dor quando têm oportunidade de falar sobre desejos e expectativas pessoais para controlar a dor, em vez de receberem conselhos sobre o que deveria ser feito para reduzir a dor. * A enfermeira entrevistadora fazia perguntas esclarecedoras para garantir que as metas dos participantes fossem específicas, mensuráveis e realistas e, em seguida, fornecia-as por escrito.

	* As sessões foram relatadas por todos os participantes como sendo úteis e recomendáveis para outras pessoas. * Sessões de EM conduzidas por enfermeiros são intervenções viáveis que podem ajudar os doentes em CP a concentrarem-se no estabelecimento de metas/objetivos funcionais significativos e realistas como uma intervenção para controlar a dor oncológica. * Os doentes estavam dispostos a participar em discussões de IM sobre as suas experiências de dor oncológica em vários encontros e mencionaram que era útil e recomendado para outras pessoas com dor oncológica.
--	--

Quadro 11 – Análise do artigo n.º 7

Identificação	Artigo n.º 7 (A7)
Referência Bibliográfica	Guan, N. C., Beng, T. S., Sue-Yin, L., & Kanagasundram, S. (2021). The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. <i>Indian journal of palliative care</i> , 27(1), 83.
Título do Artigo	The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study.
Ano da Publicação	2021
Local de Estudo	Unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário público na Malásia
Palavras-chave	Breathing, cancer, distress, mindfulness, pain.
População em Estudo	60 doente (com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticado com cancro de qualquer tipo, a receber cuidados paliativos, reportou uma pontuação de mais de 4 no termómetro do distress, capaz de seguir instruções simples, e consentir).
Tipo de Estudo/ Metodologia	Sub-análise de um estudo controlado paralelo, não cego e aleatório (randomizado).
Objetivo do Estudo	Estudar a eficácia da respiração consciente de 5 min para uma rápida redução da dor num ambiente de cuidados paliativos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* O estudo atual focou-se apenas nas alterações da intensidade da dor. Esta foi avaliada com uma escala de 10 pontos, na qual 0 indicou "nenhuma dor" enquanto 10 indicavam "dor severa." Pontuações mais altas indicavam um nível mais elevado de dor. * Os participantes alocados ao grupo de intervenção foram guiados através de uma técnica de respiração consciente de 5 minutos, enquanto os alocados ao grupo de controlo foram entrevistados usando uma lista de perguntas semi-estruturadas durante 5 min. * Os resultados mostraram que a redução da sensação de dor através da respiração consciente de 5 minutos e da audição normal não são estatisticamente significativos. * Os resultados do estudo atual mostraram que tanto a respiração consciente de 5 min (intervenção) como a audição normal de 5 min (controlo) não reduzem significativamente a dor entre os doentes. Embora não existirem resultados estatisticamente significativos, os participantes referiram alguma redução na percepção da dor imediatamente após a intervenção respiratória consciente de 5 minutos. A dor foi ainda reduzida pouco depois da conclusão do exercício de respiração (5-10 min mais tarde). A redução da dor, embora não significativa, foi maior no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo. Em relação à terapêutica baseada no mindfulness, ensinam-se aos doentes competências para aumentar a sua aceitação para as sensações de dor em vez de as combater, relacionando-se assim a influência da dor na intensidade da mesma.

Quadro 12 – Análise do artigo n.º 8

Identificação	Artigo n.º 8 (A8)
Referência Bibliográfica	Hayashi, E., Aoyama, M., Fukano, F., Takano, J., Shimizu, Y., & Miyashita, M. (2022). Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients: An observational, controlled study. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i> , 24(1), 30.
Título do Artigo	Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients: An observational, controlled study.
Ano da Publicação	2022
Local de Estudo	Hospital Fujisawa Shounandai, Japão
Palavras-chave	Baths; palliative care; symptom burden; terminal care.
População em Estudo	75 doentes com cancro avançado ou recorrente, diagnosticado pelo médico, conhecimento dos pacientes sobre seu diagnóstico, internado na enfermaria de cuidados paliativos no período do estudo e pontuação 0 na Escala de Sedação e Agitação de Richmond.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo observacional controlado
Objetivo do Estudo	Explorar os efeitos do banho nos aspetos físicos e psicológicos de pacientes de cancro terminal internados numa enfermaria de cuidados paliativos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* O banho tem sido um foco da perspectiva da terapia complementar para melhorar os resultados de saúde em ambientes clínicos gerais em todo o mundo para uma série de sintomas ou distúrbios, incluindo dor crônica; * Os doentes que manifestavam desejo de tomar banho de banheira podiam fazê-lo uma a duas vezes por semana. A temperatura da água era de cerca de 41°C e a duração do banho era de aproximadamente 10 minutos. Com a ajuda de enfermeiras, os doentes avaliaram e registraram a intensidade dos seus sintomas às 10h, 30 minutos após o banho inicial e às 17h. As enfermeiras avaliavam os sinais vitais dos doentes ao mesmo tempo, às 10h e às 17h. * Na comparação entre antes e depois do banho de banheira, observou-se melhoria na pontuação geral de todos os 9 itens da ESAS, de 16,6 (±16,5) antes do banho para 12,4 (±13,6) após o banho (ES, 0,47; P < 0,01), em 6 sintomas (dor, cansaço, falta de apetite, depressão, ansiedade e diminuição do bem-estar). * Consistente com os achados do estudo, outros estudos relataram melhoria da dor após o banho em pacientes com dor crônica. A dor física poderia melhorar após o banho, mas o mecanismo biofuncional ainda não está claro. * O banho de banheira mostrou-se eficaz para os doentes com cancro terminal, com melhoria no score geral da ESAS verificando-se diferenças significativas em 6 sintomas (dor, cansaço, falta de apetite, depressão, ansiedade e bem-estar).

Quadro 13 – Análise do artigo n.º 9

Identificação	Artigo n.º 9 (A9)
Referência Bibliográfica	Koller, A., Gaertner, J., De Geest, S., Hasemann, M., & Becker, G. (2018). Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANTiPain). <i>Cancer nursing</i> , 41(5), 367-378.
Título do Artigo	Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANTiPain).
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Sul da Alemanha
Palavras-chave	Neoplasm; pain; patient education; pilot randomized controlled trial; self-management

População em Estudo	39 doentes adultos a frequentar consultas de cuidados paliativos no University Medical Center Freiburg, que tivessem scores de dor de 3 ou mais em 10, necessitassem de autocontrolo da dor após a alta, tivessem um prognóstico de vida superior a 3 meses e conseguissem entender, ler ou escrever alemão.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo piloto controlado randomizado
Objetivo do Estudo	Testar o efeito da implementação da intervenção ANtiPain no ambiente clínico na intensidade da dor, resultados relacionados à função (ou seja, interferência da dor nas atividades diárias e impedimento da atividade relacionada à dor), autoeficácia, qualidade de vida relacionada à saúde e barreiras ao controlo da dor.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* As intervenções de apoio ao autocontrolo da dor oncológica são as chamadas "intervenções complexas" que visam a mudança de comportamento de doentes oncológicos com dor. * O PRO-Self Plus PCP de 10 semanas foi baseado em 3 estratégias principais: - informação; - desenvolvimento de habilidades; - treinamento (ensinos) de enfermagem. * O PRO-Self Plus PCP incluiu princípios básicos como avaliar o conhecimento básico, definir metas, fornecer informações médicas corretas, discutir questões controversas, incentivando a participação ativa, usando materiais educativos e fornecendo reforço nas sessões de acompanhamento. * ANtiPain é uma intervenção clinicamente mais viável e econômica. * A intervenção adaptada ANtiPain consiste: - Informação: » sobre prescrição analgésica individual e coadjuvantes, incluindo pontos de tempo ideais de analgésicos prescritos durante 24h; » sobre efeitos secundários e gestão dos mesmos; » impressas no folheto correspondente para os doentes; » abordando as barreiras ao controlo da dor dos cuidadores informais; » consequências para a saúde se a dor for persistentemente alta; » são fornecidas informações médicas corretas e individualizadas sobre a prescrição de analgésicos e recebem um plano terapêutico detalhado e por escrito da terapêutica analgésica prescrita; - Desenvolvimento de habilidades: » implementando caixas de terapêutica semanais; » autocontrolo da dor e efeitos secundários; » incentivar os cuidadores informais a fornecerem feedback; » incentivar os doentes a monitorizarem a sua ingestão de analgésicos; » incentivar os doentes a monitorizarem o efeito da terapêutica analgésica no alívio da dor e os efeitos secundários da mesma; - Ensinos de Enfermagem: » abordar a não adesão às recomendações e considerar soluções para os doentes; » dar feedback acerca da ingestão de analgésicos; » apoiar os doentes a encontrar soluções para os seus problemas diários face ao controlo da dor; » relacionar o nível de dor alvo alcançado ou não alcançado com o comportamento de controlo da dor numa discussão com o doente; » refletir com o doente se tem ou não implementado o comportamento diário de gestão da dor; » <u>algoritmo clínico</u> para ajustar o tempo das sessões de intervenção (aos pacientes é perguntado no início de cada telefonema se a dor era < 3; se eles estavam satisfeitos com o controlo da dor; e se houve adesão ao regime terapêutico instituído. Se uma pergunta é respondida com "não", a próxima ligação telefônica é agendada. Se todas as perguntas forem respondidas com "sim" por duas semanas seguidas, a intervenção é encerrada);

	» envolver os cuidadores informais; - Informação e ensinios de enfermagem: » discussão sobre técnicas de autocontrolo da dor oncológica a ser implementadas no dia-a-dia; » definir um nível máximo aceitável de dor como objetivo no autocontrolo da dor; » a enfermeira de intervenção usa exemplos de doente-modelo do protocolo de intervenção e da sua experiência clínica para abordar as barreiras relacionadas com o tratamento da dor oncológica de cada doente. - Desenvolvimento de habilidades e ensinios de enfermagem: » apoiar a adesão diária ao regime terapêutico implementado; » corrigir os timings da administração analgésicos durante o dia; » verificar e corrigir a adesão diária ao regime terapêutico analgésico; - Algoritmo para interromper a intervenção: » se o doente estiver satisfeito com o controlo da dor e o nível de dor for ≤ 3 e o doente aderir às recomendações de controlo da dor; * Os resultados indicam que a intervenção pode ter efeitos altamente valiosos, particularmente em resultados que são essenciais do ponto de vista do doente (por exemplo, interferência da dor nas atividades diárias, autoeficácia, barreiras relacionadas ao doente). * O fato de os doentes do grupo de intervenção terem usado menos opioides ao longo do tempo também pode refletir que estratégias além da transferência de conhecimento dos aspetos biomédicos e farmacêuticos da dor são extremamente importantes no controlo da dor oncológica. * O ANtiPain pode ser uma intervenção promissora para melhorar o controlo da dor oncológica quando integrado à prática clínica.
--	---

Quadro 14 – Análise do artigo n.º 10

Identificação	Artigo n.º 10 (A10)
Referência Bibliográfica	Quintini, D., Fichaux, M., Surdej, F., Espanet, N., & Salas, S. (2018). Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , (2), 85-91.
Título do Artigo	Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Centro Hospitalar Universitário Timone de Marseille
Palavras-chave	Hypnose, soins palliatifs, cancer, symptômes
População em Estudo	37 doentes adultos que apresente algum dos seguintes sintomas (dor, náusea, vômito, ansiedade, fadiga, polipneia, stress, distúrbio de sono) e não apresente nenhuma contraindicação relativa à hipnose (psicose, depressão).
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo observacional retrospectivo quantitativo
Objetivo do Estudo	Avaliar a eficácia (medir o impacto) da hipnose na gestão de sintomas em cuidados paliativos. Medir a viabilidade da auto-hipnose em paliativos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A hipnose é prescrita/sugerida pelo médico responsável e executada por uma enfermeira especializada em hipnose médica para profissionais da saúde. * É na primeira entrevista, após discussão com o doente sobre os seus problemas e possíveis objetivos, que o profissional decide a técnica que irá utilizar para aliviar o sintoma-alvo nas próximas sessões agendadas. * Em média, os pacientes tiveram três sessões com duração aproximada de 26 minutos cada. * Uma folha de acompanhamento é preenchida pelo profissional e pelo doente, permitindo o acompanhamento do mesmo. Antes do início da sessão, o doente indica no documento a intensidade do sintoma entre 0 e 10 (escala numérica). No final da sessão ou no dia seguinte, dependendo do sintoma avaliado, o doente reavalia o seu sintoma com a mesma escala e anota a sua satisfação

	(não satisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito). * No tratamento da dor, a hipnose permitiu sobretudo o desaparecimento (n=8/15, ou seja, 53% dos casos) ou a redução (n=6/15, 40%) da intensidade, tendo apenas um doente manifestado dor inalterada após a sessão. * Em 37 pacientes, observa-se uma eficácia significativa das sessões de hipnose qualquer que seja o sintoma visado, em 94% dos casos, quer um desaparecimento, quer uma redução de 30% da intensidade dos sintomas. * Os resultados observados neste estudo quanto à redução da dor após uma sessão de hipnose são semelhantes aos encontrados em diversos estudos randomizados com uma amostra maior. Dois terços dos doentes adotaram a técnica e iniciaram a auto-hipnose para reproduzir os efeitos do sintoma-alvo por conta própria. * O estudo permitiu, na maioria dos casos, destacar a eficácia da hipnose pela redução do sintoma e não aumento. Além disso, observou-se que a auto-hipnose era uma ferramenta de aquisição rápida que parecia ser eficaz e utilizável de forma independente pelo paciente em situação paliativa. Assim, a hipnose parece ser uma técnica a ser oferecida ao doente em situação paliativa como cuidado de suporte.
--	---

Quadro 15 – Análise do artigo n.º 11

Identificação	Artigo n.º 11 (A11)
Referência Bibliográfica	Skaczkowski, G., Moran, J., Langridge, J., Oatway, K., & Wilson, C. (2018). Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. <i>Complementary therapies in clinical practice</i> , 32, 100-102.
Título do Artigo	Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study.
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Unidade de Cuidados Paliativos da Austin Health em Melbourne, Austrália
Palavras-chave	Spa bath; Water-based relaxation; Palliative care; Well-being; Pain; Anxiety.
População em Estudo	52 doentes com mais de 18 anos, admitidos na unidade de cuidados paliativos, capazes de falar inglês e identificados pela enfermeira como cognitivamente capazes.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo piloto
Objetivo do Estudo	Examinar o potencial de uma intervenção no banho de spa para redução da perceção de dor e ansiedade, bem como melhorar o bem-estar, nos doentes em cuidados paliativos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A UCP foi equipada com uma banheira de hidromassagem projetada para acomodar doentes frágeis e indispostos. A banheira está equipada com suporte de mobilidade que permite o acesso de doentes que, de outra forma, não conseguiriam usar as instalações; * A água do banho é aquecida a uma temperatura confortável entre 10 e 70°C, ajustável de acordo com a preferência do doente. O próprio banho é aquecido para manter a temperatura da água e os jatos do spa proporcionam uma massagem suave e relaxamento. Os banhos geralmente duram 20 a 30 minutos e eram fornecidos com o auxílio de uma enfermeira de cuidados paliativos. * A dor dos doentes melhorou em 2 pontos (DP = 2,35) após o banho ($t(51) = 6,13$, $p < 0,001$, $dz = 0,85$). A maioria da amostra relatou melhoria na dor (69%). * Os enfermeiros foram solicitados a colher as avaliações antes e depois do banho, em vez de delegar a colheita de dados para um assistente de pesquisa. * Mesmo que os efeitos sejam apenas temporários, a natureza não tóxica e relativamente “normal” dessa atividade é consistente com o desejo de “desmedicalizar” o processo de morrer. * O fornecimento de uma banheira de hidromassagem oferece a oportunidade de alívio dos sintomas e um ambiente relaxante que pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mesmo que apenas temporariamente.

Quadro 16 – Análise do artigo n.º 12

Identificação	Artigo n.º 12 (A12)
Referência Bibliográfica	Soares, R. S., da Cunha, D. A. O., & Fuly, P. S. C. (2018). Nursing Care with Neoplastic Wounds. <i>Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE</i> , 12(12).
Título do Artigo	Nursing Care with Neoplastic Wounds
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Brasil
Palavras-chave	Nursing; Palliative Care; Wounds and Injuries; Neoplasms; Oncology Nursing; Nursing Care.
População em Estudo	Não aplicável
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo bibliográfico – revisão integrativa da literatura.
Objetivo do Estudo	Discutir os cuidados de enfermagem relacionados com as feridas neoplásicas em doentes em cuidados paliativos.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* Controle da dor através de analgésicos e anestésicos locais. * Nos estudos, é sugerido o uso de soluções/cremes tópicos ou administração oral de medicamentos analgésicos como opioides e anti-inflamatórios. * Uso de irrigação abundante com solução para evitar lesões secundárias, bem como proteger os nervos das margens. * Aplicação de crioterapia.

Dos artigos incluídos e, anteriormente apresentados, salienta-se que nove se encontram em inglês, um em português, um em espanhol e um em francês. Foram publicados entre os anos de 2017 e 2022, sendo que um data a sua publicação a 2017, cinco a 2018, dois a 2019, dois a 2021 e dois a 2022.

Importa ainda referir que quanto à origem dos mesmos, esta é bastante diversificada, visto que a amostra contempla três estudos provenientes dos Estados Unidos da América, dois da Austrália, e um da Malásia, Reino Unido, França, Alemanha, Japão, Brasil e Colômbia.

No que concerne ao tipo de estudo, nos artigos selecionados verificamos a existência de duas revisões da literatura, uma revisão integrativa da literatura – estudo bibliográfico, um estudo randomizado cruzado de sessão única (entrevista semiestruturada qualitativa), um estudo qualitativo: grupos focais e entrevista, um estudo pré e pós-intervenção, um estudo prospetivo longitudinal, uma sub-análise de um estudo controlado paralelo não cego e aleatório (randomizado), um estudo observacional controlado, um estudo piloto controlado randomizado, um estudo observacional retrospectivo quantitativo e um estudo piloto.

Discussão dos Resultados

A dor é um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes no doente oncológico em situação paliativa (Andrade et al., 2018). É uma experiência pessoal, cujo seu significado varia de pessoa para pessoa e impacta no conforto do doente oncológico e família, condicionando as suas decisões e comportamentos, levando a um reajuste das rotinas (Barbosa et al., 2016).

É, então, perante a sua multidimensionalidade, subjetividade e complexidade considerado um sintoma difícil de gerir, cuja sua abordagem deve ser multifatorial e direcionada, não só para a dimensão física, como também, para a dimensão espiritual, emocional e social (Castro et al., 2021).

Baseando o cuidar em enfermagem nesta premissa e, tendo em conta o conceito de dor total, o enfermeiro desempenha um papel preponderante na avaliação e caracterização detalhada da dor, pois “a gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, a registos sistemáticos e à valorização da sua importância” (Mota et al., 2020, p.272). Perante o exposto, o enfermeiro deve recorrer a instrumentos de

avaliação validados, que permitam uniformizar a avaliação e planear o tratamento de forma individualizada, humanizada e centrado na pessoa.

Por conseguinte, a análise dos estudos selecionados permitiu inferir que a avaliação da intensidade da dor é realizada com recurso a diferentes instrumentos de avaliação, sendo o instrumento de avaliação mais utilizado a Escala de Avaliação Numérica (Austin et al., 2022; Cowperthwaite et al., 2019; Guan et al., 2021; Hayashi et al., 2022; Koller et al., 2018; Quintini et al., 2018; Skaczkowski et al., 2018), seguida da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Austin et al., 2022; Hayashi et al., 2022) e o *Brief Pain Inventory* – Inventário Resumido da Dor (Koller et al., 2018). Todos eles encontram-se validados para a população portuguesa, são de fácil aplicação e permitem monitorizar a dor de forma sistemática, contribuindo para um tratamento multifatorial, humanizado e efetivo.

Através da pesquisa realizada constatou-se que muita da literatura existente refere-se ao controlo da dor através de intervenções farmacológicas. Contudo, o tratamento da dor com recurso a medidas farmacológicas por si só, nem sempre é efetivo para todas as

peessoas (Esteves, 2019) e, como tal, integrar medidas não farmacológicas ao tratamento tem-se revelado um complemento terapêutico equilibrado, seguro, bem tolerado e aceite pelos doentes oncológicos e familiares, potenciando o efeito terapêutico global (Peixoto, 2016).

A intervenção do enfermeiro no controlo da dor vai muito para além da administração terapêutica. Conforme foi comprovado em 9 dos 12 estudos selecionados, pois existem diversas intervenções que o enfermeiro pode implementar de forma autónoma e que contribuem, quando implementadas em simultâneo, para o alívio e controlo da dor de forma mais efetiva e humanizada (Austin et al., 2022; Céspedes et al., 2019; Clark, 2018; Cowperthwaite et al., 2019; Hayashi et al., 2022; Koller et al., 2018; Quintini et al., 2018; Skaczkowski et al., 2018; Soares et al., 2018).

Os 12 estudos selecionados dispõem de abordagens de gestão e controlo de dor diferentes, o que implicou uma avaliação minuciosa dos mesmos, por forma a obter informações pertinentes que fossem ao encontro do objetivo e da questão de pesquisa previamente estabelecidos.

Todos os artigos abordam

intervenções de enfermagem no âmbito das competências autónomas, permitindo ao enfermeiro proporcionar conforto ao doente oncológico em situação paliativa ao ver a sua dor aliviada e/ou controlada.

A implementação das intervenções na prestação de cuidados deve ser facilitada e, como tal considerou-se pertinente agrupá-las empiricamente.

Assim as intervenções não farmacológicas realizadas para prevenir e controlar a dor no doente oncológico em situação paliativa explanadas nos estudos careceram de uma análise pormenorizada do seu conteúdo, emergindo três grupos de intervenções: a Comunicação, a Educação em Saúde e a Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor.

Comunicação

A comunicação é uma componente básica e crucial na prestação de cuidados de qualidade e na competência do profissional de saúde. Desempenha um papel importante no estabelecimento de uma relação terapêutica, e norteia o cuidado individualizado e humanizado ao doente

oncológico em situação paliativa, que experiencia dor durante o seu processo de saúde-doença (Galvão et al., 2017).

Em três dos estudos analisados a comunicação é tida como uma componente essencial ao controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa (Céspedes et al., 2019; Cowperthwaite et al., 2019; Ehrlich et al., 2021). Neste contexto é, então, definida como uma intervenção no âmbito das competências autónomas do enfermeiro, desenvolvida por meio de conversas e entrevistas entre a díade enfermeiro-doente promovendo o alívio da dor através da adesão ao plano de cuidados e da sua consciencialização, permitindo atingir resultados clínicos globais no controlo da sua dor.

O enfermeiro assume uma posição de destaque na perceção e experiência de dor do doente oncológico em situação paliativa, podendo influenciá-la de acordo com a abordagem que adota. Neste sentido, comunicar eficazmente sobre a dor e a sua gestão, demonstrar comportamentos de cuidado e fornecer repostas oportunas e atempadamente são o exemplo de intervenções que melhoram a gestão da dor (Cowperthwaite et al., 2019).

Para além das intervenções supramencionadas, os mesmos autores enumeram ainda outras intervenções, que ao serem realizadas por parte dos enfermeiros permitem a gestão da dor do doente oncológico em situação paliativa, nomeadamente: incentivar o doente a informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5; utilizar uma linguagem cuidada com os doentes; preparar antecipadamente discussões sobre a dor; incentivar o questionamento sobre a dor; manter uma atitude positiva; validar a dor com os doentes; estabelecer expectativas com os doentes e utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras.

Céspedes et al. (2019) também partilham da mesma opinião quando referem que uma comunicação assertiva deve estar imersa em todo o processo de prestação de cuidados.

Neste âmbito, conversar com a pessoa de modo a identificar as suas preferências e avaliar a dor antes, durante e após cada procedimento é primordial.

Aliar os conhecimentos científicos a uma boa comunicação, escuta e compreensão prestada à pessoa é uma estratégia efetiva na gestão da dor. Quando a pessoa se sente ouvida e

compreendida, participa mais ativamente na tomada de decisões, sentindo-se igualmente valorizada, uma vez que os cuidados prestados são direcionados para as suas reais necessidades, favorecendo o seu bem-estar e conforto (Céspedes et al., 2019).

Céspedes et al. (2019) no seu estudo corrobora ainda o estudo de Cowperthwaite et al., (2019), quando identifica que o estabelecimento de uma relação terapêutica inicia-se nas conversas que o enfermeiro desenvolve com a pessoa. Estas devem ter em conta, técnicas de comunicação assertiva e terapêutica, escuta reflexiva, empatia e estabelecimento de metas e expectativas.

Todas estas estratégias revelam-se promotoras de mudança na pessoa e no que à dor diz respeito, o que incorre no alívio progressivo da dor e, conseqüentemente, favorece o bem-estar e conforto do doente oncológico em situação paliativa.

Apesar de Cowperthwaite et al., (2019) e Céspedes et al. (2019) identificarem através de conversas com os doentes um conjunto de intervenções de enfermagem que promovem o alívio da dor. Ehrlich et al. (2021) recorre à entrevista para explorar as atitudes e os comportamentos das pessoas face aos

seus objetivos funcionais de dor, ou seja, segundo estes autores, a entrevista motivacional permite ao enfermeiro discutir com a pessoa as suas experiências pessoais de dor, o impacto que a sua dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias, os conhecimentos e comportamentos sobre o controlo da dor e os resultados esperados.

É através deste método e da comunicação e relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro-doente, que a mudança de comportamentos por parte deste fica mais propensa. São conduzidos em discussões clínicas onde são estabelecidos objetivos de acordo com a motivação da pessoa e geridas expectativas pessoais face à experiência de dor.

Para o desenvolvimento desta entrevista, o enfermeiro, à semelhança do referido anteriormente nos estudos mencionados, deve resistir ao desejo de corrigir os pensamentos ou comportamentos do doente; envolver os doentes na exploração e compreensão ativa dos sentimentos de ambivalência; ser um ouvinte empático.

Todas as intervenções de enfermagem explanadas nesta categoria revelaram-se importantes no controlo da

dor do doente oncológico em situação paliativa e são passíveis de ser implementadas em qualquer contexto que evolva a população em estudo. Estas podem ser observadas de forma resumida no quadro 18.

Quadro 18 – Intervenções de Enfermagem no âmbito da Comunicação

Intervenção	Autores
Comunicar eficazmente sobre a dor e a sua gestão;	Cowperthwaite et al., 2019; Céspedes et al., 2019;
Adotar comportamentos de cuidado;	Cowperthwaite et al., 2019;
Fornecer repostas oportunas e atempadas;	Cowperthwaite et al., 2019;
Incentivar o doente a informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5;	Cowperthwaite et al., 2019;
Utilizar uma linguagem cuidada com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019;
Preparar antecipadamente discussões sobre a dor;	Cowperthwaite et al., 2019;
Incentivar o questionamento sobre a dor;	Cowperthwaite et al., 2019;
Manter uma atitude positiva;	Cowperthwaite et al., 2019;
Validar a dor com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019;
Estabelecer e gerir metas e expectativas com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019; Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras;	Cowperthwaite et al., 2019;
Utilizar técnicas de comunicação assertiva e terapêutica;	Céspedes et al., 2019;
Identificar as preferências do doente face à abordagem de dor;	Céspedes et al., 2019;
Avaliar a dor antes, durante e após cada procedimento;	Céspedes et al., 2019;
Recorrer à escuta ativa e reflexiva;	Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Demonstrar empatia;	Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Discutir com o doente as suas experiências pessoais de dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar o impacto que a dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias do doente;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os conhecimentos do doente sobre o controlo da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os comportamentos que o doente adota para o alívio da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os resultados esperados pelo doente face ao controlo da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar sentimentos de ambivalência no doente;	Ehrlich et al., 2021;

Fonte: Elaborado pelos Autores

Educação em Saúde

A Educação em Saúde é igualmente importante na prestação de cuidados de qualidade, pois é através desta que o doente oncológico em situação paliativa, ou o seu familiar, têm a possibilidade de adquirir conhecimentos e estratégias que lhes permita alterar comportamentos e, por consequência, contribuir para o alívio e controlo da dor.

Educação em Saúde é definida “como um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, sendo o profissional dessa área aquele que atua como mediador para que isso ocorra” (Lima et al., 2022, p. 3414), este conceito visa estimular os doentes a adotarem comportamentos que promovam o alívio da dor e contribuam para o seu conforto.

A Educação é uma estratégia indispensável na adesão ao plano de cuidados, por parte da pessoa e família. Contudo, para além das informações disponibilizadas é igualmente importante, motivar e encorajar a pessoa e família a aderir ao tratamento, aos objetivos e às estratégias definidas para o controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A importância que os ensinamentos acarretam para a alteração de comportamentos da pessoa e família, e consequente adesão ao plano de cuidados integrado, é mencionada por Mejin et al. (2019), quando salienta que a intensidade da dor é significativamente reduzida quando a educação em saúde é privilegiada. De facto, todas as informações disponibilizadas à pessoa e família permite-lhes compreender a importância de manter o tratamento, dissipando equívocos, receios e mitos, que possam existir.

À semelhança dos estudos mencionados na categoria anterior, também estes referem que o enfermeiro, assume funções de elevado relevo na prestação de cuidados e capacitação da pessoa e família no cumprimento do plano de tratamento delineado. É através das funções de cuidador e educador, que o enfermeiro, contribui para a melhoria da experiência de dor da pessoa, ao prepará-la para a complexidade do tratamento, bem como as implicações que pode acarretar para o quotidiano (Cowperthwaite et al., 2019).

Neste estudo, apesar de não se verificarem resultados estatisticamente significativos no que concerne à alteração da intensidade da dor,

constatou-se, que foi possível melhorar a experiência de dor do doente através de uma educação individualizada e significativa para o mesmo.

Também no estudo de Campling et al. (2017) é mencionada a diversidade de papéis que o enfermeiro desempenha no apoio à pessoa e família, revelando a sua eficácia e importância na educação dos mesmos, pelo que destaco o papel de educador. De facto, o enfermeiro ao prestar cuidados de promoção do conforto através do alívio da dor no âmbito da partilha de conhecimentos assume junto do doente oncológico em situação paliativa um papel preponderante.

Por conseguinte, é importante ensinar e instruir a pessoa e família fornecendo-lhes informações, relativamente: à caracterização da dor; à terapêutica instituída esclarecendo dúvidas face à indicação de cada fármaco; à posologia; aos possíveis efeitos secundários, desmistificando alguns mitos; à monitorização da eficácia terapêutica e a importância de registar o número de resgates; e à importância de solicitar apoio para ajuste terapêutico, sempre que haja descontrolo sintomático (Campling et al., 2017).

Também no estudo de Koller et al. (2018) é perceptível a importância que a transmissão de conhecimentos acarreta para o controlo da dor, na medida em que a capacitação da pessoa e família permite quebrar barreiras que, inevitavelmente, surgem na gestão da dor quando o doente não se encontra devidamente capacitado para tal.

Neste sentido, fornecer ferramentas e estratégias à pessoa e família, para que possa de forma autónoma cumprir o plano terapêutico estabelecido, monitorizar a sua eficácia, registar o número de episódios de dor descontrolada e identificar possíveis efeitos secundários à terapêutica instituída, são de suma importância para a gestão da dor do doente oncológico em situação paliativa, pois confere-lhe confiança e motivação para partilhar com o enfermeiro, dúvidas, receios e problemas associados ao controlo da dor e à necessidade de resolução de problemas e reajustes terapêuticos.

Campling et al. (2017) salientam ainda, que capacitar a pessoa e família a controlar a sua dor é essencial para que se sinta no “comando” da sua vida, para poder seguir a sua jornada o mais autonomamente possível. Também os

resultados explanadas no estudo de Céspedes et al. (2019) vão ao encontro do referido anteriormente, pois salientam que maximizar a autonomia do doente permitindo uma participação mais ativa no planeamento dos cuidados, revela-se um elemento chave na eficácia do controlo da dor e, por conseguinte, maior conforto e bem-estar.

Na mesma ordem de ideias, Clark (2018) no seu estudo revela que o enfermeiro é eticamente compelido a garantir a autonomia do doente, ou seja assume a responsabilidade ética de educar a pessoa e família facilitando a tomada de decisão no que concerne às várias opções de tratamento, inclusive o recurso à cannabis para controlo da dor.

À semelhança do referido nos estudos mencionados anteriormente, o enfermeiro assume o dever de fornecer informações relativamente às opções terapêuticas, ensinando acerca dos

benefícios e desafios na utilização dos mesmos, orientando-os neste sentido, apoiando as suas decisões e demonstrando disponibilidade para responder a dúvidas e receios, por forma a maximizar a participação da pessoa e família no seu processo de controlo da dor.

De acordo com o explanado neste grupo de intervenções torna-se claro a importância que a educação em saúde tem para o controlo da dor, pois a capacitação do doente oncológico em situação paliativa e família confere-lhe maior segurança e confiança no plano terapêutico estabelecido induzindo a sua adesão ao mesmo. Assim sendo, consideramos pertinente expor resumidamente as intervenções de enfermagem no âmbito da educação em saúde, que se mostraram benéficas para o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, no quadro 19.

Quadro 19 – Intervenções de Enfermagem no âmbito da Educação em Saúde

Intervenção	Autores
Garantir que o doente tem o fármaco certo, na via certa, para suprimir as suas necessidades no que concerne ao controlo de sintomas;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018; Céspedes et al., 2019;
Ensinar o doente/cuidador, acerca dos mecanismos da dor, dos tipos de dor e dos fármacos mais adequados;	Campling et al., 2017;

Ensinar o doente/cuidador acerca de cada fármaco, o que é, qual a sua finalidade e a posologia;	Campling et al., 2017;
Educar o doente/cuidador acerca da importância de ajustar a terapêutica, sempre que haja agravamento da dor ou dos efeitos secundários;	Campling et al., 2017;
Instruir o doente/cuidador, acerca dos efeitos secundários, que podem surgir;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018;
Instruir o doente/cuidador, acerca da importância de manter um padrão intestinal regular, e o recurso a terapêutica laxante regular e ajustada;	Campling et al., 2017; Céspedes et al., 2019; Cowperthwaite et al., 2019;
Desmistificar mitos, receios e preconceitos associados à utilização de opióides;	Campling et al., 2017;
Ensinar o doente/cuidador a monitorizar a eficácia da terapêutica e registar regularmente o número de resgates necessários;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018;
Validar as informações fornecidas ao doente, verificando se os ensinamentos foram bem percebidos e compreendidos;	Céspedes et al., 2019;
Envolver o doente na tomada de decisão face às intervenções a adotar para o controlo da dor;	Céspedes et al., 2019; Clark, 2018;
Incentivar a autonomia do doente no controlo da sua dor;	Céspedes et al., 2019;
Apoiar as decisões individuais do doente maximizando a sua participação no controlo da dor;	Clark, 2018;
Orientar o doente no uso de cannabis com fins paliativos;	Clark, 2018;
Ensinar os doentes/cuidadores sobre os benefícios e desafios do uso de cannabis;	Clark, 2018;
Facilitar a escolha dos doentes oncológicos em situação paliativa face ao uso de cannabis para o controlo da dor;	Clark, 2018;
Apoiar o doente no processo de controlo da dor através da utilização de cannabis;	Cowperthwaite et al., 2019;
Individualizar os ensinamentos para cada doente/cuidador;	Cowperthwaite et al., 2019;
Recorrer a vários métodos/materiais educacionais úteis e pertinentes para cada doente/cuidador;	Cowperthwaite et al., 2019; Koller et al., 2018;
Proporcionar uma educação contínua e individualizada;	Campling et al., 2017; Céspedes et al., 2019;
Instruir o doente/cuidador acerca das consequências para a saúde se a dor atingir níveis de intensidade elevados, persistentemente;	Koller et al., 2018;
Apoiar o doente/cuidador a encontrar soluções para os seus problemas face ao controlo da dor;	Koller et al., 2018;
Verificar e corrigir a adesão diária ao regime terapêutico analgésico;	Koller et al., 2018;
Corrigir, se necessário, os timings da administração analgésica, durante o dia;	Koller et al., 2018;

Fonte: Elaborado pelos Autores

Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor

A dor é um sintoma complexo e multidimensional, pelo que a intervenção farmacológica pode não ser suficiente para promover o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa. Neste sentido, a intervenção adjuvante no controlo da dor, neste contexto é definida como a intervenção não farmacológica desenvolvida pelo enfermeiro junto do doente oncológico em situação paliativa, com vista a complementar a intervenção farmacológica e a potenciar o efeito global do tratamento no controlo da dor, promovendo o conforto e o bem-estar.

Muitas são as intervenções adjuvantes que contribuem para o alívio da dor quando utilizadas em simultâneo com a terapia medicamentosa. Nos estudos em análise, não foi exceção, e revelam benefícios significativos no alívio e controlo da dor.

Neste sentido, começo por destacar o estudo de Skaczkowski et al. (2018) cujo principal objetivo era examinar o potencial de uma intervenção no banho de banheira para reduzir a perceção de dor e melhorar o bem-estar. A intervenção consistia em

proporcionar à população em estudo um banho de banheira com água aquecida durante 20 a 30 minutos, com assistência de um enfermeiro. Dos resultados obtidos verificou-se que 69% da amostra relatou melhoria da dor e promoveu o bem-estar em 80% dos doentes, induzindo um estado de relaxamento e confortabilidade.

Na mesma ordem de ideias, também Hayashi et al. (2022) procurou no seu estudo explorar os efeitos do banho de banheira, nos aspetos físicos e psicológicos de doentes oncológicos internados em enfermaria de Cuidados Paliativos. Da análise dos resultados deste estudo percebi, que à semelhança do relatado pelos doentes no estudo referido anteriormente, a intervenção adotada contribuiu para a melhoria de um conjunto de sintomas, inclusive a dor. Efetivamente, os doentes relataram melhoria da dor após a intervenção do banho com banheira, conferindo-lhes conforto e relaxamento.

Assim sendo, proporcionar ao doente oncológico com dor em situação paliativa um banho de banheira revela-se uma intervenção benéfica e com efeitos terapêuticos no controlo da dor e, por conseguinte, na promoção do conforto e bem-estar.

A respiração consciente é outra intervenção adjuvante no controlo da dor, que procura desviar o foco de atenção da dor para o presente, ou seja, a respiração atua como uma âncora que desvia o pensamento da dor para a técnica respiratória em execução. A procura por respostas neste âmbito impeliu Guan et al. (2021) no seu estudo a estudar a eficácia da respiração consciente de 5 minutos para uma rápida redução da dor num contexto de Cuidados Paliativos.

Dos resultados obtidos verificou-se uma diminuição da intensidade e da sensação da dor, pois os doentes a quem foi aplicada a intervenção relataram alguma redução na perceção da dor, imediatamente após a intervenção respiratória consciente. Contudo, e apesar da redução da dor relatada pelos doentes não se revelar estatisticamente significativa, os autores consideram a existência de potencial terapêutica nesta intervenção, uma vez que os doentes que aplicaram esta intervenção relataram melhoria da dor, quando comparados com os doentes que não a aplicaram.

O trabalho desenvolvido por Céspedes et al. (2019) também revela a importância e o benefício da intervenção respiratória para o controlo da dor do

doente oncológico em situação paliativa. Para além disso, os mesmos autores mencionam ainda que intervenções com calor e frio; massagem e vibrações; terapias de posicionamento; redução e alívio de pressão; exercício passivo e ativo; arteterapia; aromaterapia; musicoterapia; e técnicas de distração são intervenções adjuvantes importantes e com benefício terapêutico para o alívio e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa.

A eficácia da intervenção realizada com recurso à realidade virtual, como técnica de distração, no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa tem merecido destaque na comunidade científica e tem incentivado a investigação nesta área. Foi neste sentido que Austin et al. (2021) desenvolveu o seu estudo, considerando pertinente determinar se a presença no ambiente virtual prediz efeito analgésico em doentes oncológicos em situação paliativa. Considerando os dados analisados, os autores concluíram que a realidade virtual em 2 dimensões ou 3 dimensões foram bem toleradas pela amostra descrevendo experiências positivas e alívio da dor com a aplicação da intervenção como técnica de distração benéfica.

A análise dos artigos em estudo também destaca a hipnose como uma intervenção adjuvante no controlo da dor. É definida como um estado de consciência, que induz uma absorção da atenção e uma diminuição da da consciência caracterizada por uma maior capacidade de responder às sugestões (Quintini et al., 2018).

Neste seguimento, Quintini et al. (2018) procura avaliar o impacto da hipnose nos sintomas de doentes oncológicos em cuidados paliativos. A intervenção foi aplicada a 37 doentes oncológicos em situação paliativa, sendo que desses, apenas 15 mencionaram a dor como sintoma descontrolado, tornando-os elegíveis para análise. Esta foi aplicada por uma enfermeira especializada em hipnose clínica para profissionais de saúde, em várias sessões, por meio de entrevista. Após uma sessão de hipnose verificou-se o alívio completo da dor em 8 doentes (53% dos casos) e a redução da intensidade da dor em 6 doentes (40%

dos casos) e apenas 1 doente mencionou não ter apresentado alteração na intensidade da sua dor.

Assim, os resultados explanados neste estudo revelam que a hipnose é uma intervenção adjuvante eficaz no controlo da dor, e os doentes que dela beneficiam revelam estarem satisfeitos com a eficácia da mesma e desejam continuar o tratamento.

Em suma, as intervenções adjuvantes no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa explanadas neste capítulo revelam-se eficazes e vantajosas e devem ser consideradas aquando da realização do plano terapêutico dos doentes, pois associadas à intervenção farmacológica contribui para a promoção do conforto da pessoa e família através do controlo e gestão da sua dor.

Por conseguinte, considero relevante explanar as intervenções anteriormente referidas, sistematizadas no quadro 20.

Quadro 20 – Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor

Intervenção	Autores
Banho de banheira.	Hayashi et al. (2022); Skaczkowski et al. (2018)

Intervenção respiratória consciente.	Céspedes et al. (2019); Guan et al. (2021).
Intervenção com calor/frio.	Céspedes et al. (2019);
Massagem e vibrações.	Céspedes et al. (2019);
Terapias de posicionamento.	Céspedes et al. (2019);
Redução e alívio de pressão.	Céspedes et al. (2019);
Exercícios ativos e passivos.	Céspedes et al. (2019);
Arteterapia.	Céspedes et al. (2019);
Aromaterapia.	Céspedes et al. (2019);
Musicoterapia.	Céspedes et al. (2019);
Realidade Virtual.	Austin et al. (2022);
Hipnose.	Quintini et al. (2018);

Fonte: Elaborado pelos autores

Conclusão

Os estudos elegíveis para análise e, por conseguinte, incluídos na presente revisão de *scoping* permitiram responder à questão de pesquisa, previamente elaborada. Os resultados obtidos são indicativos que a intervenção não farmacológica é eficaz no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, revelando-se vantajosa quando associada à intervenção farmacológica.

Os resultados salientam ainda que o enfermeiro desempenha um papel preponderante no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, ao implementar de forma autónoma intervenções no âmbito da comunicação, da educação em saúde e das intervenções adjuvantes no controlo da dor, pois para além de promover o

conforto da pessoa e família, contribui para a sua satisfação, refletindo-se no seu bem-estar e qualidade de vida.

Em suma, proporcionar alívio e controlo da dor da pessoa e família através de intervenções não farmacológicas, traduz-se em ganhos para a saúde.

Limitações do Estudo

As limitações da presente revisão de *scoping* estão relacionadas, essencialmente, com as bases de dados utilizadas CINAHL e MEDLINE, que podem ter contribuído para a exclusão de estudos pertinentes que poderiam responder à questão de pesquisa, limitando a amostra aos estudos incluídos e analisados.

Implicações para a Prática Clínica

A realização desta revisão de *scoping* pode contribuir para a disseminação do conhecimento baseado na evidência científica, relativamente às intervenções autónomas do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, transpondo-as para a prática clínica. Permite ainda evidenciar um conjunto de intervenções não farmacológicas, que acarretam benefícios terapêuticos para o doente e que o enfermeiro pode implementar de forma autónoma em qualquer contexto de cuidados que esteja inserido.

Referências Bibliográficas

Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). Humanização em Cuidados Paliativos. Lisboa: Lidel.

Almeida, V. C., Gama, E. S. C., Espejo, C. A. N., & Pedroso, J. S. (2018). A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 26(1), 75-83.

Andrade, F. L. M., Silva, M. E. S., Macedo, E. L., Brito, D. T. F., Sousa, A. T. O. & Agra, G. (2018). Dor oncológica:

manejo clínico realizado por enfermeiros. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 8(1), 3-16.

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Cardoso, A. I. C. R. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.

Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-8.

Commission European. (2022). *Europe's Beating Cancer Plan*. In Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Acedido em https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2022). *Estratégia Nacional de Luta contra o*

Cancro 2021 a 2030. In Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>

Ercolani, D., Hopf, L. B. D. S., Schwan, L. (2018). Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. *Revista Acta Médica*, Rio Grande do Sul, 39(2), 151-162.

Esteves, J. S. S. (2019). *Abordagem terapêutica da dor no doente paliativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 166-191.

Fielding, F., Sanford, T. M., & Davis, M. P. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International journal of palliative nursing*, 19(12), 584-591.

Galvão, M. I. Z., Borges, M., S. & Pinho, D. L. M. (2017). Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3), 1-12.

International Agency for Research on Cancer. (2022). *Global Cancer Observatory*. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/>.

International Association for Hospice e Palliative Care. (2018). *Global Consensus based palliative care definition*. Houston. Acedido em <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Acedido em <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

Lima, H. B., da Silva, A. L. A., & de Souza Chagas, M. (2022). A Educação em Saúde em cuidados paliativos oncológicos: Reflexões a luz das idéias de Paulo Freire. *Revista Pró-universUS*, 13(Especial), 47-52. <https://doi.org/10.21727/rpu.v13iEspecial.13414>

Mejin, M., Keowmani, T., Abdul Rahman, S., Liew, J., Lai, J., Chua, M., & Che Wan, I. (2019). Prevalence of pain and treatment outcomes among cancer

patients in a Malaysian palliative care unit. *Pharmacy Practice*, 17(1).

Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Nóbrega, M. R., de Ataíde, G. D. B., Gomes, M. G. G., Pinheiro, L. A., Segundo, J. A. S., & Fonseca, R. C. (2019). A importância dos cuidados paliativos na abordagem ao paciente oncológico. *Revista saúde & ciência online*, 8(2), 5-14.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities:

nurses leading chronic care». Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Peixoto, S. D. A. (2016). *Métodos não farmacológicos de controlo da dor* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Raimundo, A. I. S. (2014). *A dor no doente oncológico* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Faro.

Rodrigues, B. R. D. R. (2017). O conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário: percepção do enfermeiro (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

The Joanna Briggs Institute. (2020). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. The Joanna Briggs Institute: Australia.

**Apêndice V - Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na
prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação
paliativa**

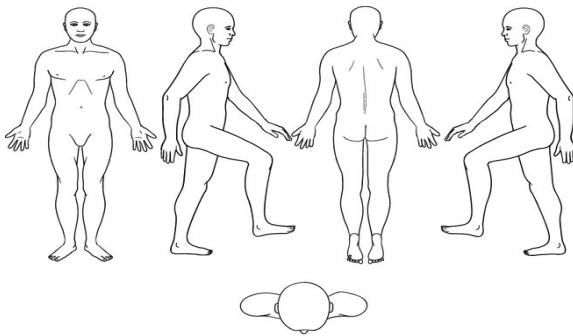
Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Dados pessoais e clínicos

Data: __/__/__ Cama: __ Profissão: _____
Nome: _____ Diagnóstico: _____
Data de Nascim: __/__/__ Antecedentes Pessoais: _____
Idade: __ Alergias: _____
Cuidador Principal: _____ Observações: _____
Agregado Familiar: _____
Habilitações Literárias: _____

Avaliação da Dor

Localização:



Tipo:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Moinha | ☐ Choque Elétrico |
| ☐ Queimadura | ☐ Dormência |
| ☐ Guinada | ☐ Latejo |
| ☐ Picada | ☐ Facada |
| ☐ Aperto | ☐ Espasmo |
| ☐ Ardor | ☐ Repuxamento |
| | ☐ Outro _____ |

Irradiação:

- ☐ Não
☐ Sim _____

Duração:

- ☐ < 3 meses
☐ > 3 meses

Intensidade:

Autoavaliação

- ☐ Escala Numérica
☐ Escala Qualitativa
☐ Escala de Faces Revista

Heteroavaliação

- ☐ PAINAD

Consultar avaliação da intensidade da dor, de acordo com a escala adequada, no documento em anexo.

Padrão:

- ☐ Contínua ☐ Intermitente

Fisiopatologia:

- ☐ Neuropática ☐ Nocicetiva ☐ Mista

Fatores desencadeantes: _____

Fatores de alívio: _____

Dimensão familiar e social: _____

Dimensão psicoemocional (Significado atribuído à dor/perdas/medo): _____

Influência da Dor nas Atividades de Vida Diárias (Extraído do Inventário Resumido da Dor):

Atividade Geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Disposição	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Capacidade andar a pé	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Trabalho normal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relações com os outros	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Prazer de viver	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Legenda:

Não interfere 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfere completamente

Outras Atividades de Vida Diárias influenciadas pela Dor:

Vestir e despir _____

Cuidados de Higiene _____

Alimentar-se _____

Uso do sanitário _____

Sexualidade _____

Outra _____

Avaliação do Conforto

Intensidade do Conforto:

Autoavaliação

- ☐ Escala Visual
Análogica de Conforto

Heteroavaliação

- ☐ Checklist de
Comportamentos de Conforto

Consultar avaliação da intensidade do conforto de acordo com a escala adequada no documento em anexo

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Intervenção Farmacológica

Terapêutica analgésica de base?

☐ Não

Qual a terapêutica de SOS?

Qual a eficácia da terapêutica de SOS?

Nº SOS nas 24h:

- ☐ Não é eficaz
☐ ≤ 30 minutos
☐ > 1h e ≤ 2h
☐ > 2h

Articular com a equipa médica para eventual titulação de terapêutica de base

☐ Sim, qual? _____

Cumprir regime terapêutico?

Dor basal controlada?

- ☐ Sim
☐ Não, porquê? _____

☐ Sim
☐ Não

Dor Irruptiva:

- ☐ Espontânea
☐ Incidental
____ Volitiva
____ Não Volitiva
____ Procedimentos

Frequência dos episódios:

- ☐ ≤ 4 episódios/dia
☐ ≥ 4 episódios/dia

Duração da dor:

Sintomas associados à dor:

Fatores de Alívio:

Recorre à terapêutica de resgate?

Qual a eficácia da terapêutica de resgate?

- ☐ Sim, qual? _____
☐ Não, porquê? _____

- ☐ Não é eficaz
☐ ≤ 30 minutos
☐ > 30 minutos e ≤ 1h
☐ > 1h e ≤ 2h
☐ > 2h

Nº de resgates nas 24h:

Efeitos Secundários:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Sem efeitos secundários | ☐ Confusão Mental |
| ☐ Náuseas | ☐ Prurido |
| ☐ Vômitos | ☐ Desequilíbrio |
| ☐ Obstipação | ☐ Tonturas |
| ☐ Sonolência | ☐ Edemas |
| ☐ Cefaleias | ☐ Confusão Mental |
| ☐ Retenção Urinária | ☐ Outro _____ |

Intervenções Não Farmacológicas

Intervenção no âmbito da Comunicação

- *Comunicar eficazmente sobre a dor e a sua gestão;^{4,6}
- *Adotar comportamentos de cuidado;⁶
- *Fornecer repostas oportunas e atempadas;⁶
- *Incentivar o doente a informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5;⁶
- *Utilizar uma linguagem cuidada com os doentes;⁶
- *Preparar antecipadamente discussões sobre a dor;⁶
- *Incentivar o questionamento sobre a dor;⁶
- *Manter uma atitude positiva;⁶
- *Validar a dor com os doentes;⁶
- *Estabelecer e gerir metas e expectativas com os doentes;^{4,6,8}
- *Utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras;⁶
- *Utilizar técnicas de comunicação assertiva e terapêutica;⁴
- *Identificar as preferências do doente face à abordagem de dor;⁴
- *Avaliar a dor antes, durante e após cada procedimento;⁴
- *Recorrer à escuta ativa e reflexiva;^{4, 8}
- *Demonstrar empatia;^{4, 8}
- *Discutir com o doente as suas experiências pessoais de dor;⁸
- *Identificar o impacto que a dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias do doente;⁸
- *Identificar os conhecimentos do doente sobre o controlo da dor;⁸
- *Identificar os comportamentos que adota para o alívio da dor;⁸
- *Identificar os resultados esperados pelo doente no controlo da dor;⁸
- *Identificar sentimentos de ambivalência no doente;⁸

Intervenção no âmbito da Educação em Saúde

*Garantir que o doente tem o fármaco certo, na via certa, para suprimir as suas necessidades no que concerne ao controlo de sintomas;^{3, 4, 12}

*Ensinar o doente/cuidador, acerca dos mecanismos da dor, dos tipos de dor e dos fármacos mais adequados;³

*Ensinar o doente/cuidador acerca de cada fármaco, o que é, qual a sua finalidade e a posologia;³

*Educar o doente/cuidador acerca da importância de ajustar a terapêutica, sempre que haja agravamento da dor ou dos efeitos secundários;³

*Instruir o doente/cuidador, acerca dos efeitos secundários, que podem surgir;^{3, 12}

*Instruir o doente/cuidador, acerca da importância de manter um padrão intestinal regular, e o recurso a terapêutica laxante regular e ajustada;^{3, 4, 6}

*Desmistificar mitos, receios e preconceitos associados à utilização de opióides;³

*Ensinar o doente/cuidador a monitorizar a eficácia da terapêutica e registar regularmente o número de resgates necessários;^{3, 12}

*Validar as informações fornecidas ao doente, verificando se os ensinamentos foram bem percebidos e compreendidos;⁴

*Envolver o doente na tomada de decisão face às intervenções a adotar para o controlo da dor;^{4,5}

*Incentivar a autonomia do doente no controlo da sua dor;⁴

*Apoiar as decisões individuais do doente maximizando a sua participação no controlo da dor;⁵

*Orientar o doente no uso de cannabis com fins paliativos;⁵

*Ensinar os doentes/cuidadores sobre os benefícios e desafios do uso de cannabis;⁵

*Facilitar a escolha dos doentes oncológicos em situação paliativa face ao uso de cannabis para o controlo da dor;⁵

*Apoiar o doente no processo de controlo da dor através da utilização de cannabis;⁵

*Individualizar os ensinamentos para cada doente/cuidador;⁶

*Recorrer a vários métodos/materiais educacionais úteis e pertinentes para cada doente/cuidador;^{6,12}

*Proporcionar uma educação contínua e individualizada;^{3,4}

*Instruir o doente/cuidador acerca das consequências para a saúde se a dor atingir níveis de intensidade elevados, persistentemente;¹²

*Apoiar o doente/cuidador a encontrar soluções para os seus problemas face ao controlo da dor;¹²

*Verificar e corrigir a adesão diária ao regime terapêutico analgésico;¹²

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

*Corrigir, se necessário, os timings da administração analgésica, durante o dia;¹²

Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor

- * Banho de banheira;^{10,18}
- * Intervenção respiratória consciente;^{4,9}
- * Intervenção com calor/frio;⁴
- * Massagem e vibrações;⁴
- * Terapias de posicionamentos;⁴
- * Redução e alívio da pressão;⁴
- * Exercícios ativos e passivos;⁴
- * Arteterapia;⁴
- * Aromaterapia;⁴
- * Musicoterapia;⁴
- * Realidade Virtual;¹
- * Hipnose.¹⁶

Outras Intervenções Não Farmacológicas

Avaliação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção de enfermagem surtiu efeito?

- ☐ Sim
- ☐ Não, porquê? _____

Dor controlada?

- ☐ Sim
- ☐ Não, porquê? _____

Registos de Enfermagem

*Devem ser:

- Sistemáticos;
- Completo, claro e conciso;

*Devem incluir:

- História da dor;
- Intervenção de enfermagem.

Glossário

Dor - Experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial (IASP, 2020).

Dor Oncológica - Conjunto de sensações simultâneas de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo, ao tratamento, ou às consequências da doença (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015)

Dor Nociceptiva - Associada a situações em que ocorre lesão tecidual e/ou alterações inflamatórias evidentes, e está relacionada com estímulos dolorosos ou potencialmente dolorosos, podendo correlacionar a dor com o estímulo desencadeante

Dor Neuropática – É uma consequência direta de lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial, ou seja, este tipo de dor surge quando as estruturas do sistema nervoso estão afetadas (Rito et al., 2017, p.203)

Dor Mista - É um tipo de dor que inclui características quer da dor nociceptiva, quer da dor neuropática.

Dor Irruptiva - É uma exacerbação transitória da dor que ocorre, quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar de apresentar dor basal controlada.

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Anexos ao Instrumento

Escalas de Autoavaliação da Dor

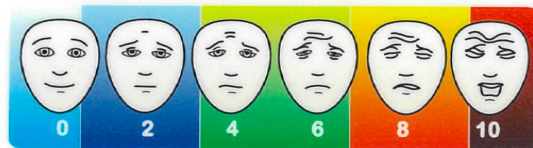
Escala Numérica



Escala Qualitativa



Escala de faces revista



Adaptado da Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003

Escala de Hetroavaliação da Dor

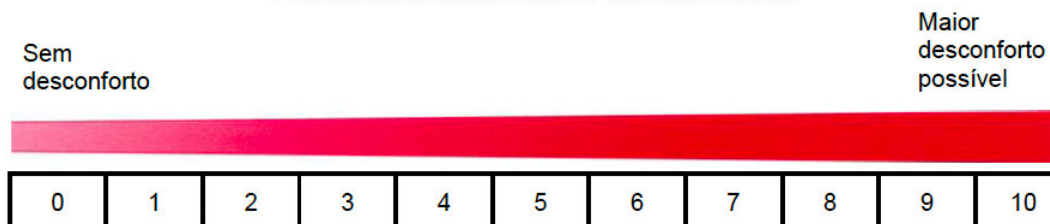
PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

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

Adaptado de Batalha et al., 2012

Escala de Autoavaliação do Conforto

ESCALA VISUAL DO DESCONFORTO



Adaptado de Kolcaba, 2010

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Escala de Heteroavaliação do Conforto

Checklist de Comportamentos de Conforto (proposta de tradução)

Como é que a pessoa está a agir agora? Assinale a melhor resposta.

NA = a dormir, ou não apropriado para esta pessoa devido ao seu diagnóstico ou idade

(Por exemplo, se a pessoa estiver a dormir as questões 3-5 são assinaladas NA)



	NA	Não	Um Pouco	Moderado	Forte
Vocalizações					
1. acordado	0	1	2	3	4
2. a gemer	0	1	2	3	4
3. a queixar-se	0	1	2	3	4
4. sons/conversa contente	0	1	2	3	4
5. a chorar/gritar	0	1	2	3	4
Sinais Motores					
6. pacífico	0	1	2	3	4
7. agitado	0	1	2	3	4
8. ritmo acelerado	0	1	2	3	4
9. inquieto	0	1	2	3	4
10. músculos relaxados	0	1	2	3	4
11. fricção de uma área	0	1	2	3	4
12. posição de guarda	0	1	2	3	4
Performance					
13. movimentos ansiosos	0	1	2	3	4
14. aceita atos de gentileza	0	1	2	3	4
15. aprecia o toque / segurar mãos	0	1	2	3	4
16. consegue descansar	0	1	2	3	4
17. consegue comer	0	1	2	3	4
18. calmo / à vontade	0	1	2	3	4
19. movimentos sem objetivo específico	0	1	2	3	4
20. tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
21. parece deprimido	0	1	2	3	4
22. esgares / retraimento estremecimento	0	1	2	3	4
23. expressão relaxada	0	1	2	3	4
24. hiper-vigilante	0	1	2	3	4
25. parece assustado ou preocupado	0	1	2	3	4
26. sorri	0	1	2	3	4
Outros					

27. respiração incomum	0	1	2	3	4
28. mantém foco mental	0	1	2	3	4
29. capaz de conversar	0	1	2	3	4
30. acorda suavemente	0	1	2	3	4

Se este for o único instrumento de avaliação do conforto/dor, pergunte à pessoa:

- Sente alguma dor? Não ____ Sim ____ (Por favor classifique a sua dor de 0 a 10, sendo 10 a maior dor possível). ____ (classificação)
- Tendo tudo em consideração, o quão confortável está agora? (Por favor, classifique o seu conforto total entre 1 e 10, sendo 10 o maior conforto possível)

Tradução de adaptação de K. Koloba de: ~~Ladislav Volker~~ "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." ~~For Volker~~ e outros (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD, Aspen Publications.

Outras informações disponíveis (alterações da terapêutica farmacológica em uso, lesões recentes, declínio do estado funcional recente, relatos dos profissionais de conforto/desconforto, alterações do apetite, deambulação, etc.)

Pontuar a Checklist de Comportamentos de Conforto:

1) Subtrair o número de respostas "Não Apropriado" (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.

2) Multiplicar o **total de respostas** (passo 1) por 4, para obter a **pontuação total possível**.

3) Código de inversão: números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 para obter as respostas brutas do conforto.

4) Adicionar as **respostas brutas do conforto** (passo 3) para todas as questões não assinaladas NA para obter a **pontuação bruta do conforto**.

5) Dividir a pontuação do conforto obtida (passo 4) pela pontuação total possível (passo 2) e arredondar para duas casas decimais. (se a terceira casa decimal for igual ou maior que cinco, arredondar a segunda casa decimal para o número seguinte)

6) Apresentar a pontuação como um número de dois dígitos (percentagem sem o símbolo % ou decimal). *Maiores pontuações indicam maior conforto.*

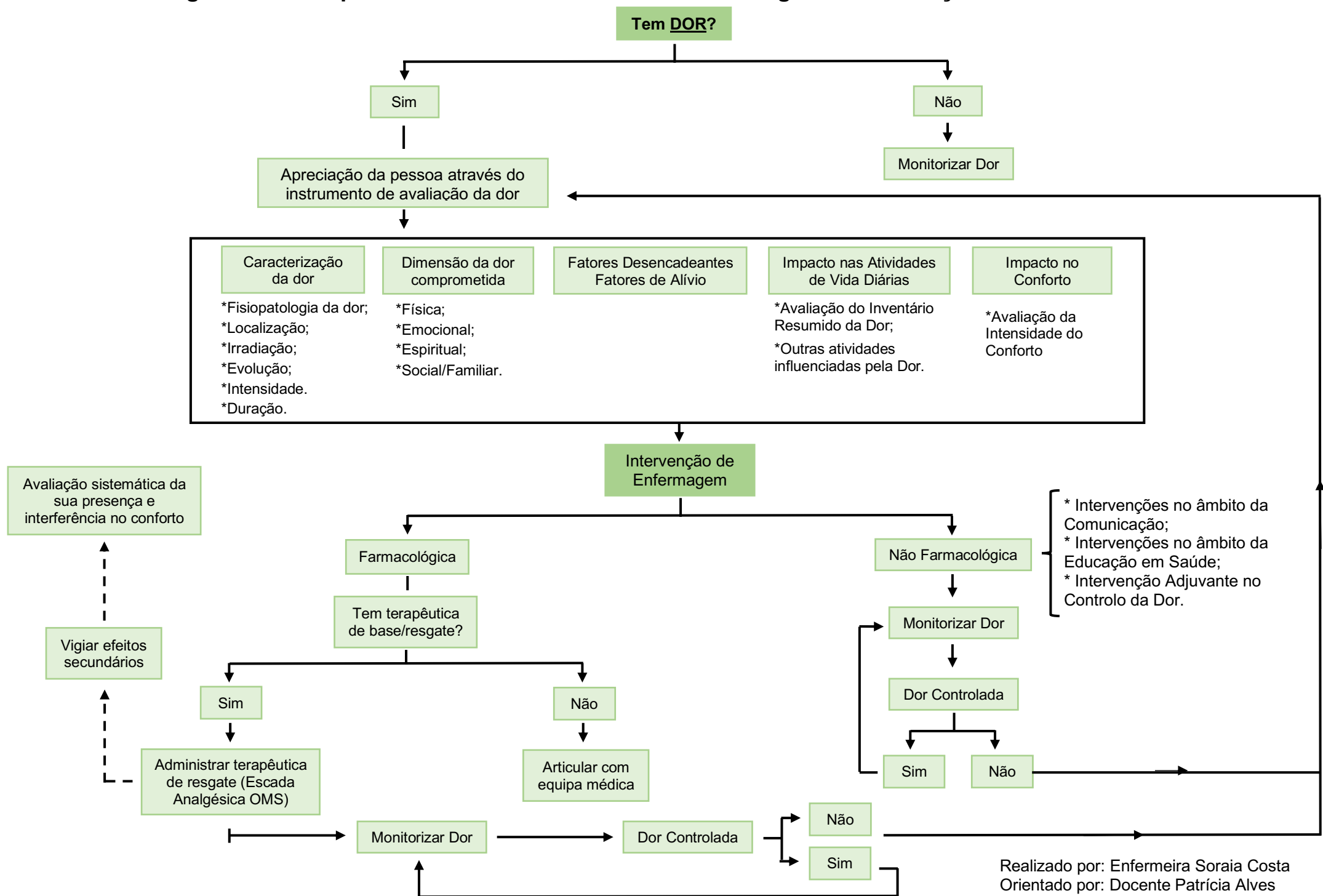
Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Referências Bibliográficas

1. Austin, P. D., Siddall, P. J., & Lovell, M. R. (2022). Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3995–4005. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x>
2. Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a01.pdf>
3. Campling, N., Richardson, A., Mulvey, M., Bennett, M., Johnston, B., & Latter, S. (2017). Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.019>
4. Céspedes, M. A. B., Díaz, L. P. E., Ramírez, M. L. J., & Sabogal, M. C. G. (2019). Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2).
5. Clark, C. S. (2018). Medical Cannabis: The oncology nurse's role in patient education about the effects of marijuana on cancer palliation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1).
6. Cowperthwaite, S. M., & Kozachik, S. L. (2019). Improving the Pain Experience for Hospitalized Patients with Cancer. *Oncology nursing forum* 46(2).
7. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
8. Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. *Pain Management Nursing*, 22(6), 716-723.
9. Guan, N. C., Beng, T. S., Sue-Yin, L., & Kanagasundram, S. (2021). The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. *Indian journal of palliative care*, 27(1), 83.
10. Hayashi, E., Aoyama, M., Fukano, F., Takano, J., Shimizu, Y., & Miyashita, M. (2022). Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients: An observational, controlled study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(1), 30.
11. International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
12. Koller, A., Gaertner, J., De Geest, S., Hasemann, M., & Becker, G. (2018). Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANtiPain). *Cancer nursing*, 41(5), 367-378.
13. Kolcaba, K. (2010). *Comfort Questionnaires - Visual Discomfort Scale Questionnaire*.
14. Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR – Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros, 1 (1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
15. Ordem dos Enfermeiros. (2015). CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Lusodidacta. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
16. Quintini, D., Fichaux, M., Surdej, F., Espanet, N., & Salas, S. (2018). Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 85-91.
17. Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R. & Faustino, S., A. (2017). Manual de Dor Crónica. (2ªEd). Fundação Grunenthal.
18. Skaczkowski, G., Moran, J., Langridge, J., Oatway, K., & Wilson, C. (2018). Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 100-102.
19. Soares, R. S., da Cunha, D. A. O., & Fuly, P. S. C. (2018). Nursing Care with Neoplastic Wounds. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12).

**Apêndice VI – Algoritmo de suporte à tomada de decisão em enfermagem na
prevenção e controlo da dor**

Algoritmo de Suporte à Tomada de Decisão em Enfermagem na Prevenção e Controlo da Dor



**Apêndice VII – Checklist dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção
e controlo da dor**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Checklist dos Registos de Enfermagem no âmbito da
Prevenção e Controlo da Dor**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
outubro, 2022**

Checklist dos Registos de Enfermagem no âmbito da Prevenção e Controlo

Data do registo										
Turno										
Nº do registo										
Caracterização da Dor	Tipo									
	Localização									
	Intensidade									
	Fatores desencadeantes									
	Fatores alívio									
	Influência AVD's									
Intervenção de Enfermagem	Farmacológica									
	Não Farmacológica									
	Ensinos realizados									
	Desejo da pessoa									
Avaliação da Intervenção	Eficácia da Intervenção									
	Reformulação do plano terapêutico									

Apêndice VIII – A importância dos registos de enfermagem na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa - reflexão crítica

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**A Importância dos Registos de Enfermagem na
Prevenção e Controlo da Dor do Doente Oncológico
em Situação Paliativa - Reflexão Crítica**

Soraia de Fátima Simão Costa

Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
outubro 2023**

Índice

Introdução	3
1. Reflexão Crítica.....	4
1.1. Descrição.....	4
1.2. Pensamentos e Sentimentos.....	5
1.3. Avaliação	6
1.4. Análise	7
1.5. Conclusão.....	9
1.6. Plano de Ação	10
Referências Bibliográficas	11

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório e tendo em conta a finalidade e os objetivos do meu projeto de intervenção, intitulado de *Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção Especializada do Enfermeiro*, ingressei na Unidade de Cuidados Paliativos A (UCP A) para a realização do meu primeiro estágio clínico.

Neste sentido, e de modo a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro especialista e mestre no âmbito da intervenção do enfermeiro no controlo da dor como medida promotora de conforto à pessoa com doença oncológica e família em situação paliativa, delineei previamente quatro objetivos específicos que me proponho atingir. Para tal, estabeleci um conjunto de atividades que após concluídas me permitiram alcançar os objetivos definidos.

Tendo em conta o quarto objetivo: **analisar a prática de cuidados**, concretizei a presente atividade, que consiste na realização de uma reflexão crítica de um evento significativo da prática de cuidados. A reflexão será analisada à luz da metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs que se encontra dividido em seis etapas: descrição; pensamentos e sentimentos; avaliação; análise; conclusão e plano de ação (Gibbs, 2013).

Considerando os registos de enfermagem, elementos importantes e indispensáveis à continuidade dos cuidados, no seio de uma equipa multidisciplinar, (Ribeiro, 2021), torna-se premente a reflexão acerca deste tema, de modo a manter rigor no que se regista face à apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor.

Por conseguinte, a reflexão que se segue será nesse âmbito, e procura refletir acerca da observação que realizei dos registos de enfermagem realizados para caracterizar a dor, no local onde exerço funções, na UCP A onde me encontro a realizar estágio clínico e na evidência científica disponível.

Esta reflexão permitiu-me desenvolver competência de mestre ao “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos (...) os desenvolve e aprofunde” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 junho, p.3842); e ainda desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente: no

âmbito do autoconhecimento e assertividade, ao deter “consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e ao “gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (p. 4749); e no âmbito “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, pois “rentabiliza as oportunidade de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, p.4750).

1. Reflexão Crítica

Partindo do pressuposto, que os registos representam uma estratégia válida, documentada e o melhor veículo de comunicação, que reflete a prática de enfermagem (Ribeiro, 2021), considero essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional refletir sobre este tema e analisar o impacto que os registos completos e rigorosos têm na abordagem que se adota perante o doente oncológico em situação paliativa com dor.

Tendo em conta a metodologia reflexiva utilizada, considere mais facilitador, à perceção do leitor, dividir este capítulo em seis subcapítulos, sendo que cada um deles corresponde a uma etapa reflexiva.

1.1. Descrição

Os registos de enfermagem no serviço de medicina onde exerço funções são realizados informaticamente no sistema de informação SClínico® e, como tal, a apreciação, intervenção e avaliação da prevenção e controlo da dor são realizados através do foco de enfermagem “Dor” ao qual estão associadas duas intervenções de enfermagem: “Vigiar Dor” e “Monitorizar Dor” que permite ao enfermeiro após a abordagem à pessoa com dor registar a sua intervenção nos campos de atuação anteriormente referidos, de acordo com a linguagem científica disponível na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, dispondo igualmente de um espaço para observações, onde o enfermeiro pode acrescentar as informações que considera necessárias e pertinentes para completar o seu registo.

Neste sentido, através da consulta dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo da dor verifiquei que os registos:

Incluem: Tipo de Dor, Intensidade da Dor, Fatores desencadeantes e Intervenções de Enfermagem Farmacológicas;

Não Incluem: Localização da Dor, Adequação da Escala, Fatores de Alívio, Influência nas Atividades de Vida Diárias, Intervenção de Enfermagem Não Farmacológicas e Avaliação da Intervenção.

Considerarei igualmente importante consultar os registos de enfermagem realizados pelos enfermeiros peritos na UCP A onde me encontro a realizar estágio clínico. Nesta unidade, os registos de enfermagem são igualmente realizados informaticamente, contudo o sistema de informação utilizado é o MedicineOne. Neste, a apreciação, intervenção e avaliação da prevenção e controlo da dor são registados de forma livre num espaço disponível para a realização dos registos de enfermagem e de acordo com a linguagem de cada enfermeiro. Face ao tema em análise e após a observação dos registos verifiquei que estes:

Incluem: Localização da Dor, Adequação da Escala, Fatores Desencadeantes, Fatores de Alívio, Influência nas Atividades de Vida Diárias, Intervenção de Enfermagem Farmacológica e Não Farmacológico e Avaliação da Intervenção;

Não Incluem: Tipo de Dor e Intensidade da Dor.

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Os registos de enfermagem são a estratégia que nos permite enquanto enfermeiros dar visibilidade aos cuidados que prestamos, às intervenções que desenvolvemos e o efeito que desempenham junto da pessoa com dor e respetiva família. A ausência desses registos ou a generalidade dos mesmos induz riscos para a segurança do doente repercutindo-se negativamente na individualização, humanização e qualidade dos cuidados (Ribeiro, 2021).

Neste sentido, quando penso na forma como os registos de enfermagem são realizados no meu serviço, no que à abordagem da pessoa com dor diz respeito, deparo-me com uma multiplicidade de sentimentos. Alguma apreensão e inquietação face à adequação da melhor escala de avaliação da dor tendo em conta o estado neurológico do doente, pois esta adequação permite uma abordagem terapêutica que vá ao encontro da caracterização que o doente faz da sua dor.

Sinto também alguma estranheza, quando a apreciação da dor não contempla a sua localização, e causa-me ainda alguma dúvida e receio, relativamente à avaliação da eficácia da intervenção, que ao não ser mencionada, pode colocar em risco a continuidade dos cuidados e, consequentemente, o alívio da dor.

Contudo, senti-me otimista, ao constatar que não é descurado o tipo de dor e a intensidade da mesma, permitindo direcionar o tratamento, bem como os fatores desencadeantes, que ao serem identificados podem ser evitados ou minimizados, aquando da prestação de cuidados.

Por outro lado, a observação dos registos realizados na UCP A, permitiu-me inferir, que uma equipa constituída por enfermeiros peritos, com conhecimentos e competências especializadas, enfatiza a importância da realização de registos precisos, completos e individualizados, face à apreciação, intervenção e avaliação da prevenção e controlo da dor, permitindo por parte da equipa multidisciplinar, uma abordagem à pessoa com dor humanizada, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a continuidade dos mesmos de forma eficaz e precisa. Contudo, deixou-me surpresa a não inclusão do tipo e intensidade da dor na caracterização da mesma. Tal como fiquei apreensiva ao perceber que a linguagem utilizada nos registos não é uniformizada e comum à Enfermagem Mundial.

Da observação da prática de cuidados constatei ainda que os registos de enfermagem são maioritariamente realizados no final de cada turno e, como tal, dadas as especificidades de cada doente e família e a complexidade dos cuidados prestados, nem sempre as equipas têm tempo suficiente para a realização dos registos de enfermagem de forma completa e com o rigor que era desejado, possibilitando a existência de falhas na continuidade e qualidade dos cuidados.

Estes pensamentos e sentimentos que fui descrevendo foram surgindo com a observação e análise dos registos previamente realizados, levando-me a refletir, a pesquisar e a partilhá-los com o enfermeiro orientador.

1.3. Avaliação

São atividades como estas, que nos permitem refletir acerca da importância que os registos de enfermagem têm para a visibilidade da profissão. O que realizamos na nossa

prática de cuidados diária, as intervenções de enfermagem que implementamos e o impacto que têm na prestação de cuidados à pessoa com dor e família, promovendo o seu alívio e contribuindo para promoção do conforto, devem estar espelhadas nos registos que realizamos, pois, são a nossa identidade enquanto profissionais.

São estas reflexões que nos possibilitam a identificação e compreensão dos aspetos positivos e negativos da prática de cuidados, com vista a desenvolver conhecimentos e competências, que contribuirão para a melhoria dos cuidados que prestamos.

Por conseguinte, o fato de a prevenção e o controlo da dor serem preocupações constantes para as equipas de saúde. Estas procuram na sua prática de cuidados intervir na apreciação, intervenção e avaliação da dor, pelo que deve ser entendido como um aspeto positivo e valorizável. Também a relação terapêutica e de confiança que é estabelecida entre a tríade profissional-pessoa doente-família é extremamente positivo, uma vez que contribui para a pessoa e família se sentirem valorizados e envolvidos no processo de cuidados. Demonstrar disponibilidade permitindo a expressão de sentimentos, expectativas e desejos torna-se premente no entendimento da história da dor do doente, pois esta tende a ser complexa, dada a sua multidimensionalidade.

Contudo, considero que os registos de enfermagem, ao não incluírem todos os elementos que caracterizam a dor e que são necessários para realizar uma história da dor completa, deve ser encarado como um aspeto negativo, impossibilitando uma abordagem à pessoa com dor, individualizada e direcionada para o que efetivamente está a sentir, subtratando-a, e comprometendo o seu alívio, acarretando mais desconforto e sofrimento. Para além de comprometer a continuidade dos cuidados por parte de toda equipa multidisciplinar.

1.4. Análise

A dor é uma experiência pessoal, cujo seu significado varia de pessoa para pessoa e impacta no conforto do doente oncológico e família, condicionando as suas decisões e comportamentos, levando a reajustes no quotidiano (Barbosa et al., 2016).

É, então, considerado um sintoma complexo, subjetivo, multidimensional e que só pode ser descrito pelo próprio. Neste sentido, e tendo em conta que a ausência de dor é

um direito básico dos doentes que dela padecem, o enfermeiro tem o dever ético de apreciar, intervir e avaliar detalhadamente a dor, de modo a promover o alívio eficaz da mesma, individualizando e humanizando os cuidados (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

Neste âmbito, posso realçar que durante a observação dos registos em ambos os contextos fui-me deparando constantemente com a referência à dor, denotando uma preocupação por parte dos profissionais na sua abordagem. Todavia, a sua caracterização ficava muitas vezes aquém do que a evidência científica nos demonstra.

De acordo com vários autores a história da dor deve conter os seguintes aspetos: Exame Físico; Características da Dor: Evolução, Localização, Qualidade/Tipo de Dor, Intensidade, Duração, Frequência; Fatores de Desencadeantes e Fatores de Alívio; Impacto na Atividades de Vida Diárias; Impacto nas várias dimensões da dor: emocional, socioeconómico, espiritual e psicológico; Sintomas associados; Intervenção de Enfermagem (Farmacológica/Não farmacológica); Avaliação da Intervenção (Abejas et al, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2008; Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

No entanto, como tenho vindo a referir ao longo da presente reflexão, em ambos os contextos existem elementos que são de extrema importância, como referem os autores supramencionados e que não constam nos registos realizados.

Por conseguinte, aquando da análise desses resultados e em conversa informal com alguns colegas do meu contexto de cuidados verifiquei que esta prática ocorre não por falta de conhecimentos, mas por não existir uma cultura de avaliação da dor detalhada instituída no serviço, por exaustão da equipa e por rácios inferiores ao preconizado. De fato Santana e Araújo (2016) reconhecem que a “equipe de enfermagem conhece na teoria a importância da realização correta dos seus registos, porém na prática, estes são realizados de forma indevida” (p.1).

Por outro lado, quando refleti com o orientador clínico, no que concerne aos aspetos não mencionados nos registos dos peritos da UCP A, constatei que a cultura de avaliação de dor, aí enraizada, assume padrões característicos da população a quem presta cuidados.

1.5. Conclusão

A presente reflexão e o conjunto de dados que recolhi através da observação dos registos de enfermagem, permitiram-me desenvolver o meu pensamento crítico, repensar a forma como registo a dor que o doente me confia e, até me fez questionar, se a forma como registo, valoriza integralmente o que me foi confiado. Nós, enfermeiros, somos a “voz” do doente, somos a pessoa em quem confiam as suas experiências de dor e esperam que sejamos o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar, com vista a intervir no alívio da sua dor e, consequentemente, a promover o seu conforto.

É esta relação de confiança e suporte que se estabelece, quando cuidamos de forma empática e humanizada e, neste sentido, assumimos uma posição de destaque na adoção de uma abordagem à pessoa com dor individualizada e centrada na pessoa, como ser holístico (McCormack & McCance, 2006), pois a dor ao ser sentida e experienciada de forma diferente por cada pessoa, requer a adoção de estratégias e intervenções, igualmente, diferenciadas e individualizadas.

As equipas dotadas de peritos nesta área são mais eficazes na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa e família, pois possuem competências especializadas que lhes permite deter de um vasto conhecimento científico, essencial aquando da prestação de cuidados à pessoa e família. Para além disso, estão mais despertos para a importância da realização de uma completa história de dor, de modo a adequar o plano de tratamento à individualidade e singularidade de cada pessoa e família.

Porém, os registos de enfermagem, são uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes face aos cuidados prestados ao doente oncológico com dor em situação paliativa e, como tal, são utilizados para estabelecer uma comunicação efetiva com os demais profissionais de saúde, envolvidos no plano terapêutico integrado da pessoa (Bragas, 2015).

Dito isto, é erróneo pensar-se que apenas os peritos têm o dever de documentar de forma completa e rigorosa os cuidados que são prestados, pois, qualquer enfermeiro, independentemente do grau de diferenciação que tenha, assume o dever ético e legal de

“Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;” (Alínea d) do artigo 83º da Lei n.º 111/2009).

1.6. Plano de Ação

Perante o descrito anteriormente, e após a reflexão deste tema, considero que o planeamento e a atuação no futuro passariam por sensibilizar as equipas a realizar registos de enfermagem mais completos e rigorosos, fornecendo ferramentas e estratégias, que facilitem a avaliação do doente oncológico em situação paliativa com dor e, por conseguinte, auxiliem no momento da realização dos registos.

Estas estratégias poderiam ser divulgadas através de sessões de formação, ou através da criação de memorandos que instigassem a realização dos registos de forma adequada e rigorosa.

Referências Bibliográficas

- Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Lidel.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bragas, L. Z. T. D. (2015). A importância da qualidade dos registos de enfermagem para gestão em saúde: estudo em hospital na região Noroeste do RS. [Tese de Conclusão de Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. LUME Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/130291>
- Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Procede à republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, Graus académicos e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (N.º 121 de 25 de junho de 2008), 3835-3853. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing*. (1ª ed.). Oxford Brooks University: Creative Commons.
- Lei n.º 111/2009 (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 180 de 16-09-2009), 6528-6550. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- McCormack, B & McCance, TV (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros, 1 (1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Investigação em*

http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie36_s2.pdf#page=59

Santana, L. C. & Araújo, T. C. (2016). Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Revista Acreditação: ACRED*, 6(11), 59-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602115>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26, 6 fevereiro de 2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Apêndice IX – Caracterização do campo de estágio II – Unidade de Dor A

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Caracterização do Campo Estágio II – Unidade de
Dor A**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
novembro, 2022**

1. Lista de Questões Orientadoras para a Caracterização

Unidade de Dor A

- Quando é que a Unidade de Dor A iniciou atividade?
- Como está estruturada fisicamente a Unidade de Dor A?
- Quais os serviços/profissionais que constituem a Unidade de Dor A?
- Existe articulação com outros serviços/profissionais fora da Unidade de Dor A?
Quais?
- Quais os motivos/critérios de admissão na Unidade de Dor A?
- Como é feita a primeira consulta?
- Quais os intervenientes?
- Qual a periodicidades das consultas/tratamentos seguintes?
- Existem reuniões multidisciplinares para discussão de casos clínicos?
- Se sim, quem está presente?
- Como é feito o planeamento de cuidados?
- A Unidade de Dor A dispõe de projetos? Quais?

2. Caracterização da Unidade de Dor A

O segundo estágio clínico decorre na Unidade de Dor A, pois é uma unidade de referência diferenciado e especializado na área da gestão da dor crónica (oncológica e não oncológica), sendo uma das valências de um hospital central. É constituída por profissionais peritos na área que procuram na sua prática de cuidados integrar a melhor evidência científica disponível, conforme preconiza a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008) no Programa Nacional de Controlo da Dor.

A Unidade de Dor A tem como missão prestar cuidados diferenciados disponibilizando um conjunto de serviços e atos clínicos a doentes de todos os grupos etários referenciados, portadores de Dor Crónica (oncológica e não oncológica) em contexto hospitalar ou domiciliário.

Apresenta ainda um conjunto de objetivos, que procura diariamente dar resposta, nomeadamente: estabelecer diagnóstico, terapêutica e prognóstico no âmbito da Medicina da Dor; elaborar história clínica da dor, incluindo a dor primária e as dores secundárias, início e possíveis causas; investigar e interpretar tratamentos prévios, respostas a esses tratamentos e aos tratamentos atuais; avaliar a patologia associada; avaliar a medicação instituída, passada e presente; realizar exame físico geral e algico em particular; avaliar respostas comportamentais ao exame físico; avaliar o risco/ benefício da medicação a instituir e eventuais interações medicamentosas; realização de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não invasivos, caso seja necessário; avaliação psicológica e ensino aos doentes e acompanhantes, sobre gestão do regime terapêutico.

A referenciação dos doentes para a Unidade de Dor A é realizada pelo médico de medicina geral e familiar (rede pública ou privada) ou pelo médico assistente de especialidade (rede pública ou privada). Este deve descrever detalhadamente a situação clínica do doente e a sua história da dor, pois uma referenciação incompleta ou que não espelhe a gravidade da dor que a pessoa sente pode comprometer a celeridade na resposta. Posteriormente a diretora clínica da Unidade de Dor A analisa a referenciação e os motivos que daí advêm, e após cumprir um conjunto de critérios de elegibilidade inicia o processo de agendamento da primeira consulta.

Também o exposto na Portaria n.º 95/2013 no Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, vem corroborar o referido anteriormente, uma vez que

“o acesso à consulta de especialidade hospitalar é condicionado à correta identificação do utente e à apresentação de justificação clínica, com capacidade de inclusão da história clínica e eventual anexação de resultados de exames complementares de diagnóstico efetuados, em formato digital ou outro e que sejam considerados úteis à definição da prioridade clínica pelo triador, de acordo com as regras de referência que forem definidas” (p. 1188).

Por conseguinte, após o agendamento da primeira consulta o doente desloca-se à Unidade de Dor A para ser avaliado, este pode vir acompanhado sempre que o deseje. A primeira consulta é composta por dois momentos: uma consulta de enfermagem e uma consulta médica.

Neste sentido, inicia-se com uma consulta de enfermagem, onde a enfermeira apresenta a missão e os objetivos da unidade, a equipa que o constitui e as áreas que inclui, bem como o contato telefónico de referência disponível para a pessoa/família utilizar sempre que surjam dúvidas ou considere pertinente. É também neste momento que procura conhecer a história da pessoa e da sua dor, tendo em conta a sua influência nas atividades de vida diárias, no seu conforto e qualidade de vida. Segue-se a consulta médica, que avalia e observa a pessoa e em parceria com o mesmo estabelecem um possível plano terapêutico integrado.

A Unidade de Dor A é constituído por uma equipa multidisciplinar, que no âmbito do controlo da dor, intervém junto da pessoa através de um conjunto de tratamentos invasivos e não invasivos, farmacológicas e não farmacológicas, através da elaboração de um plano terapêutico integrado contribuindo para a sua melhoria clínica, proporcionando-lhe conforto e, consequentemente melhor qualidade de vida.

Neste sentido a equipa multidisciplinar da Unidade de Dor A é constituída por cinco enfermeiras peritas, que participam ativamente em investigação no âmbito da dor, com o intuito de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados através da implementação de boas práticas baseados em evidência científica. Conta ainda com a colaboração a tempo inteiro de nove médicos de várias especialidades (quatro anestesiólogos, quatro fisiatras e uma de medicina interna), uma psicóloga clínica,

quatro assistentes operacionais e uma secretária de unidade. Para além destes profissionais tem a colaboração, a tempo parcial, de um médico neurologista, uma assistente social, uma dietista, uma farmacêutica, uma psicomotricista e um musicoterapeuta.

Esta unidade ao prestar cuidados especializados no âmbito da dor crónica desempenha um papel fundamental no apoio às pessoas da comunidade, através dos vários serviços que oferece, nomeadamente: consulta presencial médica e de enfermagem, consulta telefónica de enfermagem, consulta de psicologia clínica, consulta de nutrição e dietética e um conjunto de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, entre os quais bloqueio de nervos periféricos ecoguiados/ bloqueio central/ neuroestimulação medular; infiltração de pontos dolorosos; radiofrequência; ozonoterapia; diatermia/ estimulação muscular alta frequência e bandas neuromusculares/ massagem terapêutica.

Para além disso, o vasto conhecimento que esta equipa dispõe é igualmente uma mais-valia para as equipas de saúde dos vários serviços de internamento deste hospital, pois permite-lhes receber consultadoria. A visita aos serviços é realizada à segunda-feira por uma enfermeira e um médico, que avalia o doente e sempre que necessário realiza ajustes terapêuticos. À quinta-feira por via telefónica é articulado com os profissionais de saúde de cada internamento, por forma a reavaliar esses doentes, bem como a sua tolerância às alterações terapêuticas previamente efetuadas. À parte disso está disponível todos os dias úteis e no horário de funcionamento da Unidade de Dor A apoio telefónico da equipa da unidade às equipas de internamento, para qualquer dúvida, esclarecimento ou reajuste terapêutico.

Dispõem igualmente de um contato telefónico direto, disponível todos os dias úteis das 9h às 17h que é rececionado pela equipa de enfermagem e realiza a consulta telefónica. Este contato é fornecido a todos as pessoas que acompanha aquando da consulta de primeira vez, com o intuito de possibilitar a avaliação do controlo da dor do doente ou agudizações; possibilitar consultadoria; solicitar o reajuste da terapêutica analgésica; facilitar o acesso às receitas; permitir a marcação e a alteração de consultas; possibilitar esclarecimentos de dúvidas sobre a terapêutica os efeitos secundários e/ou outros assuntos relacionados com a dor.

A equipa multidisciplinar reúne semanalmente, à segunda-feira para partilha de conhecimentos e experiências. É neste momento que os vários elementos da equipa promovem o seu desenvolvimento pessoal e profissional através de formação nas diversas áreas de atuação da equipa, pois de acordo com Júnior et al. (2006) a equipa multidisciplinar deve promover a sua formação contínua. Também Vasconcelos (2016) salienta que deve haver uma interação participativa entre os vários elementos da equipa, promovendo mudanças estruturais, reciprocidade e enriquecimento mútuo. Neste período de formação não são agendados tratamentos, nem consultas.

A Unidade de Dor A dispõe de instalações próprias, que se encontram em funcionamento de segunda a quinta-feira das 8h às 18h e à sexta-feira das 8h às 16h. Estruturalmente inclui uma sala de espera para os doentes, uma área de secretariado, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, quatro gabinetes polivalentes, um gabinete de psicologia, uma sala de sujos e uma sala de reuniões/refeições.

Referências Bibliográficas

Direção Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD, de 18/06/2008*. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido em https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

Júnior, J. M. N., Oliveira, M. M., Lima, J. R. P., Silva, L. P., Chicourel, E. L., & Peralva, M. A. C. (2006). As características das ações multidisciplinares do programa de caminhada orientada da UFJF na atenção integral da saúde. *Interagir: pensando a extensão*, 10, p.61-66. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/interagir/article/view/2610/1773>

Portaria n.º 95/2013. (2013). Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 44 de 4 de março de 2013), pp. 1185-1191. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/95/2013/03/04/p/dre/pt/html>

Vasconcelos, E. M. (2016). Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. *Petrópolis: Vozes*, 6, p.343.

**Apêndice X – Caracterização do campo de estágio III – Unidade de Cuidados
Paliativos B**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Caracterização do Campo Estágio III – Unidade de
Cuidados Paliativos B**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
novembro, 2022**

1. Lista de Questões Orientadoras para a Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos B

- Quando é que a Unidade de Cuidados Paliativos B (UCP) iniciou atividade?
- Como está estruturada fisicamente a UCP B?
- Quais os serviços/profissionais em articulação com a UCP B?
- Quais os motivos/critérios de admissão na UCP B?
- Qual o método de trabalho?
- Como é feito o acolhimento do doente/família na UCP B?
- Quais os intervenientes?
- Existem conferências familiares? Quais os motivos para o seu agendamento/periodicidade?
- Como é feito o planeamento de cuidados e a sua reavaliação? (PII?)
- Em que circunstâncias a família pode e deve estar presente?
- O acompanhamento/intervenção na família é possível e frequente?
- Qual a rede de suporte comunitária?
- A UCP B dispõe de projetos? Quais?

2. Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos B

A Unidade de Cuidados Paliativos B (UCP) onde realizo o terceiro estágio clínico é uma unidade de internamento, onde a prestação de cuidados é realizada de forma humanizada e diferenciada por uma equipa multidisciplinar, que dispõe de conhecimentos e competências especializados.

Esta unidade destina-se a doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação ou em situações complexas de sofrimento associadas a doenças incuráveis e progressivas, cujo principal objetivo é contribuir para a promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida da pessoa e da sua família, respeitando a sua individualidade e singularidade numa abordagem humanista e holística cujas necessidades físicas, psicossociais e espirituais sejam tidas em conta.

Dito isto, é de salientar que as características desta unidade vão ao encontro das particularidades das Unidades de Cuidados Paliativos de Nível III mencionadas na Circular Normativa Nº14/DGCG de 13/07/2004, bem como nas características dos Centros de Excelência de Cuidados Paliativos preconizado pela *European Association for Palliative Care* (2009).

Como referi anteriormente e, de acordo com *European Association for Palliative Care* (2009), cuidados paliativos especializados requerem uma abordagem multidisciplinar com vista a adotar um método de trabalho interdisciplinar, cujos elementos da equipa devem ter formação avançada e diferenciada na área, potenciando momentos de partilha. Neste sentido, os cuidados são prestados por uma equipa amplamente especializada na área, da qual fazem parte: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, capelão e outros assistentes religiosos disponíveis através de contato telefónico, assistentes operacionais, administrativos e voluntários. Conta ainda com outros profissionais que prestam serviços de apoio e suporte como: terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, farmacêutico, dietista e auxiliares de alimentação.

Esta unidade, ao prestar cuidados especializados no âmbito dos Cuidados Paliativos desempenha um papel fundamental no apoio às outras unidades do hospital, uma vez que detém de um vasto conhecimento e competências que permite articular com as diversas equipas e realizar consultadoria a outras pessoas internados no hospital.

Para além disso, é também disponibilizado o contato telefónico da unidade, para possam prestar esclarecimentos a pessoas que sejam acompanhados em consulta externa de cuidados paliativos ou que já tiveram algum internamento na unidade, independentemente do destino da alta.

A complexidade das situações clínicas, a multiplicidade de comorbilidades associadas, o manuseamento terapêutico, uma eficaz gestão global do sofrimento e a procura pela promoção do conforto e qualidade de vida da pessoa e família, exigem por parte da equipa uma preparação diferenciada, e cumprimento das dotações seguras, permitindo a prestação de cuidados humanizados, seguros e de qualidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

É com base no referido anteriormente, que a UCP B procura assegurar a prestação de cuidados diariamente. Dadas as especificidades da pessoa doente e família a quem prestam cuidados, a disponibilidade de recursos humanos com formação avançada revela-se primordial na humanização e individualização do cuidar, indo ao encontro daquelas que são as suas reais necessidades. Por conseguinte, e para que os cuidados correspondam às reais necessidades da pessoa e família, preconiza-se que no período da manhã, cada enfermeiro a par com um assistente operacional assegure os cuidados a cinco ou seis doentes. No período da tarde preste cuidados diferenciados até sete doentes. No período noturno o número de doentes ao cuidado de cada enfermeiro não deve exceder os dez.

O método de trabalho preferencial da equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, refletindo as necessidades e a centralidade dos cuidados no doente e família, sem nunca descurar o trabalho em equipa, pois sendo um dos pilares dos cuidados paliativos revela-se de elevada importância para os cuidados de excelência e a continuidade dos mesmos (Ventura-Silva, et al., 2021).

As reuniões de equipa promovem a colaboração interdisciplinar entre os diferentes elementos, revelando-se primordiais no estabelecimento de “um plano de cuidados holístico, a tomada de decisões, onde se constroem opiniões e competências de forma interdisciplinar e onde a prática pode ser discutida sempre com o apoio da equipa” (Paiva et al., 2012, p.49).

Neste sentido, a articulação com a equipa médica ocorre diariamente para expor intercorrências e discutir a situação clínica de cada pessoa, bem como as suas

necessidades e as da respetiva família, de modo a estabelecer uma proposta de plano de cuidados individualizada, com vista a encontrar soluções partilhadas e consensuais, que serão à posteriori apresentadas à pessoa e família para obtenção do seu aval. Contudo a articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar é realizada de forma célere e sempre que necessário.

É considerado igualmente importante a partilha de conhecimentos e experiências entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, promovendo a formação contínua (Júnior et al., 2006), e contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional através de formação nas diversas áreas de atuação da equipa, pelo que a equipa reúne, quinzenalmente, permitindo uma interação participativa entre os vários elementos, fomentando mudanças estruturais, reciprocidade e enriquecimento mútuo (Vasconcelos, 2016).

Estruturalmente a unidade inclui dois gabinetes de coordenação, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico, duas salas de enfermagem (sendo que uma delas é apenas para realização de registos de enfermagem, pois é utilizada também como biblioteca e é onde se guarda o espólio), uma sala de material de consumo clínico, uma sala de equipamentos, uma sala de tratamentos, duas salas de estar (por vezes também utilizada para conferências familiares), dois gabinetes de reuniões/conferência familiar, uma sala de reuniões da equipa multidisciplinar/ginásio, uma casa de banho assistido, duas salas de sujos, um refeitório, duas copas (uma para os profissionais de saúde e outra para preparação de refeições para os doentes), uma rouparia, um espaço exterior e trinta e dois quartos (catorze quartos individuais, oito quartos duplos – desses seis podem ser convertidos em individuais, dois quarto de isolamento com antecâmara e dois quartos com revestimento de chumbo para doentes que necessitam de isolamento radiológico).

O acolhimento na unidade é realizado por um enfermeiro, e um médico que recolhe junto da pessoa e família dados importantes para a realização de uma anamnese completa e, conseqüentemente, a elaboração do plano de cuidados individualizado e adequado às suas especificidades. Este será discutido e negociado com a pessoa e família, uma vez que são elementos ativos no processo de tomada de decisão e parceiros nos cuidados.

Por conseguinte, a realização da conferência familiar revela-se primordial na gestão das emoções, desejos e objetivos de todos os intervenientes no planeamento dos

cuidados, ajustando expectativas e identificando estratégias adaptativas ao processo saúde-doença que estão a experienciar. Da mesma forma que Nobre (2019) destaca que a conferência familiar é uma “ferramenta de intervenção de comunicação efetiva adaptada às necessidades do doente e família, podendo facilitar a aceitação de um plano de cuidados e melhorar a adaptação à complexidade da doença” (p.21).

Sendo o apoio à família um dos pilares dos cuidados paliativos, é igualmente imprescindível que o profissional de saúde intervenha junto desta precocemente, encorajando a expressão de sentimentos e auxiliando no processo de consciencialização da finitude e vivência da terminalidade, proporcionando-lhes um luto “normal”, mas também acompanhamento após a morte do seu familiar. Dito isto, importa salientar que esta unidade dispõe de um projeto de intervenção de apoio no luto, implementados por três enfermeiro perito na área e um psicólogo, a todos os familiares que experienciem a morte do seu ente querido.

A presente unidade dispõe ainda de um projeto de capacitação de cuidadores informais, que se encontra em pausa dada a circunstância pandémica que vivemos.

Referências Bibliográficas

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no biénio de 2021-2022*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2004). Circular Normativa N° 14/DGCG de 13/07/2004. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*: Direção-Geral da Saúde. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/3969ee16-30fc-42ff-b4aa-6368d31156f1.pdf>

European Association for Palliative Care (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278-289.

Júnior, J. M. N., Oliveira, M. M., Lima, J. R. P., Silva, L. P., Chicourel, E. L., & Peralva, M. A. C. (2006). As características das ações multidisciplinares do programa de caminhada orientada da UFJF na atenção integral da saúde. *Interagir: pensando a extensão*, 10, p.61-66. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/interagir/article/view/2610/1773>

Nobre, V. S. D. (2019). *As conferências familiares numa Unidade de Cuidados Paliativos: análise do seu conteúdo*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/39416>

Paiva, C., Caldas, A. C. & Capelas, M. L. (2012). Caracterização do trabalho em equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 5(1-2), 47-63.

Vasconcelos, E. M. (2016). Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. *Petrópolis: Vozes*, 6.

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. D. S., Trindade, L. D. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Apêndice XI – Journal Club: “Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals”

Plano de Sessão

“Journal Club”

Objetivo – Expor a análise do artigo científico “Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals” (Ehrlich et al., 2021).

Local – Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Paliativos B

População-Alvo – Equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos B

Data e hora – A definir;

Duração – 20 minutos;

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Introdução	* Contextualização da realização do <i>Journal Club</i>; * Apresentação do artigo científico	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção	5 min
Desenvolvimento	* Apresentação: - Problemática que motivou a realização deste estudo; - Estudo e a sua metodologia; - Amostra/População em estudo; - Intervenção de Enfermagem e a sua aplicabilidade; - Resultados do Estudo; - Implicações para a Enfermagem; - Limitações do estudo.			10 min
Conclusão	* Conclusão; * Partilha de pensamentos e dúvidas.			5 min

Título do Artigo	Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals
Ano da Publicação	2021
Referência Bibliográfica	Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. <i>Pain Management Nursing</i> , 22(6), 716-723. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.003
Local de Estudo	Nordeste Estados Unidos da América
População em Estudo	≥ 18 anos de idade com dor oncológica a receber cuidados paliativos e que comuniquem em inglês.
Tipo de Estudo/ Metodologia	Estudo prospectivo, longitudinal (piloto e de viabilidade).
Objetivo do Estudo	Testar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção de entrevista motivacional em vários pontos temporais liderada por enfermeiras e explorar as atitudes e comportamentos dos participantes relacionados ao ambiente de objetivos funcionais de dor. O objetivo secundário foi explorar a autoeficácia da dor ao longo do tempo e descrever os comportamentos dos participantes envolvidos em relação ao estabelecimento de objetivos funcionais de dor.
Principais achados relacionados com a questão/ Implicações para a Enfermagem	* A entrevista motivacional (EM), baseia-se no princípio de que os doentes tendem a aceitar mudanças comportamentais quando são guiados em discussões clínicas sobre objetivos, em vez de persuadidos sobre a mudança de comportamento. * Quatro princípios fundamentais para a EM: - Evitar corrigir os pensamentos ou comportamentos do doente; - Envolver os doentes na exploração e compreensão dos sentimentos de ambivalência; - Escuta ativa (ouvinte empático); - Capacitar os doentes para decidir e adotar mudanças de comportamento. * A intervenção consiste na realização de uma entrevista motivacional conduzida por um enfermeiro, onde são discutidas as experiências pessoais de dor oncológica, conhecimentos e comportamentos sobre o controlo da dor e resultados esperados. * A aplicabilidade da EM requer por parte do enfermeiro treino didático e prático, de modo a conduzir a entrevista através da utilização de métodos de discussão de EM, incluindo orientar, acompanhar e direcionar os participantes a revelarem os efeitos da dor nas atividades de vida diária e abordar os doentes acerca das estratégias que utilizam para controlar a dor, com vista a estabelecer metas funcionais de dor.

	* Os doentes estão mais propensos a envolverem-se em comportamentos eficazes de controlo da dor quando têm oportunidade de falar sobre desejos e expectativas pessoais para controlar a dor, em vez de receberem conselhos sobre o que deveria ser feito para reduzir a dor. * A enfermeira entrevistadora fazia perguntas esclarecedoras para garantir que as metas dos participantes fossem específicas, mensuráveis e realistas e, em seguida, fornecia-as por escrito. * As sessões foram relatadas por todos os participantes como sendo úteis e recomendáveis para outras pessoas. * Sessões de EM conduzidas por enfermeiros são intervenções viáveis que podem ajudar os doentes em CP a concentrarem-se no estabelecimento de metas/objetivos funcionais significativos e realistas como uma intervenção para controlar a dor oncológica. * Os doentes estavam dispostos a participar em discussões de IM sobre as suas experiências de dor oncológica em vários encontros e mencionaram que era útil e recomendado para outras pessoas com dor oncológica.
Limitações do Estudo	* Amostra pequena e sendo só um enfermeiro a realizar a intervenção não permitem prever o sucesso da intervenção quando ampliada; * A intervenção deve ser estudada com uma amostra demograficamente representativa. É possível que a presente amostra tenha um viés para doentes com cancro em estadios primários, pois tal intervenção pode não ser viável ou aceitável em doentes com cancro em estadio avançado devido ao comprometimento funcional e cognitivo que a progressão da doença possa acarretar.

Apêndice XII – Via subcutânea em cuidados paliativos – plano de sessão da
aula

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Via Subcutânea em Cuidados Paliativos – Plano de
Sessão da Aula**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
novembro 2022**

1. Plano de Sessão

1.1. Designação do tema

Via Subcutânea em Cuidados Paliativos.

1.2. Duração da sessão

A formação no âmbito da “Via Subcutânea em Cuidados Paliativos” abordará um conjunto de tópicos essenciais para a utilização desta via de administração pelos profissionais de saúde de forma segura. Neste sentido a sessão terá a duração de 30 minutos.

1.3. Identificação do formador

Soraia de Fátima Simão Costa enfermeira no Serviço Medicina A e mestranda no 13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem Oncológica.

1.4. Identificação dos formandos

Mestrandos do 1º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

1.5. Local e data da sessão

A sessão decorrerá na sala 1.36 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no Pólo Artur Ravares, no dia 17 de novembro de 2022, com início às 13:20 horas e término às 13:50 horas.

1.6. Objetivos gerais da sessão

A presente sessão tem como objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento de conhecimentos e aprendizagens dos mestrandos no âmbito da Via de Administração Subcutânea em Cuidados Paliativos;
- Partilhar experiências com os mestrandos no âmbito da Via de Administração Subcutânea em Cuidados Paliativos.

1.7. Objetivos específicos da sessão

Os objetivos específicos vão ao encontro do que se pretende que os mestrandos estejam habilitados, no fim da sessão:

- Definir via subcutânea e distinguir as suas formas de administração;
- Identificar as principais indicações para a utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar as contraindicações absolutas e relativas para a utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar as vantagens e as desvantagens da utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar os locais de punção do cateter subcutâneo;
- Reconhecer a importância da escolha do local de punção do cateter subcutâneo, tendo em conta as especificidades de cada pessoa;
- Descrever a técnica de punção subcutânea;
- Distinguir os dispositivos de punção subcutânea, tendo em conta as suas características e durabilidade;
- Descrever o procedimento de punção subcutânea;
- Identificar possíveis complicações à utilização da via subcutânea;
- Identificar os fármacos para uso subcutâneo e compatibilidade entre eles;
- Identificar as soluções toleradas pela pessoa aquando da administração contínua por via subcutânea e respetivos débitos de perfusão.

1.8. Planeamento da sessão

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Introdução	• Em que consiste a via de administração subcutânea; • Quais as formas de administração subcutânea: ○ Via de administração intermitente; ○ Via de administração contínua;	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção	5 min
Desenvolvimento	• Indicações; • Contraindicações: ○ Absolutas; ○ Relativas; • Vantagens; • Desvantagens; • Locais de Punção do Cateter Subcutâneo: ○ Especificidades de cada local anatómico; • Técnica de Punção Subcutânea; • Dispositivos de Punção Subcutânea: ○ Vantagens e desvantagens de cada dispositivo; ○ Durabilidade de cada dispositivo; • Procedimento de Punção Subcutânea; • Complicações; • Fármacos para Uso Subcutâneo; • Compatibilidade de Fármacos por Via de Administração Subcutânea; • Hipodermóclise: ○ Tipos de soluções para perfusão contínua; ○ Débito de perfusão contínua.			20 min
Conclusão	• Partilha de pensamentos e dúvidas.			5 min

Referências Bibliográficas

Azevedo, D. L., & Fortuna, C. M. (2017). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro. https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SBGG_guia-subcutanea_2aedicao.pdf

Cardoso, V. M. V. (2017). *Hipodermóclise e a Via Subcutânea no Controlo Sintomático em Contexto Paliativo: Perceção dos Enfermeiros Portugueses*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto: Faculdade de Medicina]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111615/2/261745.pdf>

Constante, M. S., de Souza Rodrigues, F. S., Coutinho, A. O. R., & de Oliveira Peixoto, M. C. (2021). Hipodermóclise: uma nova velha alternativa de administração subcutânea Hypodermoclysis: a new old alternative of subcutaneous administration. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 78048-78057. DOI:10.34117/bjdv7n8-158

El Khoury, J., Hlais, S., Helou, M., Mouhaweij, M. C., Barmo, S., Fadel, P., & Tohme, A. (2022). Evaluation of efficacy and safety of subcutaneous acetaminophen in geriatrics and palliative care (APAPSUBQ). *BMC Palliative Care*, 21(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00934-3>

Gomes, N. S., Silva, A. M. B. D., Zago, L. B., Silva, É. C. D. L., & Barichello, E. (2017). Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 1096-1105. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0424>

Guedes, N. D. A. B., Melo, L. S. D., Santos, F. B. O., & Barbosa, J. A. G. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Revista Rene*, 20, 1-9. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/46189>

Pereira, J. M., da Silva, A. C., & Pereira, J. M. (2021). Administração de fluidos por via subcutânea em pacientes oncológicos. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 15(2). DOI: 10.5205/1981-8963.2021.246963

Santos, G. L. A., Aranha, J. D. S., Valadares, G. V., Silva, J. L. L. D., Santos, S. D. S., & Guerra, T. D. R. B. (2020). Qualificação da assistência de enfermagem paliativista no uso

da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5).
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0056>

Apêndice XIII – Caracterização do campo de estágio IV – Unidade de Dor B

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

Caracterização do Campo Estágio IV – Unidade de Dor B

Soraia de Fátima Simão Costa

—

Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

—

**Lisboa
janeiro, 2023**

1. Lista de Questões Orientadoras para a Caracterização da Unidade de Dor B

- Quando é que a Unidade de Dor B iniciou atividade?
- Como está estruturada fisicamente a Unidade de Dor B?
- Quais os serviços/profissionais que constituem a Unidade de Dor B?
- Existe articulação com outros serviços/profissionais? Quais?
- Quais os motivos/critérios de admissão na Unidade de Dor B?
- Como é feita a elegibilidade dos doentes para a Unidade de Dor B?
- Como é estruturada a primeira consulta?
- Quais os intervenientes?
- Qual a periodicidades das consultas/tratamentos seguintes?
- Quais os tratamentos realizados na Unidade de Dor B?
- Existem reuniões multidisciplinares para discussão de casos clínicos?
- Se sim, quem está presente?
- Como é feito o planeamento de cuidados?

2. Caracterização Unidade de Dor B

Com o término do estágio, integro o último contexto clínico, que se realiza na Unidade de Dor B de um Hospital Central Público de Lisboa. Esta caracteriza-se por ser uma unidade diferenciada e de referência a nível nacional, no âmbito do diagnóstico e controlo da dor crónica oncológica, constituída por uma equipa multidisciplinar especializada e perita na área, que procura no dia a dia integrar a melhor evidência disponível nos cuidados prestados, conforme preconiza a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008) no Programa Nacional de Controlo da Dor.

A Unidade de Dor B procura minimizar o sofrimento da pessoa e, para tal, apresenta um conjunto de objetivos que procura diariamente ver correspondidos na prática de cuidados, estes encontram-se explanados no Manual de Integração dos Enfermeiros da Unidade de Dor B (2022), que passo a citar:

- *Avaliação, estudo e tratamento de síndrome dolorosos causados pelo cancro, tanto pela sua ação direta como consequência das terapêuticas oncológicas (quimioterapia, radioterapia e cirurgia);
- *Tratamento de situações de dor complexas, quer com medidas farmacológicas, quer com meios intervertidos;
- *Apoio psicoterapêutico a estes doentes, visando uma melhoria dos aspetos psicológicos relacionados com a dor/doença e, consequentemente, da sua qualidade de vida;
- *Investigação na área da dor, particularmente nos seus aspetos clínicos e terapêuticos;
- *Promoção do ensino e condutas no campo da dor, estabelecendo atitudes e procedimentos assentes em bases científicas e racionais.” (pp. 5-6).

A incidência da dor crónica oncológica pode atingir 80% dos casos e pode estar associada à gravidade e/ou progressão da doença, mas também aos tratamentos da mesma (quimioterapia, radioterapia e cirurgia).

Neste sentido, a abordagem à pessoa com dor oncológica deve iniciar-se pelo médico assistente, que deve procurar a etiologia da dor, quer através da caracterização que a pessoa faz da sua dor, quer através de exames complementares de diagnóstico. É, igualmente importante perceber a durabilidade da mesma, mas, também, a implicação que a dor oncológica tem nas várias dimensões (psicológica, física, social e espiritual).

A referenciação para a Unidade de Dor B é realizada pelo médico assistente da pessoa e deve ter em conta um conjunto de critérios, nomeadamente: ser doente oncológico com dor crónica associada à patologia oncológica ou ao tratamento **OU** ter dor pós-operatória superior a três meses de evolução **OU** ter dor pós-operatória inferiores a três meses de evolução com características neuropáticas **E** dor crónica refractária a terapêutica analgésica prévia (incluindo opióides fracos) ou efeitos secundários inequivocamente associados à terapêutica analgésica **E** esclarecimento prévio (imagiológico, consulta de especialidade ou outro) da etiologia da dor. Sempre que existam casos clínicos que não cumpram os critérios de referenciação, devem ser discutidos com a equipa da Unidade de Dor B que avaliará e se pertinente a sua abordagem dão continuidade ao processo.

Este processo é realizado em documento próprio, onde o médico assistente deve expor, detalhadamente, a situação clínica da pessoa, a caracterização completa e rigorosa da sua dor e a interferência que a dor acarreta no quotidiano, justificando a referenciação para a unidade.

Conforme se encontra explanado na Portaria n.º 95/2013 no Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, quando refere que deve ser adotada uma

metodologia de referenciação a partir do processo clínico do utente, que assegure um acesso equitativo, permitindo uma gestão e avaliação integradas de todo o processo de referenciação e de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, bem como da respetiva realização, cuidados subsequentes e retorno de informação ao médico assistente” (p.1187).

A dor crónica é uma dor prolongada no tempo e, como tal, de grande complexidade e difícil identificação temporal e/ou casual, que causa grande sofrimento à pessoa e família. Com vista a minimizar o sofrimento, a promover o conforto e a qualidade de vida à pessoa e família, a abordagem da dor crónica deve ser multidisciplinar (Ritto et al., 2017).

É nesta ordem de ideias que a consulta de primeira vez na Unidade de Dor B preconiza que a pessoa seja observado em três vertentes distintas, que se complementam, nomeadamente: a consulta de enfermagem, a consulta de psicologia e a consulta médica.

Na consulta de enfermagem, a pessoa é avaliada através de entrevista de enfermagem, onde o enfermeiro procura junto da pessoa e família realizar a colheita de dados o mais completa e rigorosa possível, que permita avaliar criteriosamente a sua dor, ajudando-o se necessário, na autoavaliação da mesma e na influência que tem nas atividades de vida diárias. São fornecidos à pessoa alguns formulários (Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado e o Questionário Específico para Rastreio de Dor Neuropática – DN4), que após a explicação dos mesmos deverão ser preenchidos pelo próprio, se possível, ou em colaboração com o profissional de saúde. Após avaliação da pessoa, o enfermeiro identifica as necessidades do mesmo e elabora um plano de cuidados individualizado e em cooperação com a pessoa e família, fornecendo estratégias de apoio ao alívio da dor.

Na consulta de psicologia, a psicóloga clínica realiza a avaliação do grau de sofrimento psicológico associado à experiência de dor que a pessoa está a vivenciar, explorando sinais de ansiedade, tristeza ou depressão, que se encontram muitas vezes associados a um aumento da sensação de dor, da mesma forma que Gomes (2008, p.11) refere que a intervenção psicológica da dor, “quando partilhada e discutida no âmbito de uma equipa multidisciplinar, a avaliação psicológica do doente pode ajudar à definição de um plano de intervenção mais adequado e eficaz, favorecendo uma abordagem mais completa do problema em questão”.

Para uma correta e completa avaliação psicológica são utilizados um conjunto de questionários, nomeadamente: Questionário de Catastrofização Associado à Dor (versão portuguesa do *Pain Catastrophizing Scale*); Questionário Específico para Rastreio de Dor Neuropática (DN4); Ferramenta de Risco de Opióides; e Termómetro do Distress. Estes são disponibilizadas ao doente para auto-preenchimento, quando possível e que contribuirão para uma abordagem individualizado e humanizada.

Após recolhidas todas as informações consideradas pertinentes para a avaliação global da pessoa com dor, nas consultas de enfermagem e de psicologia previamente realizadas. A consulta médica consiste na transmissão ao clínico de todas as informações consideradas relevantes e necessárias para a observação e avaliação do doente oncológico com dor, de modo a tomar uma decisão terapêutica mais adequada às reais necessidades da pessoa e em parceria com o mesmo.

A Unidade de Dor B dispõe de instalações próprias e é constituída por uma sala de tratamentos/ sala de trabalho de enfermagem; dois gabinetes de consulta; um gabinete de enfermagem; um gabinete de psicologia clínica; um quarto; um secretariado; um gabinete da diretora do serviço; um gabinete da enfermeira coordenadora; uma sala de espera (para doentes e acompanhantes); uma copa e duas casas de banho (uma para doentes/acompanhantes e outra para profissionais de saúde).

Como referi anteriormente, a prestação de cuidados ao doente oncológico com dor resulta do trabalho de uma equipa multidisciplinar, que procura no dia-a-dia através das várias áreas de intervenção, proporcionar à pessoa e família o melhor cuidado possível de forma holística e humanizada, indo ao encontro dos objetivos da unidade.

Neste sentido, a equipa multidisciplinar é constituída por quatro médicas com a especialidade de anestesiologia, sendo que diariamente apenas uma se encontra escalada para a prestação de cuidados, que vão alternando. Recebe ainda consultadoria médica na área da neurologia, fisioterapia e psiquiatria, uma vez por semana com ou sem a presença da pessoa, articulando com a médica anestesista escalada nesse dia, onde observam, avaliam e discutem o plano de intervenção da pessoa com dor. Sete enfermeiros peritos na área de prevenção e controlo da dor, que procuram na prática de cuidados integrar a melhor evidência científica disponível com vista a promover o controlo da dor e, consequentemente, a promoção do conforto e qualidade de vida da pessoas e famílias de quem cuidam. Duas assistentes operacionais e uma secretária de unidade.

Sempre que a situação social da pessoa exija uma intervenção diferenciada neste âmbito, deve ser pedida a colaboração da assistente social de referência da especialidade que acompanha a pessoa no seu processo de saúde-doença.

A Unidade de Dor B desempenha um papel preponderante para a comunidade, no âmbito da prestação de cuidados ao doente oncológico com dor, através dos vários serviços que oferece, nomeadamente: a consulta presencial médica e de enfermagem; a consulta presencial de psicologia clínica; a consulta presencial de grupo de neurologia – realiza-se uma vez por semana, à terça feira; a consulta de grupo sem presença do doente – realiza-se semanalmente, à quinta e sexta feira, para discussão de casos clínicos de doentes, sem a presença dos mesmos; o Hospital de Dia/ Sala de Tratamentos – disponível diariamente para atendimento de enfermagem não programado, para

administração de terapêutica oral e injetável, entre outros; e a linha telefónica direta de apoio aos doentes/cuidadores, esta encontra-se disponível todos os dias úteis das 8:30h às 16h, é rececionada por um enfermeiro que após identificadas as necessidades de quem os contata, atua de acordo com os protocolos institucionais.

Para além do referido anteriormente, a presente equipa presta ainda consultadoria ao serviços de internamente do hospital e o médico e enfermeiro realizam a visita aos doentes internados, sempre que solicitada a sua colaboração.

Referências Bibliográficas

Direção Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD, de 18/06/2008*. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido em https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

Gomes, A. (2008). *Abordagem psicológica no controlo da dor*. Permanyer Portugal. https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Abordagem_Psicologica_no_Controlo_da_Dor.pdf

Portaria n.º 95/2013. (2013). Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (N.º 44 de 4 de março de 2013), pp. 1185-1191. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/95/2013/03/04/p/dre/pt/html>

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R. & Faustino, S., A. (2017). *Manual de Dor Crónica*. (2ªEd). Fundação Grunenthal.

Apêndice XIV – Guia orientador de boa prática para o controlo da dor



Guia Orientador de Boa Prática para o Controlo da Dor

**A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO
CONTROLO DA DOR DO DOENTE
ONCOLÓGICO EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

SORAIA COSTA

Sob Orientação Professora Patrícia Alves

2023



Lista de Abreviaturas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EONS – European Oncology Nursing Society

IASP – *International Association for the Study of Pain*

OE – Ordem dos Enfermeiros



Índice

Introdução	5
1. Fundamentação	7
2. Algoritmo de Atuação.....	9
3. Princípios para o Controlo da Dor.....	10
4. Recomendações para a Apreciação da Dor.....	11
4.1. Quando realizar a apreciação da dor	14
4.2. Apreciação da dor quanto à evolução temporal.....	14
4.3. Apreciação da dor quanto à sua intensidade.....	18
4.4. Apreciação da dor quanto à localização	25
4.5. Apreciação da dor quanto à qualidade	25
4.6. Apreciação da dor face aos fatores de alívio e agravamento.....	27
4.7. Apreciação da dor face ao seu impacto nas atividades de vida diárias	28
5. Recomendações para o Alívio e Controlo da Dor	29
5.1. Intervenção farmacológica.....	30
5.2. Intervenção não farmacológica	34
5.2.1. Intervenções de enfermagem no âmbito da comunicação	35
5.2.2. Intervenção de enfermagem no âmbito da educação em saúde	36
5.2.3. Intervenção adjuvante no controlo da dor	38
6. Eficácia da Intervenção e Registo de Enfermagem.....	40
Considerações Finais	42
Referências Bibliográficas	43

Apêndices

Apêndice I – Checklist dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo da dor

Apêndice II - Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa

Anexos

Anexo I - Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)



Índice de Quadros

Quadro 1 - Aspetos comunicacionais a considerar na apreciação da dor.....	13
Quadro 2 - Surgimento/início da dor e questões orientadoras	14
Quadro 3 - Padrão da dor e questões orientadoras.....	15
Quadro 4 - Duração da dor e questões orientadoras.....	15
Quadro 5 - Dor Irruptiva	17
Quadro 6 – Escala de Avaliação Numérica	19
Quadro 7 - Escala Qualitativa.....	20
Quadro 8 - Escala de Faces Revista	21
Quadro 9 - Pain Assessment in Advanced Dementia.....	22
Quadro 10 - Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado).....	23
Quadro 11 - Apreciação da dor quanto à localização	25
Quadro 12 - Apreciação da dor quanto ao tipo de dor	26
Quadro 13 - Descritores da dor	27
Quadro 14 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pela boca	31
Quadro 15 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pelo relógio	31
Quadro 16 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pela escada	32
Quadro 17 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: para a pessoa.....	33
Quadro 18 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: recurso a adjuvantes.....	33
Quadro 19 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: atenção aos detalhes	34
Quadro 20 - Intervenções de enfermagem no âmbito da comunicação	35
Quadro 21 - Intervenção de enfermagem no âmbito da Educação em Saúde	37
Quadro 22 - Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor	39

Introdução

Prestar cuidados seguros, eficazes e de qualidade à pessoa e família é um dever ético e profissional do enfermeiro. Neste sentido, desenvolver documentos e guias orientadores de boa prática, que uniformizem a intervenção do enfermeiro constitui uma base estrutural fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE] 2001; OE, 2007).

O desenvolvimento de conhecimentos provém da associação da melhor e mais atual evidência científica disponível, mas também, do *know-how* de peritos adquirido na sua prática clínica experienciada (Schneider et al., 2018), pelo que as pesquisas científicas revelam-se uma fonte inesgotável no desenvolvimento de conhecimentos, que permitem sistematizar linhas orientadoras de resolução de problemas de saúde, influenciando as boas práticas clínicas (Begui et al., 2020).

Dito isto, ressalvo que as recomendações explanadas neste guia provêm da partilha de experiências de peritos, do seu *know-how*, da prática clínica experienciada e observada, da evidência científica atual disponível, e dos resultados obtidos na Revisão de *Scoping* realizada: “A Intervenção Especializada do Enfermeiro no Controlo da Dor do Doente Oncológico em Situação Paliativa: Revisão de *Scoping*”.

O presente Guia Orientador de Boa Prática versa sobre o controlo da dor e procura estruturar linhas orientadoras que permitam o acesso dos profissionais de saúde a informações e recomendações fidedignas e atualizadas no âmbito da Intervenção de Enfermagem ao Doente Oncológico com Dor em Situação Paliativa.

A dor é identificada como um dos sintomas mais frequentemente associado ao cancro e, portanto, o mais temido por quem o experiencia, dado o sofrimento que origina. É caracterizado como um sintoma complexo e subjetivo, pois está associado à experiência pessoal de cada pessoa, e o seu significado varia de acordo com a perceção que cada um lhe atribui, pelo que só pode ser descrito por quem o experiencia. Efetivamente, o doente, é o melhor avaliador da sua dor, pelo que o seu testemunho relativamente à dor que está

a sentir, é a chave para um alívio e controlo da dor eficaz, conferindo-lhe mais conforto (Bico, 2023; OE, 2008).

Destarte, a ausência de dor é um direito básico da pessoa, que dela padece e, como tal, é um dever ético do enfermeiro adequar e implementar medidas que promovam o alívio e o controlo eficaz da dor, humanizando e individualizando os cuidados (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

Perante o descrito, importa clarificar que é considerada norma de boa prática a valorização e monitorização da dor em todas as suas vertentes, bem como a apreciação e o registo sistemático da sua intensidade, por forma a otimizar o plano terapêutico integrado e, conseqüentemente, assegurar a continuidade dos cuidados da equipa multidisciplinar (Abejas et al., 2021; Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003; OE, 2008).

Destinatários: Enfermeiros que prestam cuidados a doentes oncológicos em situação paliativa e suas famílias, cuja dor se encontra descontrolada.

Objetivos: Contribuir para a atualização e desenvolvimento de conhecimentos para a apreciação, intervenção e avaliação no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa; Sistematizar estratégias e intervenções autónomas a utilizar no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa; Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem na apreciação, intervenção e avaliação no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa; Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com dor em situação paliativa.

O presente guia encontra-se dividido em seis capítulos: o capítulo inicial inclui uma breve fundamentação teórica ao tema em estudo; o segundo capítulo integra um algoritmo de atuação, cujo objetivo é apoiar a tomada de decisão do enfermeiro; o terceiro faz referência aos princípios a ter em conta para o controlo da dor eficaz; o quarto capítulo contém as recomendações necessárias para a realização da apreciação da pessoa com dor de forma completa; o quinto capítulo inclui as recomendações para o alívio e controlo da dor; e para finalizar o último capítulo faz referência à eficácia da intervenção bem como as recomendações para a realização do registo de enfermagem.

1. Fundamentação

A dor foi definida em 1979 como “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” (*International Association for the Study of Pain*, [IASP], 1979).

Todavia, dada a complexidade da dor e a sua multidimensionalidade, houve necessidade de rever este conceito e torná-lo mais amplo, pelo que em 2020 a IASP redefiniu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à associada a um dano tecidual atual ou potencial” que inclui seis tópicos complementares a ter em conta: a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; a dor não pode ser inferida apenas pela atividade sensorial; a pessoa define a sua dor com base nas suas experiências de vida; o relato de dor da pessoa deve ser respeitado; a dor pode desempenhar um papel adaptativo, no entanto pode acarretar efeitos adversos na função e bem-estar social e psicológico; e a descrição verbal da dor é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor, pois a incapacidade de comunicar não inviabiliza a possibilidade de a pessoa sentir dor (IASP, 2020).

A dor é percebida pela pessoa de forma multidimensional e referida como uma sensação de dor imprecisa, assustadora ou insuportável, com episódios de dor intensa, que comprometem as atividades do quotidiano e induzem sofrimento, desespero e sensação de desamparo. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, [CIFE], 2015).

No doente oncológico em situação paliativa, a dor encontra-se presente em 70% na fase avançada da doença e quase 100% na fase terminal da mesma (Fallon et al., 2018). Assim sendo, a dor oncológica é, então, definida como um conjunto de sensações simultâneas de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas

à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo, ao tratamento, ou às consequências da doença, como a dor por ferida (CIPE, 2015).

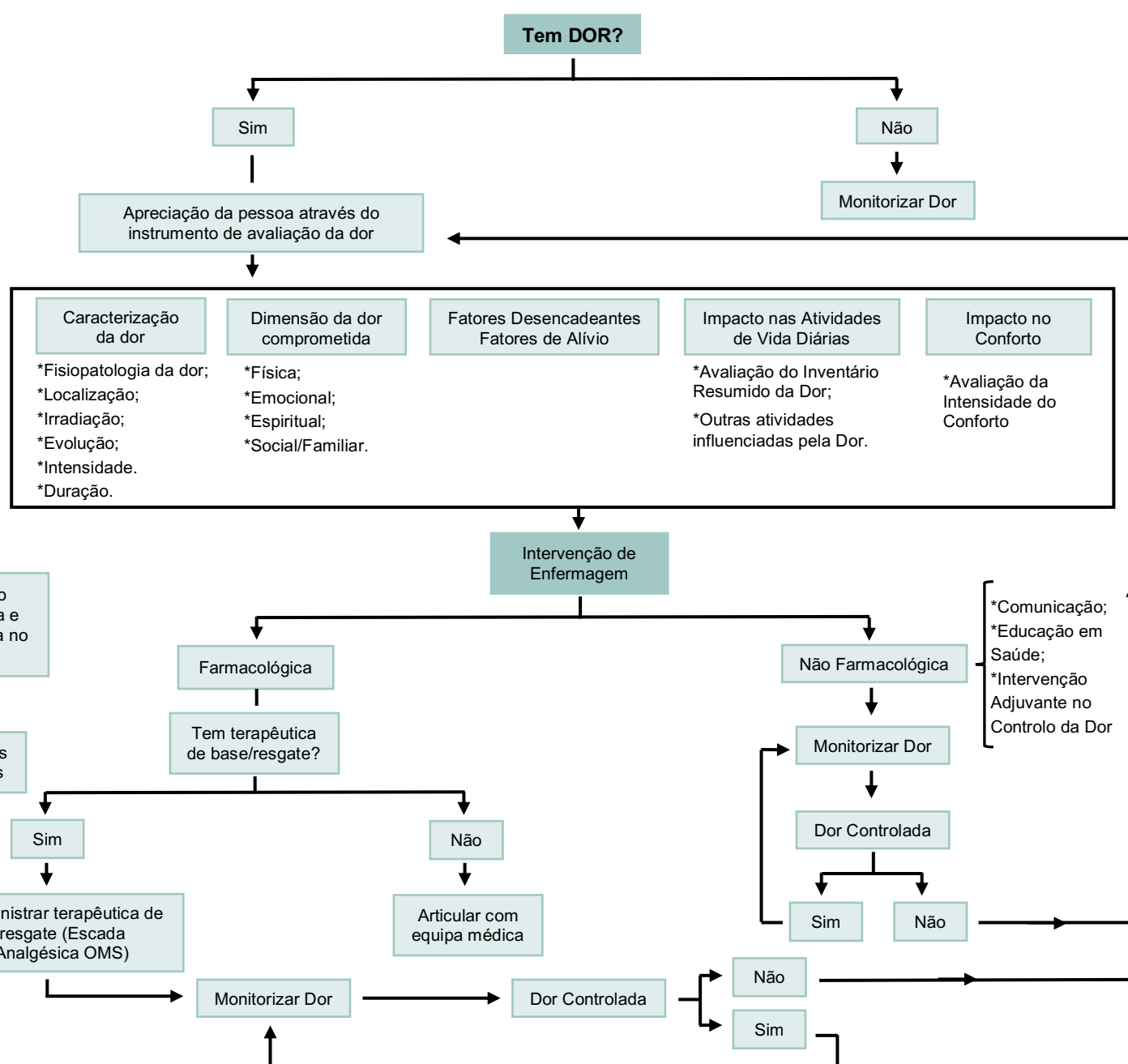
Deste modo, o controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa deve ser prioritário e realizado pelo profissional de saúde numa abordagem da “dor total”, onde cada dimensão assume destaque e é parte integrante do cuidar, pois só assim é possível humanizar os cuidados, promover o conforto e minimizar o sofrimento daí decorrente (Abejas et al., 2021).

De facto, todo o ser humano tem direito a não sentir dor e, para tal, a Direção Geral da Saúde em 2003 classificou a dor como o quinto sinal vital realçando a importância que o controlo da mesma tem para o conforto, bem-estar e qualidade de vida da pessoa e família. Por conseguinte, exige dos profissionais de saúde a sensibilização, os conhecimentos, e as competências necessárias para garantir o controlo da dor de forma rigorosa, à semelhança do que se verifica com os restantes sinais vitais (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

Neste sentido, o enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar, detém de uma posição privilegiada de proximidade e contato, pois é o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente, pelo que assume o dever e a responsabilidade de proporcionar ao doente oncológico em situação paliativa o alívio e o controlo da sua dor, incluindo a sua participação e dos familiares como parceiros de cuidados (OE, 2008).

2. Algoritmo de Atuação

O algoritmo abaixo foi construído no sentido de apoiar a tomada de decisão do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa. Dito isto, importa salientar que os aspetos incluídos no algoritmo serão explorados no decorrer deste guia.



3. Princípios para o Controlo da Dor

O controlo da dor é um processo dinâmico e complexo que requer por parte do profissional de saúde um conjunto de capacidades e competências que lhes permita prevenir, avaliar e tratar a dor. Neste sentido, existe um conjunto de princípios que devem ser tidos em conta aquando do controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa:

- É um dever ético do profissional de saúde adotar estratégias de prevenção e controlo da dor, contribuindo para o conforto e bem-estar de quem cuidam (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003);
- Qualquer pessoa tem direito ao alívio e controlo da dor (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003);
- A dor é uma experiência pessoal, que varia de doente para doente e de acordo com a perceção que cada um lhe atribui (Abejas et al., 2021; IASP, 2020);
- A dor é uma experiência complexa, subjetiva e multidimensional (Abejas et al., 2021; IASP, 2020);
- A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua (OE, 2008);
- O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar (Abejas et al., 2021; OE, 2008);
- A tomada de decisão face ao controlo da dor deve envolver a pessoa e família e atuar como parceira de cuidados (Ercolai et al., 2018; OE, 2008);
- O controlo da dor ineficaz é indutor de sofrimento e descrença no plano de tratamento proposto (Abejas et. al, 2021).
- O enfermeiro assume o dever ético e legal de advogar alterações ao plano de tratamento vigente, sempre que este se mostre inadequado (OE, 2008).

4. Recomendações para a Apreciação da Dor

A apreciação da dor é uma etapa fundamental no controlo da dor, pelo que o enfermeiro deve fazê-lo sistematicamente e de forma criteriosa. A subjetividade e a multidimensionalidade da dor fazem com que o seu controlo seja um processo complexo e um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde (OE, 2008).

A valorização da dor do doente oncológico em situação paliativa é premente, sobretudo quando a experiência de dor é percecionada pela pessoa e família de forma tão avassaladora que compromete a realização das atividades de vida diárias e impacta negativamente no conforto, bem-estar e qualidade de vida. Neste contexto, a dor deixa de ser vista como um sintoma, e passa a ser considerada como uma doença por si só, assumindo o conceito de Dor Total (Ritto et al., 2017).

A Dor Total é a expressão mais intensa na persistência da dor do doente oncológico em situação paliativa, onde fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais coexistem e interferem no quotidiano da pessoa e família, tornando-se no elemento central da sua vida e revelando-se uma ameaça à sua existência, dado sofrimento global que provoca e a perda de sentido de vida (Abejas et al., 2021; Castro et al., 2021; Ritto et al., 2017).

De facto, a apreciação da dor atendendo à sua multidimensionalidade é urgente e deve ser feita de forma holística, sendo a pessoa o foco de atenção e não o sintoma por si só. Dito isto, é importante ter em conta alguns princípios aquando da realização da apreciação da dor do doente oncológico em situação paliativa:

- Acreditar na pessoa que sente dor, a dor é como diz ter (Ritto et al., 2017);
- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor (OE, 2008);
- Recorrer preferencialmente ao auto-relato da dor como fonte primária, se funções cognitivas mantidas (Abejas et al., 2021; Ritto et al., 2017);
- A impossibilidade do auto-relato da dor não deve ser impeditivo de realizar a apreciação da dor de pessoas com incapacidade de comunicar (IASP, 2020);

- Dar visibilidade à dor da pessoa com ou sem capacidade para comunicar (Ritto et al., 2017);
- Realizar a apreciação da dor de forma sistemática e regular, atendendo à possibilidade de a pessoa não manifestar a dor que sente (OE, 2008);
- Realizar uma colheita de dados completa, atendendo às vivências de dor de cada pessoa, solicitando a colaboração da família e recorrendo a todas as fontes de informação necessárias (Ritto et al., 2017);
- Recorrer a instrumentos de avaliação validados e adequar à individualidade e singularidade de cada pessoa, bem como à sua capacidade para compreender o instrumento (Abejas, 2021; OE, 2008);
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as apreciações de dor, exceto se a situação clínica da pessoa o justificar (OE, 2008);
- Valorizar termos como **desconforto**, **mal-estar**, **sofrimento**, **angústia**, entre outros, que estão muitas vezes associados à presença de dor e devem ser explorados (Ritto et al., 2017);
- Registrar de forma sistemática, completa e autêntica a apreciação da dor realizada, por forma a permitir a continuidade dos cuidados pela equipa multidisciplinar (Abejas, 2021; OE, 2008; Ritto, 2017).

Para além do referido anteriormente, importa realçar a importância que a comunicação verbal e não-verbal assume na apreciação da dor completa e rigorosa do doente oncológico em situação paliativa. Esta requer do profissional de saúde a utilização de diferentes técnicas comunicacionais, entre as quais, a adoção de uma postura de escuta ativa, empatia e observação de linguagem não-verbal indicativa de dor (Ritto et al., 2017).

Por conseguinte, é importante ter em conta as especificidades de cada pessoa e a sua capacidade comunicacional e de compreensão, pelo que na prática clínica o profissional de saúde deve ter em conta:

Quadro 1 - Aspetos comunicacionais a considerar na apreciação da dor

Pessoa com capacidade para comunicar
• Utilização de frases simples, curtas, concretas e claras; • Ritmo adequado à capacidade recetora da pessoa; • Pronunciar de forma clara a informação a transmitir; • Vocabulário adequado ao grau de compreensão da pessoa; • Utilização de comunicação verbal e não-verbal como estímulo; • Demonstrar interesse e disponibilidade através do não-verbal.
Pessoa com capacidade para comunicar comprometida
• Valorizar expressões vocais sugestivas de dor (grito, choro, gemido); • Valorizar expressão facial (tensão ou esgar de dor); • Valorizar a expressão corporal (inquietação, defesa da parte afetada); • Alterações comportamentais (perturbação do sono, irritabilidade, ansiedade, agressividade, indiferença à estimulação).

Fonte: Adaptado de Ritto et al., (2017)

Dado o carácter subjetivo da dor, torna-se importante adotar estratégias que permitam objetivá-la e atribuir-lhe propriedades mais concretas, pelo que a apreciação da dor é um exemplo disso mesmo. Através de uma caracterização detalhada da dor, auxiliada por escalas validadas e adequada às especificidades de cada doente, é possível realizar uma avaliação do doente oncológico com dor em situação paliativa de forma global, caracterizando a dor tendo em conta o início e a duração, a intensidade, a localização, o tipo, os fatores de alívio, agravamento e precipitantes, a influência nas atividades de vida diárias, entre outros (Abejas et al., 2021). Estes elementos serão explorados nos subcapítulos seguintes.

4.1. Quando realizar a apreciação da dor

A periodicidade da avaliação da dor varia de acordo com a pessoa e a sua situação clínica (Barbosa et al., 2016). Todavia, deve ser sempre avaliada:

- **No momento da admissão** – durante a colheita inicial de dados aproveitando este momento para definir a escala mais adequada;
- **Durante o internamento** – no início de cada turno e sempre que se revelar necessário e pertinente;
- **Na presença de dor** – as vezes que forem necessárias e sempre antes e depois de uma intervenção antiálgica (aproximadamente até 1 hora após, de acordo com o tipo de intervenção adotada);
- **No momento da prestação de cuidados** – avaliar se a pessoa refere dor, ou se esboça alguma expressão sugestiva de dor (esgar, gemido, gritos, defesa da parte afetada, entre outras).

4.2. Apreciação da dor quanto à evolução temporal

Na história de dor do doente oncológico em situação paliativa, importa esclarecer acerca da evolução temporal da mesma e, para tal é necessário ter conhecimento acerca do **surgimento/início, padrão e duração** da dor.

O **surgimento** ou **início** da dor permite identificar se há simultaneidade entre o fator causal e o início da mesma (por exemplo: a dor nociceptiva surge simultaneamente com a causa). Dito isto, o quadro abaixo apresenta como podemos classificar a dor quanto ao seu início e algumas questões que orientam a pessoa na sua resposta.

Quadro 2 - Surgimento/início da dor e questões orientadoras

Questões orientadoras
• Como surgiu a dor? • A dor teve um início súbito ou surgiu de forma progressiva?

Surgimento ou início da dor	
<u>Súbito</u>	<u>Insidioso</u> • Surge de forma progressiva;

Fonte: Abejas et al., (2021); Ritto et al., (2017); OE, (2008)

Relativamente ao **padrão** da dor este pode ser classificado de três formas. No entanto, o padrão de dor pode sofrer alterações ao longo do tempo, quer de forma natural, quer por influência dos tratamentos instituídos.

Quadro 3 - Padrão da dor e questões orientadoras

Questões orientadoras	
• Como se manifesta a dor ao longo do dia? • É uma dor contínua ou intermitente?	
Padrão da dor	
<u>Contínua</u>	<u>Intermitente</u>

Fonte: Abejas et al., (2021); Ritto et al., (2017); OE, (2008)

Face à **duração** da dor é igualmente importante identificar o início temporal da dor, por forma a classificá-la em Dor Aguda ou Dor Crónica de acordo com a sua durabilidade, pelo que se torna pertinente explorar estes dois conceitos, no quadro seguinte.

Quadro 4 - Duração da dor e questões orientadoras

Questões orientadoras
• Há quanto tempo tem dor? • Quando surgiu a dor?

Duração da dor	
<u>Aguda</u> • Surge com um início recente e de provável duração limitada, com duração inferior a 3 meses; • Assume um papel de mecanismo de advertência e proteção do organismo » é considerado um sintoma; • Normalmente tem um padrão temporal/causal bem definido; • Intensidade variável e cujo tratamento incide na eliminação da causa.	<u>Crónica</u> • Persiste no tempo com uma duração superior a 3 meses, apesar do tratamento causal ter sido resolvido; • É prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e ou causal; • É considerada uma doença, cuja intensidade não tem relação com o estímulo causal; • A sua intensidade não tem relação com o estímulo causal; • Manifesta-se com várias características e gera diversas situações patológicas.

Fontes: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); OE, (2008); Saavedra e Rocha, (2017)

Para além disso, a completa e rigorosa apreciação da dor pressupõe que o enfermeiro detenha de conhecimentos sobre a história de dor da pessoa, e as apresentações de dor frequentes no doente oncológico em situação paliativa.

Estes conhecimentos permitem distinguir entre as várias classificações atribuídas à dor quanto à evolução da mesma, acima mencionados, revelando-se fundamental para a otimização do plano de tratamento. Contudo existem mais alguns conceitos que são, igualmente, importantes para o controlo da dor e promoção do conforto. Entre os quais destaco a **Dor Irruptiva**.

Quadro 5 - Dor Irruptiva

Dor Irruptiva	
• Uma exacerbação transitória da dor que ocorre, quer espontaneamente, quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar de relativamente estável e adequado controlo da dor basal.	
<u>Dor Espontânea / Dor idiopática</u> • Os episódios de dor não estão relacionados com um fator precipitante identificável, sendo, portanto, imprevisíveis por natureza.	<u>Dor incidental / Dor precipitada</u> • Os episódios de dor estão relacionados com um fator precipitante identificável, pelo que são geralmente previsíveis. • Divide-se em três categorias: • Volitiva – desencadeada por um ato voluntário, como as atividades de vida diárias (ex.: caminhar); • Não volitiva – desencadeada por um ato involuntário (ex.: tossir); • Associada a procedimentos – desencadeada pela realização de determinados procedimentos, como o tratamento de feridas, ou posicionamentos.

Fonte: European Oncology Nursing Society (EONS), (2013)

É essencial referir que só é considerada dor irruptiva a dor que se manifeste de forma transitória e sobre uma dor basal previamente controlada, ou seja, a dor basal deve estar controlada nas 24 horas anteriores. Este tipo de dor não deve ser confundido com **episódios de dor relacionados com a iniciação ou titulação terapêutica** nem com uma **dor de fim de dose**, que surge antes da hora da administração da terapêutica de

base, representativo de que o ajuste terapêutico não está adequado à intensidade da dor da pessoa, uma vez que em nenhuma das situações referidas a dor basal do doente oncológico em situação paliativa se encontra controlada (EONS, 2013; Ritto et al., 2017).

4.3. Apreciação da dor quanto à sua intensidade

A valorização da dor e a visibilidade que este sintoma deve ter está diretamente relacionado com a mensuração da dor através da apreciação regular da sua intensidade (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003). Quantificarmos regularmente a dor do doente oncológico em situação paliativa, com recurso as escalas validadas e adequadas à individualidade e singularidade da pessoa, estamos a contribuir para torna a dor do outro visível (Barbosa et al., 2016; Ritto et al., 2017).

Existe um leque abrangente de escalas validades para a população portuguesa, que podem ser utilizadas. Contudo, é necessário ter algum rigor na escolha da mesma, pois existem escalas unidimensionais e multidimensionais:

- **Escalas unidimensionais** são instrumentos que avaliam apenas uma dimensão da dor, mais especificamente a dimensão física, através da sua intensidade, pelo que são mais fáceis de utilizar na prática clínica (Ritto et al., 2017);
- **Escalas multidimensionais** são mais amplas e abordam a experiência de dor como um todo, incluindo a dimensão física, mas também a dimensão sensitiva, emocional-afetiva e cognitiva, contudo, são escalas mais complexas e morosas, pelo que são utilizadas em situações específicas do doente oncológico em situação paliativa (Ritto et al., 2017).

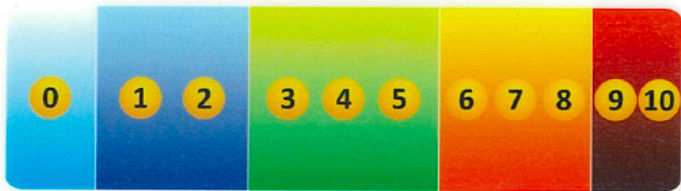
Dito isto, apesar de as escalas multidimensionais permitirem uma abordagem da pessoa com dor de forma holística e humanizada, na prática clínica nem sempre são as preferenciais, dada a sua complexidade. Para além disso, importa esclarecer que no doente oncológico em situação paliativa a progressão da doença tende a acarretar deterioração do estado funcional e cognitivo, pelo que a utilização de escalas

multidimensionais, que nos permitem adotar uma abordagem da dor total nem sempre é possível (Barbosa et al., 2016).

Ademais, as escalas de avaliação da dor podem ainda ser classificadas: **autoavaliação** ou **heteroavaliação**, pelo que a sua escolha deve ter em conta a capacidade comunicacional, de compreensão e interpretação da pessoa. Neste sentido, se o doente oncológico em situação paliativa apresentar a capacidade de comunicar mantida são privilegiadas **escalas de autoavaliação**, pelo contrário se a pessoa apresentar a capacidade de comunicar comprometida a opção passará por escalas comportamentais, denominadas de **escalas de heteroavaliação**.

De acordo com o referido anteriormente, o recurso a escalas formais são um método simples e válido para monitorizar a dor, pelo que serão mencionadas de seguida (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003; OE, 2008; Ritto et al., 2017).

Quadro 6 – Escala de Avaliação Numérica

Escala Unidimensional de Autoavaliação	
<u>Escala de Avaliação Numérica (EAN)</u> Escala Numérica  • Avalia todos os tipos de dor; • Pode ser utilizada sem instrumento físico (EAN verbal); • Utilização prevista para pessoas que compreendam a grandeza numérica; Instruções de utilização: A pessoa deve fazer a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde a “Sem Dor” e 10 corresponde à “Dor Máxima”. A classificação numérica indicada pela pessoa é a registada.	

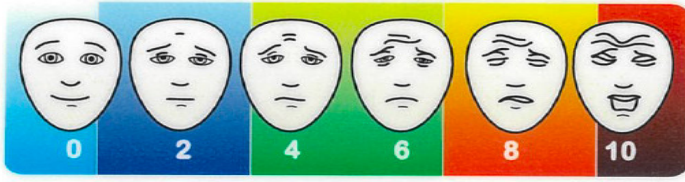
Fonte: Adaptado de Circular Normativa N.º 09/DGCC, (2003); OE, (2008); Ritto et al., (2017)

Quadro 7 - Escala Qualitativa

Escala Unidimensional de Autoavaliação	
<u>Escala Qualitativa</u> O diagrama apresenta a 'Escala Qualitativa' de dor, composta por cinco blocos retangulares adjacentes, cada um com uma cor distinta e um rótulo de dor. Os blocos são: 1. Azul claro com o texto 'SEM DOR'; 2. Azul escuro com o texto 'DOR LIGEIRA'; 3. Verde com o texto 'DOR MODERADA'; 4. Laranja com o texto 'DOR INTENSA'; 5. Vermelho com o texto 'DOR MÁXIMA'. • Avalia todos os tipos de dor; • Pode ser utilizada sem instrumento físico; • Utilização prevista para pessoas que compreendam a compreensão o significado dos adjetivos; • Ausência de consenso nos adjetivos a utilizar; Instruções de utilização: A pessoa deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem dor”; “Dor ligeira”; “Dor moderada”; “Dor intensa” ou “Dor máxima”. O adjetivo indicado pela pessoa é o registado.	

Fonte: Adaptado de Circular Normativa N.º 09/DGCC, (2003); OE, (2008); Ritto et al., (2017)

Quadro 8 - Escala de Faces Revista

Escala Unidimensional de Autoavaliação					
<u>Escala de Faces Revista</u>					
Escala de faces revista 					
• Avalia todos os tipos de dor; • A mímica facial, menos infantilizada, pode facilitar uma classificação mais aproximada da intensidade real da dor da pessoa;					
Instruções de utilização: Utiliza-se os termos “magoar” ou “doer” de acordo com a preferência da pessoa. Aponta-se para a cara mais à esquerda “esta cara não mostra dor”. As caras mostram cada vez mais dor (aponta-se para as outras caras da esquerda para a direita) até chegar a esta (aponta-se para a cara mais à direita) “que mostra muita dor”. Agora aponte para a cara que mostra o quanto lhe dói neste momento. Regista-se o número equivalente à cara apontada.					

Fonte: Adaptado de Circular Normativa N.º 09/DGCC, (2003); OE, (2008); Ritto et al., (2017)

Quadro 9 - Pain Assessment in Advanced Dementia

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

- Avalia todos os tipos de dor;
- Validade para a população portuguesa com o intuito de avaliar comportamentos de dor em adultos idosos que não comunicam e apresentam alterações cognitivas (com ou sem demência);
- Fácil e de aplicação rápida, sem necessidade de conhecer as manifestações habituais de dor na pessoa, face à clareza dos conceitos;
- Constituída por 5 itens (respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). Cada um é pontuado de 0 a 2 representando os comportamentos que melhor se assemelham aos da pessoa, pelo que o score total pode estar compreendido entre 0 e 10.
- Embora sem evidência científica que corrobore, considerando os intervalos baseados numa escala de dor de 0 a 10, é possível realizar um

paralelismo entre as escalas e interpretar os scores da seguinte forma: 1 a 3 dor ligeira; 4 a 6 dor moderada; 7 a 10 dor intensa.

Instruções de utilização: Apropriar-se do significado dos termos inerentes a cada categoria apresentados na escala. Selecionar o item em cada categoria que melhor represente a dor da pessoa, somando no final, os números que lhe estão atribuídos. A soma dos valores encontrados é a pontuação atribuída à dor da pessoa e é o registado.

Fonte: Adaptado de Batalha et al., (2012); Ritto et al., (2017)

Quadro 10 - Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Escala Multidimensional de Autoavaliação

Brief Pain Inventory – Short Form (Anexo I)

- Avalia a dor crónica;
- É simples e de fácil interpretação, contudo é de aplicação mais morosa;
- Validado para a população portuguesa;
- Integra boas propriedades psicométricas, pelo que tem vindo a ser crescentemente utilizado no contexto clínico;
- Inclui um diagrama corporal e várias escalas numéricas, dá informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais das pessoas com dor crónica. Reporta-se à semana anterior à aplicação da escala e ao momento da sua utilização;
- Avalia o impacto da dor nas atividades de vida diária e a avaliação do alívio obtido com a analgesia;

Instruções de utilização: questiona-se a pessoa sobre a sua dor na última semana, comparativamente com as experiências anteriores de dor. Depois, pede-se à pessoa

que localize a sua dor no diagrama corporal e que, através de várias escalas numéricas, faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica entre o 0 e o 10 (tal como nas instruções de utilização da EAN) na última semana (valores: máximo, mínimo e médio) e no momento da aplicação da escala. Identifica-se, de seguida, a terapêutica analgésica atual e o alívio obtido com a mesma através de uma escala numérica de 0 a 100%, sendo que ao 0% corresponde a “Nenhum alívio” e aos 100% “Alívio completo”. Até ao final da escala, e sempre através de escalas numéricas, é avaliado individualmente o impacto da dor a nível psicológico e nas atividades de vida diária (atividade geral, disposição, capacidade de andar a pé, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e prazer de viver). Toda a avaliação efetuada deve ficar registada.

Fonte: Adaptado de Azevedo et al., (2007); Ritto et al., (2017)



Recordar:

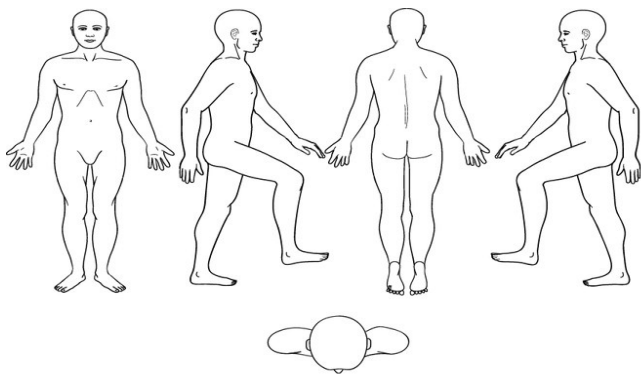
- Adequar o instrumento de avaliação da dor à individualidade e singularidade da pessoa, atendendo à sua situação clínica, às suas funções cognitivas e capacidade de interpretação e comunicação;
- Privilegiar a autoavaliação da dor;
- Garantir a perceção da pessoa face ao significado e utilização da escala selecionada;
- Utilizar sempre a mesma escala de intensidade, exceto quando a alteração da situação clínica da pessoa o justifique;
- A intensidade da dor registada diz respeito ao momento da sua avaliação.

Fonte: Abejas et al., (2021); Circular Normativa N.º 09/DGCC, (2003); OE, (2008); Ritto et al., (2017)

4.4. Apreciação da dor quanto à localização

Identificar a localização da dor e perceber se está presente em apenas uma parte do corpo ou várias, bem como se é uma dor localizada ou difusa é importante para adequar o tratamento. Neste sentido, recorrer a um diagrama corporal pode ser facilitador para a pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

Quadro 11 - Apreciação da dor quanto à localização

Questões orientadoras
• Onde dói? • Dói só numa parte do corpo ou em vários locais distintos? • A dor fica localizada ou irradia para outras partes do corpo?
Localização da dor


Fonte: OE, (2008)

4.5. Apreciação da dor quanto à qualidade

A apreciação da dor quanto à qualidade diz respeito à forma como o doente descreve a sua dor e as expressões que utiliza para manifestar as várias sensações que a dor o faz sentir, permitindo inferir acerca dos mecanismos fisiopatológicos, identificando o tipo de dor associado, podendo esta ser classificada em dor nociceptiva, neuropática ou mista (OE, 2008; Ritto et al., 2017).

Quadro 12 - Apreciação da dor quanto ao tipo de dor

Questões orientadoras		
• Como descreve a sua dor?		
Localização da dor		
<u>Dor Nociceptiva</u> • Associada a dano tecidual e/ou alterações inflamatórias; • Relacionada com estímulos dolorosos podendo correlacionar a dor com o estímulo desencadeante;		<u>Dor Neuropática</u> • Consequência direta de lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial; • Surge quando as estruturas do sistema nervoso estão afetadas; • Não apresenta uma localização exata e tende a persistir continuamente; • É de difícil controlo, pois não cede aos tratamentos convencionais;
<u>Somática</u> • Ativa os nociceptores periféricos cutâneos (pele) ou profundos (músculos e ossos); • É localizável e identificável;	<u>Visceral</u> • Tem origem na infiltração tumoral ou compressão/distensão órgãos; • Irradia de forma difusa e profunda, e é difícil de localizar;	
<u>Dor Mista</u> • Inclui características quer da dor nociceptiva, quer da dor neuropática;		

Fonte: Pagura e Júnior, (2018); OE, (2008); Ritto et al., (2017); Raposo et al., (2015)

Para além do exposto anteriormente, é igualmente importante identificar os descritores que caracterizam cada tipo de dor, ou seja, as sensações que o doente percebe a sua dor e a forma como as transmite ao profissional de saúde permite

identificar o tipo de dor que está patente. Para tal, é necessário saber:

Quadro 13 - Descritores da dor

Descritores			
<u>Dor Nociceptiva</u>		<u>Dor Neuropática</u>	
• Moinha; • Pressão; • Cólica; • Guinada; • Facada;	• Aperto; • Picada; • Pontada; • Espasmo; • Repuxamento;	• Formigueiro; • Queimadura; • Ardor; • Choques Elétricos; • Parestesias;	• Dor lancinante; • Sensação de frio doloroso; • Latejo;

Fonte: Pagura et al., (2018); Ritto et al., (2017)

4.6. Apreciação da dor face aos fatores de alívio e agravamento

Quando o profissional de saúde procede à realização da apreciação da dor é importante validar com a pessoa quais os fatores que contribuem para o alívio da sua dor, ou pelo contrário o que contribui para agravamento da mesma. Para tal, podemos recorrer à seguinte frase: O que é que alivia e/ou agrava a sua dor? (OE, 2008).

É igualmente frequente verificar-se que o mesmo fator pode ser de alívio ou de agravamento da dor de acordo com a experiência, a individualidade e a singularidade da pessoa. O conhecimento destes fatores é fundamental na prevenção da dor e na adoção de intervenções que anteveem a sua exacerbação (Abejas et al., 2021).

Dito isto, destaco alguns fatores frequentemente mencionados pelo doente oncológico em situação paliativa: calor, frio, mobilização/exercícios, massagem, repouso, respiração, analgesia e alternância de decúbito (Ritto et al., 2017).

4.7. Apreciação da dor face ao seu impacto nas atividades de vida diárias

A dor é um sintoma multidimensional e com elevado impacto na concretização das atividades de vida diárias, dado o sofrimento que induz. A dor não controlada é incapacitante, geradora de ansiedade e torna-se o foco de atenção da pessoa, pelo que promover o conforto através do alívio e controlo da dor, com recurso a escalas multidimensionais pode revelar-se a chave para prestar cuidados de prevenção e controlo da dor centrado na pessoa e família e nos quatro contextos da experiência de conforto (Abejas et al., 2021; Kolcaba, 2003; Ritto et al., 2017).

Neste sentido, o recurso a instrumentos como o Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado) (Anexo I) ou a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, se a situação clínica da pessoa o permitir, revelam-se facilitadores na perceção do impacto da dor no quotidiano do doente oncológico em situação paliativa (Barbosa et al., 2016; Ritto et al., 2017).

De facto, no doente oncológico em situação paliativa, a dor é muito mais abrangente do que a dor de lesões físicas, pois em muitas situações, a dor mais angustiante é o confronto com a perda do sentido de vida ou a finitude da mesma. Neste âmbito, intervir em todas as dimensões da dor é a chave para a promoção do conforto da pessoa e família (Abejas et al., 2021; Barbosa et al., 2016; OE, 2008).

5. Recomendações para o Alívio e Controlo da Dor

A apreciação do doente oncológico em situação paliativa com dor é essencial, pois é através dela que se estabelece um plano de tratamento integrado centrado na pessoa e família. Neste âmbito, e conforme referido no capítulo anterior a apreciação da dor dever ser abrangente e admitir todos os aspetos da pessoa, nas várias dimensões, onde inclui: problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Ritto et al., 2017).

O alívio e controlo da dor da pessoa deve ser proporcionado por uma equipa multidisciplinar em cooperação com a pessoa e família, envolvendo-os na tomada de decisão e atuando como parceiro de cuidados. Dito isto, o enfermeiro assume o dever, no seio de uma equipa multidisciplinar, de intervir de forma ativa no alívio e controlo da dor, quer através de intervenções autónomas, quer através de intervenções interdependentes, atendendo à individualidade e singularidade da pessoa e família, com vista à promoção do seu conforto (Abejas et al., 2021; Ritto et al, 2017).

Por conseguinte, e tendo em conta, que a intervenção farmacológica por si só não é sempre eficaz, torna-se premente incluir práticas integrativas que promovam o cuidado holístico e humanizado da pessoa. Assim, as intervenções não farmacológicas, revelam-se uma alternativa terapêutica equilibrada, segura e bem tolerada, que em associação com as intervenções farmacológicas potenciam o efeito terapêutico global de alívio e controlo da dor, com vista à promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa (Abejas et al., 2021; Ercolai et al., 2018; Esteves, 2019; Peixoto, 2016).

Assim sendo, o enfermeiro no alívio e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa deve ter em conta um conjunto de princípios (OE, 2008):

- Colaborar com os vários elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, centrado na pessoa e atendendo às suas especificidades;
- Envolver a pessoa e família na tomada de decisão no planeamento e atualização do plano de tratamento integrado;

- Contribuir com dados relevantes, provenientes da história de dor da pessoa, para a seleção do plano de intervenção farmacológica mais adequado;
- Identificar, prevenir e controlar os efeitos secundários mais frequentes da terapêutica analgésica;
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade com a intervenção farmacológica;
- Conhecer as indicações, contraindicações e os efeitos colaterais da intervenção não farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas, tendo em conta as preferências e desejos da pessoa e família, bem como os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

5.1. Intervenção farmacológica

Tendo em conta a complexidade da dor, que envolve fatores biológicos, psicológicos, espirituais e sociais é essencial que o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa adote uma abordagem multimodal. Neste sentido, é recomendado a complementaridade entre as intervenções farmacológicas e as intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa (Abejas et al., 2021).

Dito isto, começo por fazer referência, neste subcapítulo, ao papel do enfermeiro no âmbito do controlo da dor da pessoa, através da intervenção farmacológica.

Aquando da implementação da intervenção farmacológica o enfermeiro deve ter em conta seis princípios enunciados pela Organização Mundial da Saúde. São eles: **pela boca** (utilização de via não invasiva); **pelo relógio**; **pela escada**; **para a pessoa**; **recurso a adjuvantes**; e **atenção aos detalhes**. O quadro seguinte abordará detalhadamente cada um dos princípios (Barbosa et al., 2016; Ritto et al., 2017).

Quadro 14 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pela boca

Pela boca
• É uma via segura, conveniente, de baixo custo; • Mantém a autonomia e o envolvimento do doente no plano de terapêutico mesmo após a alta; • No doente oncológico em fases avançadas da doença, a via oral nem sempre está patente, e são necessárias vias alternativas, mas devem ser sempre privilegiadas as vias não invasivas (transdérmica, sublingual, transmucosa e subcutânea);

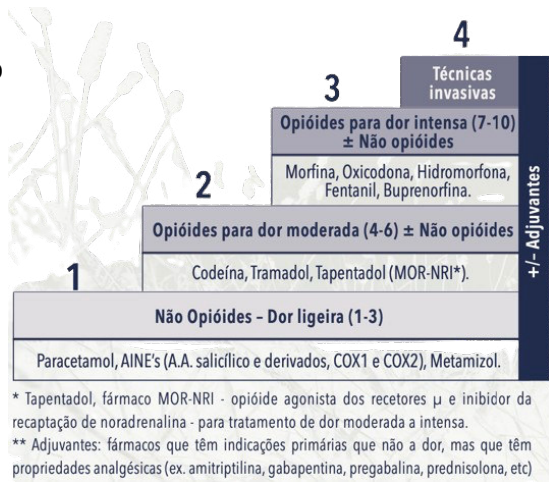
Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

Quadro 15 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pelo relógio

Pelo relógio
• A administração analgésica deve ser realizada em intervalos fixos de tempo; • A administração terapêutica fixa assegura o controlo da dor basal, uma vez que garante que a próxima dose seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado, permanecendo o alívio da dor mais consistente; • Devem ser asseguradas doses previstas de terapêutica de resgate para momentos de exacerbação da dor, não devem, contudo, ser a base do tratamento; • Os intervalos entre as doses de resgate devem ser definidos de acordo com a farmacocinética de cada fármaco;

Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

Quadro 16 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: pela escada

Pela escada	
- O controlo da pessoa com dor deve ser realizado com base na Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde, que preconiza uma abordagem de tratamento alicerçada na analgesia multimodal; 1º degrau: contempla os fármacos não opióides utilizados para a dor ligeira. Estes fármacos apresentam teto terapêutico. 2º degrau: inclui os fármacos utilizados para a dor moderada são designados de opióides fracos que também apresentam teto terapêutico; 3º degrau: inclui os fármacos utilizados para a dor intensa a insuportável designados de opióides fortes dos quais, na sua maioria, não apresenta teto terapêutico; 4º degrau: inclui procedimentos e vias de administração invasivas (bloqueios periféricos, administração epidural e intratecal) – estes são não sua maioria realizados em unidades especializadas em tratamento da dor; - A qualquer uns dos degraus podem ser associados fármacos adjuvantes ao fármaco instituído; - É essencial fazer-se uma triagem analgésica, pois se o que é preconizado é subir pela escada analgésica, degrau a degrau, existem situações em que a subida pelos degraus não é a mais indicada, dada intensidade da dor, pelo a escola da terapêutica a indicar deve ter em conta a intensidade da dor que a pessoa refere ter.	 * Tapentadol, fármaco MOR-NRI - opióide agonista dos receptores μ e inibidor da recaptação de noradrenalina - para tratamento de dor moderada a intensa. ** Adjuvantes: fármacos que têm indicações primárias que não a dor, mas que têm propriedades analgésicas (ex. amitriptilina, gabapentina, pregabalina, prednisolona, etc) (Saavedra & Rocha, 2017)

Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

Quadro 17 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: para a pessoa

Para a pessoa
• A dose e a escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a história de dor de cada pessoa e a apreciação realizada à sua dor, previamente; • A dose que cada pessoa necessita depende: da intensidade da dor que sente e não da gravidade da sua doença. • A dose ideal de um fármaco é aquela que alivia a dor da pessoa sem efeitos colaterais intoleráveis.

Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

Quadro 18 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: recurso a adjuvantes

Recurso a adjuvantes
• É essencial a utilização de fármacos adjuvantes para potenciar o efeito analgésico de um tratamento; • Os fármacos adjuvantes não têm como efeito primário a analgesia, mas quando utilizados no controlo da dor têm um intuito analgésico. • Os fármacos adjuvantes mais utilizados são: corticosteróides, anticonvulsivantes, antidepressivos, relaxantes musculares, entre outros; • Os fármacos adjuvantes controlam a ansiedade, a depressão, a insónia e as contracturas musculares, contribuindo para o bem-estar e conforto da pessoa.

Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

Quadro 19 - Princípios gerais da intervenção farmacológica: atenção aos detalhes

Atenção aos detalhes
• Para além do referido no decorrer deste quadro, importa salientar a importância da validação do plano terapêutico com o doente oncológico em situação paliativa e família, ondem dever ser esclarecidas dúvidas, incertezas e desmistificados mitos face à terapêutica instituída; • É igualmente importante fornecer toda as informações referente aos fármacos instituídos, na medida em que promova a adesão terapêutica e o cumprimento do plano de forma segura e sem receios.

Fonte: Abejas et al., (2021); Barbosa et al., (2016); Ritto et al., (2017); Saavedra e Rocha, (2017)

5.2. Intervenção não farmacológica

O alívio e o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa vai muito para além da intervenção farmacológica e da administração terapêutica, uma vez que existe um leque de intervenções não farmacológicas, que o enfermeiro pode implementar de forma autónoma e que contribuem, quando implementadas em simultâneo, para o alívio e controlo da dor de forma mais efetiva e humanizada (Austin et al., 2021; Cowperthwaite et al., 2019).

Foi neste sentido, que após a realização de uma revisão de *scoping*, onde foi mapeada a evidência disponível relativamente à intervenção especializada do enfermeiro no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, emergiram três grupos de intervenções autónomas de enfermagem: a **Comunicação**, a **Educação em Saúde** e a **Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor**. Dito isto, as intervenções explanadas no decorrer deste subcapítulo correspondem aos resultados obtidos da revisão de *scoping*.

5.2.1. Intervenções de enfermagem no âmbito da comunicação

A comunicação é uma componente básica e crucial na prestação de cuidados de qualidade e na competência do profissional de saúde. Desempenha um papel importante no estabelecimento de uma relação terapêutica, e norteia o cuidado individualizado e humanizado ao doente oncológico em situação paliativa, que experiencia dor durante o seu processo de saúde-doença (Galvão et al., 2017).

É, então, definida neste contexto como uma intervenção no âmbito das competências autónomas do enfermeiro, desenvolvida por meio de conversas e entrevistas entre a díade enfermeiro-doente promovendo o alívio da dor através da adesão ao plano de cuidados e da sua consciencialização, o que permitirá atingir resultados clínicos globais no controlo da sua dor.

O enfermeiro assume uma posição de destaque na perceção e experiência de dor da pessoa, podendo influenciá-la de acordo com a abordagem que adota.

Neste sentido, o quadro abaixo faz referência a um conjunto de intervenções que o enfermeiro pode recorrer e implementar autonomamente, por forma a complementar a intervenção farmacológica, contribuindo para uma melhor gestão da dor.

Quadro 20 - Intervenções de enfermagem no âmbito da comunicação

Intervenção	Autores
Comunicar eficazmente sobre a dor e a sua gestão;	Cowperthwaite et al., 2019; Céspedes et al., 2019;
Adotar comportamentos de cuidado;	Cowperthwaite et al., 2019;
Fornecer repostas oportunas e atempadas;	Cowperthwaite et al., 2019;
Incentivar o doente a informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5;	Cowperthwaite et al., 2019;
Utilizar uma linguagem cuidada com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019;
Preparar antecipadamente discussões sobre a dor;	Cowperthwaite et al., 2019;
Incentivar o questionamento sobre a dor;	Cowperthwaite et al., 2019;
Manter uma atitude positiva;	Cowperthwaite et al., 2019;
Validar a dor com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019;

Estabelecer e gerir metas e expectativas com os doentes;	Cowperthwaite et al., 2019; Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras;	Cowperthwaite et al., 2019;
Utilizar técnicas de comunicação assertiva e terapêutica;	Céspedes et al., 2019;
Identificar as preferências do doente face à abordagem de dor;	Céspedes et al., 2019;
Avaliar a dor antes, durante e após cada procedimento;	Céspedes et al., 2019;
Recorrer à escuta ativa e reflexiva;	Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Demonstrar empatia;	Céspedes et al., 2019; Ehrlich et al., 2021;
Discutir com o doente as suas experiências pessoais de dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar o impacto que a dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias do doente;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os conhecimentos do doente sobre o controlo da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os comportamentos que o doente adota para o alívio da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar os resultados esperados pelo doente face ao controlo da dor;	Ehrlich et al., 2021;
Identificar sentimentos de ambivalência no doente;	Ehrlich et al., 2021;

5.2.2. Intervenção de enfermagem no âmbito da educação em saúde

A Educação em Saúde é igualmente importante na prestação de cuidados de qualidade, pois é através desta que o doente oncológico em situação paliativa, ou o seu familiar, têm a possibilidade de adquirir conhecimentos e estratégias que lhes permitam alterar comportamentos e, por consequência, contribuir para o alívio e controlo da dor.

Educação em Saúde é definida “como um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, sendo o profissional dessa área aquele que atua como mediador para que isso ocorra” (Lima et al., 2022, p. 3414), este conceito visa estimular os doentes a adotarem comportamentos que promovam o alívio da dor e contribuam para o seu conforto.

É, então, considerada uma estratégia indispensável na adesão ao plano de cuidados, por parte da pessoa e família. Contudo, para além das informações disponibilizadas é igualmente importante, motivar e encorajar a pessoa e família a aderir

ao tratamento, aos objetivos e às estratégias definidas para o controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Dito isto, no quadro abaixo é possível vislumbrar um vasto leque de intervenções não farmacológicas no âmbito da Educação em Saúde, que contribuem para o alívio e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa e família.

Quadro 21 - Intervenção de enfermagem no âmbito da Educação em Saúde

Intervenção	Autores
Garantir que o doente tem o fármaco certo, na via certa, para suprimir as suas necessidades no que concerne ao controlo de sintomas;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018; Céspedes et al., 2019;
Ensinar o doente/cuidador, acerca dos mecanismos da dor, dos tipos de dor e dos fármacos mais adequados;	Campling et al., 2017;
Ensinar o doente/cuidador acerca de cada fármaco, o que é, qual a sua finalidade e a posologia;	Campling et al., 2017;
Educar o doente/cuidador acerca da importância de ajustar a terapêutica, sempre que haja agravamento da dor ou dos efeitos secundários;	Campling et al., 2017;
Instruir o doente/cuidador, acerca dos efeitos secundários, que podem surgir;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018;
Instruir o doente/cuidador, acerca da importância de manter um padrão intestinal regular, e o recurso a terapêutica laxante regular e ajustada;	Campling et al., 2017; Céspedes et al., 2019; Cowperthwaite et al., 2019;
Desmistificar mitos, receios e preconceitos associados à utilização de opióides;	Campling et al., 2017;
Ensinar o doente/cuidador a monitorizar a eficácia da terapêutica e registar regularmente o número de resgates necessários;	Campling et al., 2017; Koller et al., 2018;
Validar as informações fornecidas ao doente, verificando se os ensinamentos foram bem percebidos e compreendidos;	Céspedes et al., 2019;
Envolver o doente na tomada de decisão face às intervenções a adotar para o controlo da dor;	Céspedes et al., 2019; Clark, 2018;
Incentivar a autonomia do doente no controlo da sua dor;	Céspedes et al., 2019;
Apoiar as decisões individuais do doente maximizando a sua participação no controlo da dor;	Clark, 2018;

Orientar o doente no uso de cannabis com fins paliativos;	Clark, 2018;
Ensinar os doentes/cuidadores sobre os benefícios e desafios do uso de cannabis;	Clark, 2018;
Facilitar a escolha dos doentes oncológicos em situação paliativa face ao uso de cannabis para o controlo da dor;	Clark, 2018;
Apoiar o doente no processo de controlo da dor através da utilização de cannabis;	Cowperthwaite et al., 2019;
Individualizar os ensinamentos para cada doente/cuidador;	Cowperthwaite et al., 2019;
Recorrer a vários métodos/materiais educacionais úteis e pertinentes para cada doente/cuidador;	Cowperthwaite et al., 2019; Koller et al., 2018;
Proporcionar uma educação contínua e individualizada;	Campling et al., 2017; Céspedes et al., 2019;
Instruir o doente/cuidador acerca das consequências para a saúde se a dor atingir níveis de intensidade elevados, persistentemente;	Koller et al., 2018;
Apoiar o doente/cuidador a encontrar soluções para os seus problemas face ao controlo da dor;	Koller et al., 2018;
Verificar e corrigir a adesão diária ao regime terapêutico analgésico;	Koller et al., 2018;
Corrigir, se necessário, os timings da administração analgésica, durante o dia;	Koller et al., 2018;

5.2.3. Intervenção adjuvante no controlo da dor

A intervenção adjuvante no controlo da dor, neste contexto é definida como a intervenção não farmacológica desenvolvida pelo enfermeiro junto do doente oncológico em situação paliativa e família, com vista a complementar a intervenção farmacológica e a potenciar o efeito global do tratamento no controlo da dor, promovendo o conforto e o bem-estar.

Muitas são as intervenções adjuvantes que contribuem para o alívio da dor, quando utilizadas em simultâneo com a terapia medicamentosa, revelando-se benéficas e significativas no alívio e controlo da dor. Dito isto, no quadro seguinte são expostas intervenções não farmacológicas com significado estatístico no alívio e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa e família, que o enfermeiro pode adotar na sua prática de cuidados diários.

Quadro 22 - Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor

Intervenção	Autores
Banho de banheira.	Hayashi et al. (2022); Skaczkowski et al. (2018)
Intervenção respiratória consciente.	Céspedes et al. (2019); Guan et al. (2021).
Intervenção com calor/frio.	Céspedes et al. (2019);
Massagem e vibrações.	Céspedes et al. (2019);
Terapias de posicionamento.	Céspedes et al. (2019);
Redução e alívio de pressão.	Céspedes et al. (2019);
Exercícios ativos e passivos.	Céspedes et al. (2019);
Arteterapia.	Céspedes et al. (2019);
Aromaterapia.	Céspedes et al. (2019);
Musicoterapia.	Céspedes et al. (2019);
Realidade Virtual.	Austin et al. (2022);
Hipnose.	Quintini et al. (2018);

6. Eficácia da Intervenção e Registo de Enfermagem

A apreciação da dor do doente oncológico em situação paliativa quando é realizada atendendo a todas as dimensões da pessoa, bem como à sua individualidade e singularidade de forma sistemática e rigorosa, permite o controlo da dor adequado e o sucesso do plano de tratamento e da estratégia terapêutica (Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003).

É imperativo avaliar a eficácia da intervenção adotada no alívio e controlo da dor, inferindo se a terapêutica se encontra ajustada às necessidades da pessoa e à intensidade da dor que sente, bem como à sua tolerabilidade, ou se há necessidade de reajuste do plano de tratamento (OE, 2008).

Dito isto, e sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo permanece com o doente oncológico em situação paliativa assume uma posição privilegiada na documentação e transmissão de informações à equipa multidisciplinar, acerca da apreciação da dor que a pessoa sente, a intervenção adotada e a eficácia da mesma (Ritto et al., 2017).

Conforme preconizado nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os registos de enfermagem são a estratégia válida, documentada e o melhor veículo de comunicação, que reflete a prática de enfermagem e nos permite dar visibilidade aos cuidados que prestamos, às intervenções que desenvolvemos e o efeito que desempenham junto da pessoa com dor e respetiva família. A ausência desses registos ou a generalidade dos mesmos induz riscos para a segurança do doente repercutindo-se negativamente na individualização, humanização e qualidade dos cuidados (OE, 2001; Ribeiro, 2021).

Assim sendo, os registos de enfermagem devem ser realizados de forma completa, sistemática, clara, fidedigna e respeitando as etapas do processo de enfermagem, onde consta a apreciação, a intervenção, a avaliação e os resultados na prevenção e controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, realçando os ensinamentos de

enfermagem realizados à pessoa e família com vista a capacitá-los para a autogestão da dor (Dodo et al., 2020; Ribeiro, 2021).

Os registos de enfermagem são indissociáveis da prática clínica, pelo que é impreterível a partilha de informações, não só para os pares, como também, para a restante equipa multidisciplinar, permitindo a tomada de decisão conscienciosa e assegurando a continuidade, a qualidade e a segurança nos cuidados que prestamos ao doente oncológico com dor em situação paliativa, com vista à promoção do conforto e bem-estar (Ribeiro, 2021).

Por conseguinte, para que o enfermeiro realize registos de enfermagem que dê visibilidade à dor do doente oncológico em situação paliativa, recomenda-se a inclusão dos elementos que constam na checklist em apêndice (Apêndice I).

Considerações Finais

Este guia orientador procura sistematizar linhas orientadoras para o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa, com vista à promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida. Neste sentido, e por forma a sintetizar a informação fornecida neste guia foi realizado um *Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa*, que se encontra disponível em apêndice (Apêndice II).

A uniformização de orientações para a prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito, possibilita a humanização dos cuidados atendendo à individualidade e singularidade da pessoa e família, mas também a melhoria contínua na qualidade dos mesmos.

O presente guia foi elaborado no âmbito da operacionalização do projeto de intervenção *"Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção Especializada do Enfermeiro"*. No entanto, a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências é um processo dinâmico, tal como este guia. Dito isto, é importante reforçar que a aferição do mesmo não se esgota com o término do estágio, pois a necessidade de dinamização e incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados para a obtenção de ganhos em saúde é o grande impulsionador do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Referências Bibliográficas

- Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel
- Austin, P. D., Siddall, P. J., & Lovell, M. R. (2022). Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3995–4005. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x>
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a01.pdf>
- Begui, J. R., de Menezes Guariente, M. H. D., Garanhani, M. L., de Carvalho, B. G., Ferrari, R. A. P., & Galdino, M. J. Q. (2020). Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48380>
- Bico, I., M., T. (2023). *Capacitar o doente oncológico com doença avançada e o cuidador principal para a gestão da dor em domicílio*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/58264>
- Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Cowperthwaite, S. M., & Kozachik, S. L. (2019). Improving the Pain Experience for Hospitalized Patients with Cancer. *Oncology nursing forum* 46(2).

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Dodo, N. B., de Deus, J. C., da Silva Pereira, P. P., & Cedaro, J. J. (2020). Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem em um hospital do Norte do Brasil. *Enfermagem em Foco*, 11(4). <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3125>

Ercolani, D., Hopf, L. B. D. S., Schwan, L. (2018). Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. *Revista Acta Médica*, Rio Grande do Sul, 39(2), 151-162.

Esteves, J. S. S. (2019). *Abordagem terapêutica da dor no doente paliativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.

European Oncology Nursing Society. (2022). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. European Oncology Nursing Society <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/>

Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 166-191.

Galvão, M. I. Z., Borges, M., S. & Pinho, D. L. M. (2017). Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3), 1-12.

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Lima, H. B., da Silva, A. L. A., & de Souza Chagas, M. (2022). A Educação em Saúde em cuidados paliativos oncológicos: Reflexões a luz das idéias de Paulo Freire. *Revista Pró-univerSUS*, 13(Especial), 47-52. <https://doi.org/10.21727/rpu.v13iEspecial.3414>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Ordem dos Enfermeiros.

https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros, 1 (1).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusodidacta. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Pagura, J. R. & Júnior, J. O. O. (2018). Taxonomia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor*, (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.

Peixoto, S. D. A. (2016). *Métodos não farmacológicos de controlo da dor* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/29483>

Raposo, C., Santos, J., Ribeiro, A., L., Correia, I., Freitas, M., J., Santos, C., Oliveira, M. & Bidarra, A. (2015). *Entender a Dor Oncológica*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. <https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26, 6 fevereiro de 2019), 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36(2), 59-73. http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie36_s2.pdf#page=59

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R. & Faustino, S., A. (2017). *Manual de Dor Crónica*. (2ªEd). Fundação Grunenthal.

Saavedra, M. & Rocha, M. C. (2017). Dor em Cuidados Paliativos. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 17-28). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa – SPMI. <https://spmi.pt/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico.pdf>

Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2018). A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 594-605. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>

Apêndices

Apêndice I – Checklist dos registos de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo da dor

Checklist dos Registos de Enfermagem no âmbito da Prevenção e Controlo da Dor

Data do registo							
Turno							
Nº do registo							
Caracterização da Dor	Tipo						
	Localização						
	Intensidade						
	Fatores desencadeantes						
	Fatores alívio						
	Influência AVD's						
Intervenção de Enfermagem	Farmacológica						
	Não Farmacológica						
	Ensinos realizados						
	Desejo da pessoa						
Avaliação da Intervenção	Eficácia da Intervenção						
	Reformulação do plano terapêutico						

Apêndice II - Instrumento de Apreciação, Intervenção e Avaliação na
Prevenção e Controlo da Dor da Pessoa com Doença Oncológica em Situação
Paliativa

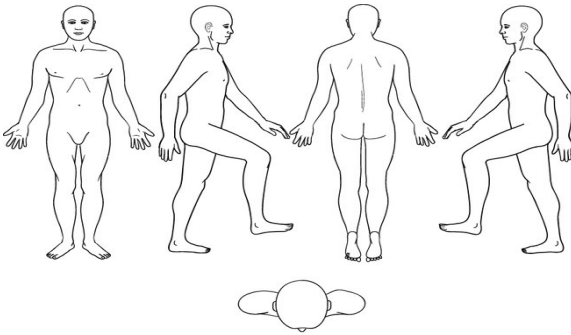
Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Dados pessoais e clínicos

Data: __/__/__ Cama: __ Profissão: _____
Nome: _____ Diagnóstico: _____
Data de Nascim: __/__/__ Antecedentes Pessoais: _____
Idade: __ Alergias: _____
Cuidador Principal: _____ Observações: _____
Agregado Familiar: _____
Habilitações Literárias: _____

Avaliação da Dor

Localização:



Tipo:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Moinha | ☐ Choque Elétrico |
| ☐ Queimadura | ☐ Dormência |
| ☐ Guinada | ☐ Latejo |
| ☐ Picada | ☐ Facada |
| ☐ Aperto | ☐ Espasmo |
| ☐ Ardor | ☐ Repuxamento |
| | ☐ Outro _____ |

Irradiação:

- ☐ Não
☐ Sim _____

Duração:

- ☐ < 3 meses
☐ > 3 meses

Intensidade:

Autoavaliação

- ☐ Escala Numérica
☐ Escala Qualitativa
☐ Escala de Faces Revista

Heteroavaliação

- ☐ PAINAD

Consultar avaliação da intensidade da dor, de acordo com a escala adequada, no documento em anexo.

Padrão:

- ☐ Contínua ☐ Intermitente

Fisiopatologia:

- ☐ Neuropática ☐ Nocicetiva ☐ Mista

Fatores desencadeantes: _____

Fatores de alívio: _____

Dimensão familiar e social: _____

Dimensão psicoemocional (Significado atribuído à dor/perdas/medo): _____

Influência da Dor nas Atividades de Vida Diárias (Extraído do Inventário Resumido da Dor):

Atividade Geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Disposição	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Capacidade andar a pé	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Trabalho normal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relações com os outros	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Prazer de viver	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Legenda:

Não interfere 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfere completamente

Outras Atividades de Vida Diárias influenciadas pela Dor:

Vestir e despir _____

Cuidados de Higiene _____

Alimentar-se _____

Uso do sanitário _____

Sexualidade _____

Outra _____

Avaliação do Conforto

Intensidade do Conforto:

Autoavaliação

- ☐ Escala Visual
Análogica de Conforto

Heteroavaliação

- ☐ Checklist de
Comportamentos de Conforto

Consultar avaliação da intensidade do conforto de acordo com a escala adequada no documento em anexo

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Intervenção Farmacológica

Terapêutica analgésica de base?

☐ Não

Qual a terapêutica de SOS?

Qual a eficácia da terapêutica de SOS?

Nº SOS nas 24h:

- ☐ Não é eficaz
☐ ≤ 30 minutos
☐ > 1h e ≤ 2h
☐ > 2h

Articular com a equipa médica para eventual titulação de terapêutica de base

☐ Sim, qual? _____

Cumprir regime terapêutico?

Dor basal controlada?

- ☐ Sim
☐ Não, porquê? _____

☐ Sim
☐ Não

Dor Irruptiva:

- ☐ Espontânea
☐ Incidental
____ Volitiva
____ Não Volitiva
____ Procedimentos

Frequência dos episódios:

- ☐ ≤ 4 episódios/dia
☐ ≥ 4 episódios/dia

Duração da dor:

Sintomas associados à dor:

Fatores de Alívio:

Recorre à terapêutica de resgate?

Qual a eficácia da terapêutica de resgate?

- ☐ Sim, qual? _____
☐ Não, porquê? _____

- ☐ Não é eficaz
☐ ≤ 30 minutos
☐ > 30 minutos e ≤ 1h
☐ > 1h e ≤ 2h
☐ > 2h

Nº de resgates nas 24h:

Efeitos Secundários:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Sem efeitos secundários | ☐ Confusão Mental |
| ☐ Náuseas | ☐ Prurido |
| ☐ Vômitos | ☐ Desequilíbrio |
| ☐ Obstipação | ☐ Tonturas |
| ☐ Sonolência | ☐ Edemas |
| ☐ Cefaleias | ☐ Confusão Mental |
| ☐ Retenção Urinária | ☐ Outro _____ |

Intervenções Não Farmacológicas

Intervenção no âmbito da Comunicação

- *Comunicar eficazmente sobre a dor e a sua gestão;^{4,6}
- *Adotar comportamentos de cuidado;⁶
- *Fornecer repostas oportunas e atempadas;⁶
- *Incentivar o doente a informar de imediato quando a intensidade da dor é igual ou superior a 5;⁶
- *Utilizar uma linguagem cuidada com os doentes;⁶
- *Preparar antecipadamente discussões sobre a dor;⁶
- *Incentivar o questionamento sobre a dor;⁶
- *Manter uma atitude positiva;⁶
- *Validar a dor com os doentes;⁶
- *Estabelecer e gerir metas e expectativas com os doentes;^{4,6,8}
- *Utilizar técnicas comunicacionais facilitadoras;⁶
- *Utilizar técnicas de comunicação assertiva e terapêutica;⁴
- *Identificar as preferências do doente face à abordagem de dor;⁴
- *Avaliar a dor antes, durante e após cada procedimento;⁴
- *Recorrer à escuta ativa e reflexiva;^{4, 8}
- *Demonstrar empatia;^{4, 8}
- *Discutir com o doente as suas experiências pessoais de dor;⁸
- *Identificar o impacto que a dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias do doente;⁸
- *Identificar os conhecimentos do doente sobre o controlo da dor;⁸
- *Identificar os comportamentos que adota para o alívio da dor;⁸
- *Identificar os resultados esperados pelo doente no controlo da dor;⁸
- *Identificar sentimentos de ambivalência no doente;⁸

Intervenção no âmbito da Educação em Saúde

*Garantir que o doente tem o fármaco certo, na via certa, para suprimir as suas necessidades no que concerne ao controlo de sintomas;^{3, 4, 12}

*Ensinar o doente/cuidador, acerca dos mecanismos da dor, dos tipos de dor e dos fármacos mais adequados;³

*Ensinar o doente/cuidador acerca de cada fármaco, o que é, qual a sua finalidade e a posologia;³

*Educar o doente/cuidador acerca da importância de ajustar a terapêutica, sempre que haja agravamento da dor ou dos efeitos secundários;³

*Instruir o doente/cuidador, acerca dos efeitos secundários, que podem surgir;^{3, 12}

*Instruir o doente/cuidador, acerca da importância de manter um padrão intestinal regular, e o recurso a terapêutica laxante regular e ajustada;^{3, 4, 6}

*Desmistificar mitos, receios e preconceitos associados à utilização de opióides;³

*Ensinar o doente/cuidador a monitorizar a eficácia da terapêutica e registar regularmente o número de resgates necessários;^{3, 12}

*Validar as informações fornecidas ao doente, verificando se os ensinamentos foram bem percebidos e compreendidos;⁴

*Envolver o doente na tomada de decisão face às intervenções a adotar para o controlo da dor;^{4,5}

*Incentivar a autonomia do doente no controlo da sua dor;⁴

*Apoiar as decisões individuais do doente maximizando a sua participação no controlo da dor;⁵

*Orientar o doente no uso de cannabis com fins paliativos;⁵

*Ensinar os doentes/cuidadores sobre os benefícios e desafios do uso de cannabis;⁵

*Facilitar a escolha dos doentes oncológicos em situação paliativa face ao uso de cannabis para o controlo da dor;⁵

*Apoiar o doente no processo de controlo da dor através da utilização de cannabis;⁵

*Individualizar os ensinamentos para cada doente/cuidador;⁶

*Recorrer a vários métodos/materiais educacionais úteis e pertinentes para cada doente/cuidador;^{6,12}

*Proporcionar uma educação contínua e individualizada;^{3,4}

*Instruir o doente/cuidador acerca das consequências para a saúde se a dor atingir níveis de intensidade elevados, persistentemente;¹²

*Apoiar o doente/cuidador a encontrar soluções para os seus problemas face ao controlo da dor;¹²

*Verificar e corrigir a adesão diária ao regime terapêutico analgésico;¹²

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

*Corrigir, se necessário, os timings da administração analgésica, durante o dia;¹²

Intervenção Adjuvante no Controlo da Dor

- * Banho de banheira;^{10,18}
- * Intervenção respiratória consciente;^{4,9}
- * Intervenção com calor/frio;⁴
- * Massagem e vibrações;⁴
- * Terapias de posicionamentos;⁴
- * Redução e alívio da pressão;⁴
- * Exercícios ativos e passivos;⁴
- * Arteterapia;⁴
- * Aromaterapia;⁴
- * Musicoterapia;⁴
- * Realidade Virtual;¹
- * Hipnose.¹⁶

Outras Intervenções Não Farmacológicas

Avaliação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção de enfermagem surtiu efeito?

- ☐ Sim
- ☐ Não, porquê? _____

Dor controlada?

- ☐ Sim
- ☐ Não, porquê? _____

Registos de Enfermagem

*Devem ser:

- Sistemáticos;
- Completo, claro e conciso;

*Devem incluir:

- História da dor;
- Intervenção de enfermagem.

Glossário

Dor - Experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial (IASP, 2020).

Dor Oncológica - Conjunto de sensações simultâneas de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo, ao tratamento, ou às consequências da doença (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015)

Dor Nociceptiva - Associada a situações em que ocorre lesão tecidual e/ou alterações inflamatórias evidentes, e está relacionada com estímulos dolorosos ou potencialmente dolorosos, podendo correlacionar a dor com o estímulo desencadeante

Dor Neuropática – É uma consequência direta de lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial, ou seja, este tipo de dor surge quando as estruturas do sistema nervoso estão afetadas (Rito et al., 2017, p.203)

Dor Mista - É um tipo de dor que inclui características quer da dor nociceptiva, quer da dor neuropática.

Dor Irruptiva - É uma exacerbação transitória da dor que ocorre, quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar de apresentar dor basal controlada.

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Anexos ao Instrumento

Escalas de Autoavaliação da Dor

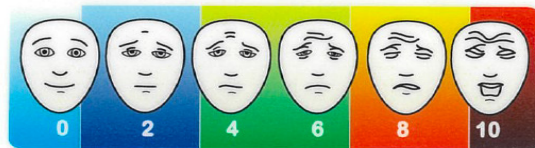
Escala Numérica



Escala Qualitativa



Escala de faces revista



Adaptado da Circular Normativa N.º 09/DGCC, 2003

Escala de Hetroavaliação da Dor

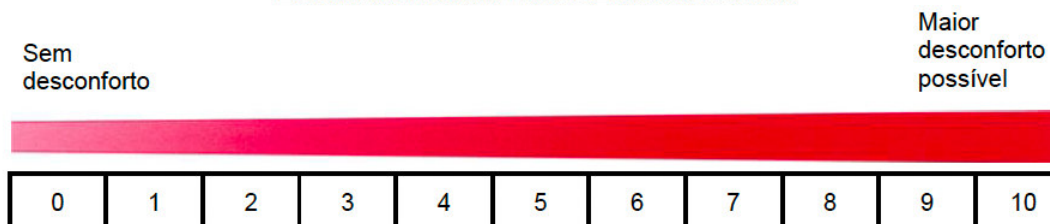
PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

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

Adaptado de Batalha et al., 2012

Escala de Autoavaliação do Conforto

ESCALA VISUAL DO DESCONFORTO



Adaptado de Kolcaba, 2010

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Escala de Heteroavaliação do Conforto

Checklist de Comportamentos de Conforto (proposta de tradução)

Como é que a pessoa está a agir agora? Assinale a melhor resposta.

NA = a dormir, ou não apropriado para esta pessoa devido ao seu diagnóstico ou idade

(Por exemplo, se a pessoa estiver a dormir as questões 3-5 são assinaladas NA)



	NA	Não	Um Pouco	Moderado	Forte
Vocalizações					
1. acordado	0	1	2	3	4
2. a gemer	0	1	2	3	4
3. a queixar-se	0	1	2	3	4
4. sons/conversa contente	0	1	2	3	4
5. a chorar/gritar	0	1	2	3	4
Sinais Motores					
6. pacífico	0	1	2	3	4
7. agitado	0	1	2	3	4
8. ritmo acelerado	0	1	2	3	4
9. inquieto	0	1	2	3	4
10. músculos relaxados	0	1	2	3	4
11. fricção de uma área	0	1	2	3	4
12. posição de guarda	0	1	2	3	4
Performance					
13. movimentos ansiosos	0	1	2	3	4
14. aceita atos de gentileza	0	1	2	3	4
15. aprecia o toque / segurar mãos	0	1	2	3	4
16. consegue descansar	0	1	2	3	4
17. consegue comer	0	1	2	3	4
18. calmo / à vontade	0	1	2	3	4
19. movimentos sem objetivo específico	0	1	2	3	4
20. tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
21. parece deprimido	0	1	2	3	4
22. esgares / retraimento estremecimento	0	1	2	3	4
23. expressão relaxada	0	1	2	3	4
24. hiper-vigilante	0	1	2	3	4
25. parece assustado ou preocupado	0	1	2	3	4
26. sorri	0	1	2	3	4
Outros					

27. respiração incomum	0	1	2	3	4
28. mantém foco mental	0	1	2	3	4
29. capaz de conversar	0	1	2	3	4
30. acorda suavemente	0	1	2	3	4

Se este for o único instrumento de avaliação do conforto/dor, pergunte à pessoa:

- Sente alguma dor? Não ____ Sim ____ (Por favor classifique a sua dor de 0 a 10, sendo 10 a maior dor possível). ____ (classificação)
- Tendo tudo em consideração, o quão confortável está agora? (Por favor, classifique o seu conforto total entre 1 e 10, sendo 10 o maior conforto possível)

Tradução de adaptação de K. Koloba de: Ladislav Volker. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." ~~For Volker~~ e outros (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD, Aspen Publications.

Outras informações disponíveis (alterações da terapêutica farmacológica em uso, lesões recentes, declínio do estado funcional recente, relatos dos profissionais de conforto/desconforto, alterações do apetite, deambulação, etc.)

Pontuar a Checklist de Comportamentos de Conforto:

1) Subtrair o número de respostas "Não Apropriado" (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.

2) Multiplicar o **total de respostas** (passo 1) por 4, para obter a **pontuação total possível**.

3) Código de inversão: números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 para obter as respostas brutas do conforto.

4) Adicionar as **respostas brutas do conforto** (passo 3) para todas as questões não assinaladas NA para obter a **pontuação bruta do conforto**.

5) Dividir a pontuação do conforto obtida (passo 4) pela pontuação total possível (passo 2) e arredondar para duas casas decimais. (se a terceira casa decimal for igual ou maior que cinco, arredondar a segunda casa decimal para o número seguinte)

6) Apresentar a pontuação como um número de dois dígitos (percentagem sem o símbolo % ou decimal). *Maiores pontuações indicam maior conforto.*

Instrumento de apreciação, intervenção e avaliação na prevenção e controlo
da dor da pessoa com doença oncológica em situação paliativa

Referências Bibliográficas

1. Austin, P. D., Siddall, P. J., & Lovell, M. R. (2022). Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3995–4005. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x>
2. Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a01.pdf>
3. Campling, N., Richardson, A., Mulvey, M., Bennett, M., Johnston, B., & Latter, S. (2017). Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.019>
4. Céspedes, M. A. B., Díaz, L. P. E., Ramírez, M. L. J., & Sabogal, M. C. G. (2019). Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2).
5. Clark, C. S. (2018). Medical Cannabis: The oncology nurse's role in patient education about the effects of marijuana on cancer palliation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1).
6. Cowperthwaite, S. M., & Kozachik, S. L. (2019). Improving the Pain Experience for Hospitalized Patients with Cancer. *Oncology nursing forum* 46(2).
7. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
8. Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. *Pain Management Nursing*, 22(6), 716-723.
9. Guan, N. C., Beng, T. S., Sue-Yin, L., & Kanagasundram, S. (2021). The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. *Indian journal of palliative care*, 27(1), 83.
10. Hayashi, E., Aoyama, M., Fukano, F., Takano, J., Shimizu, Y., & Miyashita, M. (2022). Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients: An observational, controlled study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(1), 30.
11. International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
12. Koller, A., Gaertner, J., De Geest, S., Hasemann, M., & Becker, G. (2018). Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANtiPain). *Cancer nursing*, 41(5), 367-378.
13. Kolcaba, K. (2010). *Comfort Questionnaires - Visual Discomfort Scale Questionnaire*.
14. Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR – Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros, 1 (1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
15. Ordem dos Enfermeiros. (2015). CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Lusodidacta. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
16. Quintini, D., Fichaux, M., Surdej, F., Espanet, N., & Salas, S. (2018). Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 85-91.
17. Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R. & Faustino, S., A. (2017). Manual de Dor Crónica. (2ªEd). Fundação Grunenthal.
18. Skaczkowski, G., Moran, J., Langridge, J., Oatway, K., & Wilson, C. (2018). Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 100-102.
19. Soares, R. S., da Cunha, D. A. O., & Fuly, P. S. C. (2018). Nursing Care with Neoplastic Wounds. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12).

Anexos

Anexo I - Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Data _____

Nome _____ Processo nº _____

1. Ao longo da vida, maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

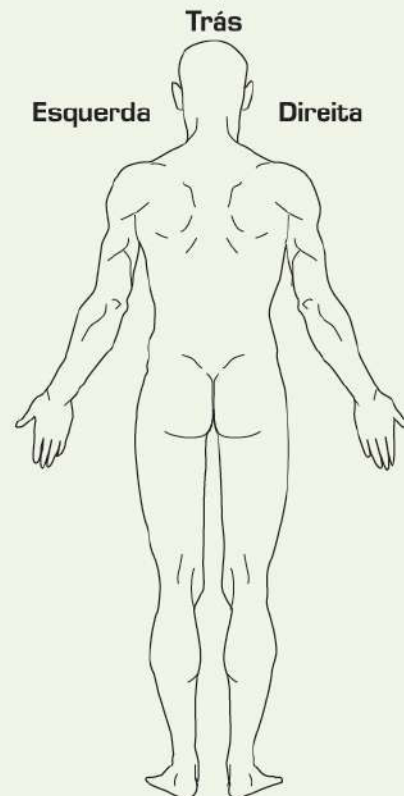
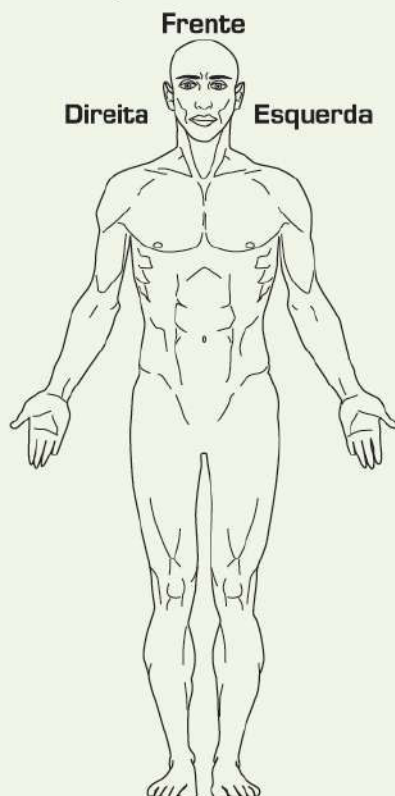
☐

Sim

☐

Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um **X** na zona que lhe dói mais.



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em **média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor?
Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua /seu:

A Actividade Geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C Capacidade para Andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

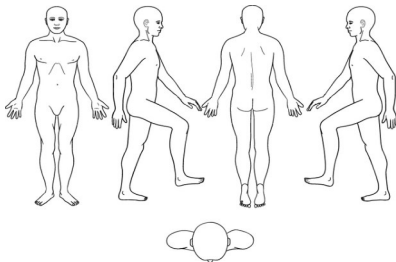
G Prazer de Viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

Apêndice XV – Memorando de apoio à avaliação da dor

Memorando de Apoio à Avaliação da Dor

Localização:



Tipo:

- ☐ Moinha
- ☐ Queimadura
- ☐ Guinada
- ☐ Picada
- ☐ Aperto
- ☐ Ardor
- ☐ Choque Elétrico
- ☐ Dormência
- ☐ Latejo
- ☐ Facada
- ☐ Espasmo
- ☐ Repuxamento
- ☐ Outro _____

Irradiação:

- ☐ Não
- ☐ Sim, onde _____

Duração:

- ☐ Intermitente
- ☐ Contínua

Intensidade:

Autoavaliação

- ☐ Escala Numérica
- ☐ Escala Qualitativa
- ☐ Escala de Face Revista

Heteroavaliação

- ☐ PAINAD

Fatores de Exacerbação:

Fatores de Alívio:

**Apêndice XVI – A importância dos ensinamentos de enfermagem na autogestão da
dor do doente oncológico – reflexão crítica**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**A Importância dos Ensinos de Enfermagem na
Autogestão da Dor do Doente Oncológico - Reflexão
Crítica**

Soraia de Fátima Simão Costa

Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

Lisboa

fevereiro 2023

Índice

Introdução	3
1. Reflexão Crítica	4
1.1. Descrição	4
1.2. Pensamentos e Sentimentos	7
1.3. Avaliação	8
1.4. Análise	9
1.5. Conclusão	10
1.6. Plano de Ação	10
Referências Bibliográficas	12

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório e tendo em conta a finalidade e os objetivos do meu projeto de intervenção, intitulado de Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa – Intervenção Especializada do Enfermeiro, realizei o meu último estágio na Unidade de Dor B.

Neste sentido, e de modo a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro especialista e mestre no âmbito da intervenção do enfermeiro no controlo da dor como medida promotora de conforto à pessoa com doença oncológica e família em situação paliativa, delineei previamente quatro objetivos específicos e respetivas atividade que após concluídas me permitiram alcançar os objetivos definidos.

Tendo em conta o quarto objetivo: Analisar a prática de cuidados, realizei uma reflexão crítica de um evento significativo da prática de cuidados. Esta será analisada à luz da metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs, dividida em seis etapas: descrição; pensamentos e sentimentos; avaliação; análise; conclusão e plano de ação (Gibbs, 2013).

Neste sentido, e dada a especificidade do contexto clínico em que me encontro, torna-se perceptível a importância que a Educação do Doente e Família tem na autogestão da dor. A educação “é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 89).

Por conseguinte, considerei pertinente refletir acerca desta temática enfatizando a importância do enfermeiro no processo educativo do doente oncológico com dor e família e a posição privilegiada que assume na desmistificação de ideias preconcebidas, na alteração de comportamentos e na adesão ao plano terapêutico.

Esta atividade permitiu-me perceber a importância de utilizar estratégias de comunicação, escuta e observação para reconhecer, apoiar e educar de forma empática e compreensível a pessoa e família, que esteja a passar por situações de sofrimento decorrentes do descontrolo da dor (EONS, 2022). Para além disso, pude desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, e na rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro).

1. Reflexão Crítica

A prestação de cuidados é um ambiente propício à prática reflexiva, pois permite ao enfermeiro realizar uma análise consciente do que experiencia, refletir sobre as práticas adotadas e alterar comportamentos, baseados na atualização dos conhecimentos, que a reflexão proporcionou (Farias et al., 2019).

A presente reflexão foi realizada à luz da metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013), como referi anteriormente. Neste sentido, considerei pertinente dividir este capítulo em seis subcapítulos, sendo que cada um deles corresponde a uma etapa reflexiva.

1.1. Descrição

Sra. X. de 54 anos de idade, sexo feminino, leucodérmica, de raça caucasiana, natural de Lisboa. Vive em união de facto com o marido num apartamento com condições habitacionais e saneamento básico. Não tem filhos. Recebe apoio da mãe. Tem o 12º ano de escolaridade, é técnica administrativa e atualmente encontra-se de baixa médica devido à sua condição clínica.

Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, síndrome depressivo, transtorno de ansiedade e claustrofobia. Tem antecedentes cirúrgicos de histerectomia total por leiomiomas, não tendo realizado na altura anexectomia. Nega alergias alimentares ou farmacológicas. Nega comportamentos aditivos.

Em março 2019 iniciou quadro de desconforto abdominal com agravamento progressivo. Recorreu ao serviço de urgência em abril onde realizou meios complementares de diagnóstico e foi intervencionada de urgência, tendo realizado enterectomia segmentar e anexectomia, após o diagnóstico de Leiomiosarcoma de alto grau com envolvimento/infiltração do apêndice, intestino delgado, trompa e para-ovário. Metastização a nível pulmonar. Inicia em julho 2019 o primeiro de seis ciclos de quimioterapia.

Em abril de 2020 realiza tomografia computadorizada toracoabdominopélvica de controlo, que revela ligeiro agravamento volumétrico dos nódulos pulmonares, tendo

sido proposta 2ª linha de tratamento com Trabectedina que iniciou nesse mesmo mês. Estabilização da doença sob quimioterapia, mantendo M1 Pulmonar.

Após um ano, em abril 2021, a Sra. X. realiza cintigrafia óssea que evidencia patologia osteoarticular degenerativa do esqueleto axial e apendicular. Em julho 2021 inicia radioterapia paliativa no nódulo já existente. Encaminhada para a consulta de dor por quadro de dor intermitente, lancinante ao nível da fossa ilíaca direita e região inguinal direita que irradia para a face anterior da coxa de predomínio neuropático. Não identifica fatores de alívio, mas refere que agrava com posicionamentos. Realizado plano terapêutico integrado. Doente com manutenção das queixas, contudo com inúmeras desistências de consultas subsequentes.

Em outubro de 2021 com surgimento de placa frontoparietal mediana, compatível com infiltração dérmica por neoplasia com padrão sarcomatóide – metastização.

Em agosto de 2022 novo quadro algíco de difícil controlo na região inguinal direita, tipo choques elétricos com irradiação antero-lateral da coxa direita com pouco alívio aos analgésicos e agravamento progressivo das queixas pelo que, em novembro do mesmo ano, é realizado novo contato com a Unidade de Dor B para seguimento da Sra. X.

Após várias desistências da consulta, foi contatada via telefónica no dia da consulta com o intuito de apurar o motivo de não comparecer novamente, apesar de se deslocar ao hospital para outras consultas no mesmo dia e manter as queixas algícas.

Perante a abordagem do enfermeiro, a Sra. X. aceita vir à consulta, chega em cadeira de rodas (por tromboflebite no membro inferior direito – usa meia de compressão), acompanhada pelo marido e pela mãe, mas entra sozinha na consulta.

Refere sentir-se pior da sua dor. Menciona dor permanente na região inguinal direita com irradiação para a face anterior da coxa homolateral, tipo moinha, ardor, queimadura e calor, que exacerba com a marcha continuada e alivia com massagem. Faz referência ainda a dor intermitente na região pélvica, tipo moinha e ardor, não identificando fatores de alívio ou exacerbação e dor intermitente na região sagrada com irradiação à nádega direita e face posterior da coxa, tipo moinha, facada e “ferro a espetar”, não identificando fatores de alívio ou exacerbação.

Relata apresentar episódios de exacerbação da dor com intensidade no momento de 5 com a Escala de Avaliação Numérica, com intensidade máxima de 5/6, com média de intensidade no quotidiano de 6, sendo que o mínimo de intensidade que tem é de 5.

Quando apresenta os episódios de exacerbação de dor faz resgate com Oramorph e sente alívio, realiza 3 a 4 resgates por semana, contudo confia que evita fazer resgates pelos mitos relacionados com a morfina – associada ao fim de vida, receio de habituação/dependência e perda de eficácia a longo prazo.

Salienta ainda o impacto negativo que a dor acarreta para o desenvolvimento das atividades de vida diárias nomeadamente: na capacidade de andar a pé / deambulação – no domicílio utiliza duas canadianas para apoio; na atividade geral; no sono – insónia inicial; na eliminação – obstipação severa; na disposição – episódios de ansiedade e crises de pânico por medo de estar sozinha em casa (encontrando-se nesta fase a viver com a mãe, que está permanentemente em casa), mas, também, sempre que é necessário sair de casa e deslocar-se de carro com o marido para as consultas ou tratamentos. Esta atividade é geradora de muito stress, ansiedade e angústia devido ao sentimento de claustrofobia que a deslocação no carro lhe conferia, despoletando crises de pânico.

Durante a consulta foram surgindo momentos de dúvidas, de partilha e de reflexão por parte da doente, associada a períodos de labilidade emocional face ao seu processo saúde-doença e à dor que teimava em persistir.

Foi neste contexto, que a enfermeira, privilegiou este momento para estabelecer e gerir metas e expectativas face ao controlo da dor; desmitificar os mitos associados ao uso de morfina, validando a importância de recorrer aos resgates sempre que existam períodos de exacerbação da dor cuja intensidade seja igual ou superior a 5, de modo a que o alívio da dor seja mais efetivo; validar a importância de manter uma alimentação equilibrada – rica em legumes, frutas e fibras, bem como a importância do reforço hídrico para a regulação e manutenção do trato gastrointestinal; reforçar a importância de uma boa higiene do sono e o estabelecimento de rotinas para o deitar e o levantar – dormir cerca de 7/8h; reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico nas horas pré-definidas e na dosagem estabelecida; reforçar a importância de adotar estratégias de distração; reforçar a existência da linha telefónica e a disponibilidade da equipa para o seu atendimento sempre que necessário; reforçar a importância de manter o seguimento regular na consulta, com vista a promover o controlo da dor e, consequentemente, o seu bem-estar e conforto.

De seguida a enfermeira validou os ensinamentos que foi realizando, de forma a garantir a compreensão das informações e apreensão dos conhecimentos necessários à sua aplicabilidade de forma autónoma no domicílio.

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Esta situação despoletou em mim sentimentos de ambivalência. Numa fase inicial, quando tomei conhecimento das múltiplas desistências da consulta me causou sentimentos de estranheza, pois questionava-me como era possível alguém com dor moderada a intensa desperdiçar múltiplas oportunidades de ver a sua dor aliviada.

Por outro lado, quando a Sra. X. partilhou na consulta, com alguma labilidade, que a ansiedade, o medo, e o stress que sentia sempre que saía de casa era tão extenuante, que a dor era sub-valorizada, senti um misto de emoções e até alguma dificuldade em gerir o que sentia e pensava, pois nesta situação é notório que a dor é impactante na vida diária da Sra. X. e a dimensão psicológica e espiritual sobrepõe-se à dimensão física, apesar de a dor física que experiencia ser de elevada intensidade e carecer de uma abordagem de alívio precoce.

É difícil, e até um pouco angustiante, perceber o desalento e a tristeza que os doentes como a Sra. X. sentem ao confrontarem-se diariamente com o seu processo de saúde-doença, com a dor e o desespero que experienciam, mas também com as limitações que persistem.

Contudo, senti alento e satisfação ao perceber o papel que nós, enquanto enfermeiros, desempenhamos junto da Sra. X. e de todos os doentes de quem cuidamos. Observar a relação que se estabelece com o doente, onde a incerteza e a hesitação dá lugar à segurança e à confiança, demonstrando disponibilidade e permitindo a expressão de sentimentos e a partilha de dúvidas é primordial para a individualização e humanização dos cuidados.

A consciencialização dos nossos sentimentos permite-nos desenvolver relações empáticas e de compaixão perante o sofrimento, permite-nos direccionar o nosso cuidado para as reais necessidades dos doentes e promover a sua educação, fornecendo estratégias e ferramentas através dos ensinamentos realizados nas diversas áreas. Estes

conferem autonomia ao doente e comprometimento no plano terapêutico integrado estabelecido.

No fundo, senti-me orgulhosa ao perceber o impacto e a influência que os ensinamentos realizados aos doentes têm na alteração de comportamentos e na adoção de estratégias no âmbito do controlo e gestão da dor, promovendo o conforto e o bem-estar de quem se cuida.

1.3. Avaliação

São atividades como estas que nos permitem refletir a importância que a relação terapêutica estabelecida com o doente, desempenha no controlo da dor do doente oncológico. A relação de confiança e de ajuda que se estabelece com o doente, deixa-o mais suscetível a assimilar os ensinamentos realizados nas diversas áreas e, posteriormente, a seguir as sugestões indicadas adotando comportamentos de autogestão da dor e possíveis efeitos adversos.

Face ao referido anteriormente, é igualmente importante salientar a relevância que a validação dos ensinamentos realizados desempenha na compreensão dos mesmos, não basta ensinar, há que garantir que a informação foi bem recebida e percebida pelo doente.

É esta relação que se estabelece ao longo do tempo, que contribui para o doente se sentir valorizado e envolvido, no processo de cuidados, permitindo a expressão de sentimentos, expectativas e desejos. Dada a complexidade da dor e a sua multidimensionalidade esta partilha torna-se premente no entendimento da história da dor do doente.

São estas reflexões que nos permitem identificar e compreender os aspetos positivos e negativos da prática de cuidados, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e competências, que contribuirão para a melhoria dos cuidados que prestamos.

1.4. Análise

O cancro é considerado uma doença crónica com elevada taxa de mortalidade e morbilidade, é percecionado pelo doente/família como um acontecimento de vida desafiador, com elevado impacto no seu quotidiano, mas também como um processo indutor de sofrimento e medo, dada a conotação negativa que acarreta ao ser associado à morte (Raimundo, 2014). Para além do exposto, a dor é considerada o sintoma que mais frequentemente é associado ao cancro e, conseqüentemente, mais temido por quem o experiencia (Abejas et al., 2021).

Neste sentido, a complexidade da dor oncológica acarreta riscos, complicações e efeitos secundários para o doente. Quando este não reconhece a importância de manter uma gestão adequada da dor e uma adesão ao plano terapêutico rigorosa e continuada, a automedicação parece ser a alternativa ideal, contudo não será efetiva para o alívio da dor, mas para o seu descontrolo.

“A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes (...) para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp. 88-89).

É nesta ordem de ideias que se torna premente educar os doentes acerca do seu processo saúde-doença, dos benefícios/efeitos secundários do tratamento e complicações associadas à não adesão terapêutica.

Quando abordamos a temática da educação com o doente e lhe fornecemos todas as informações necessárias para que consiga autonomamente realizá-las no domicílio, importa clarificar que não basta fornecer informações, é necessário motivar e encorajar o doente a cumprir o plano terapêutico e a atingir as metas e os objetivos a que se propôs e que foram delineados em conjunto. “Educar, responsabilizar e persuadir, mas também mudar relações, conceitos, crenças, atitudes e ambiente é decisivo no processo de ajustamento às doenças crónicas, mediado pelas crenças, pela autoeficácia e pela motivação” (Camarneiro, 2020, s/p).

O reforço positivo e a congratulação pelo esforço realizado no cumprimento do plano terapêutico é de ressaltar e o doente sentirá esse efeito através do alívio da dor,

mas também na redução da frequência das consultas e nos ajustes terapêuticos que vão surgindo (Camarneiro, 2020).

A intervenção dos profissionais de saúde, bem como a participação ativa do doente, é parte importante da solução, todavia o enfermeiro nunca desiste dos seus doentes, pois pequenas melhorias traduzem grandes efeitos.

1.5. Conclusão

A presente reflexão promoveu o meu pensamento crítico relativamente a esta temática e fez-me refletir acerca da minha prática de cuidados diária. Apesar do contexto clínico ser diferente, a promoção da educação do doente é um dever do profissional de saúde e, assumindo que o enfermeiro desenvolve uma relação terapêutica com o doente e uma posição de destaque na alteração de comportamentos, o investimento nesta área é basilar para que o doente coopere no plano terapêutico e ajuste expectativas à sua situação clínica.

A complexidade da abordagem ao doente oncológico em situação paliativa com dor, requer do enfermeiro a procura de estratégias ajustadas às necessidades específicas de cada doente. A dor é sentida e experienciada de forma diferente por cada pessoa, pelo que requer uma abordagem diferenciada e individualizada por parte do profissional. Neste sentido, a abordagem realizada com a Sra. X. foi adequada e bastante benéfica para a alteração de comportamentos da doente face à utilização de resgates, ao compromisso de cumprimento do plano terapêutico, à adoção de comportamentos saudáveis, bem como o seguimento continuado na consulta e a utilização da linha telefónica sempre que necessário.

1.6. Plano de Ação

Perante uma situação semelhante, o planeamento e a atuação passariam por realizar um contato telefónico mais precoce, com o intuito de identificar os reais motivos da desistência da consulta, identificando as vantagens de manter o acompanhamento em consulta para a gestão e controlo da dor.

Faria ainda sentido, realizar um contato telefônico com a pessoa/cuidador de referência do doente, envolvendo-o como parceiro de cuidados, no sentido de haver um acompanhamento e seguimento mais regular na consulta.

Referências Bibliográficas

Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). Humanização em Cuidados Paliativos. Lisboa: Lidel.

Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

European Oncology Nursing Society. (2022). EONS Cancer Nursing Education Framework. European Oncology Nursing Society <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/>

Farias, M. S., Brito, L. L. M. D. S., Santos, A. D. S., Guedes, M. V. C., Silva, L. D. F. D., & Chaves, E. M. C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-5. DOI: 10.5935/1415-2762.20190055

Gibbs, G. (2013). Learning by Doing. (1ª ed.). Oxford Brooks University: Creative Commons.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care». Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Raimundo, A. I. S. (2014). A dor no doente oncológico [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/8083>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26, 6 fevereiro de 2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Apêndice XVII – Cuidados paliativos e apresentação do projeto de intervenção
– plano de sessão

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Cuidados Paliativos e Apresentação do Projeto de
Intervenção – Plano de Sessão**

Soraia de Fátima Simão Costa

Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
janeiro 2023**

1. Plano de Sessão

1.1. Designação do tema

Cuidados Paliativos e Apresentação do Projeto de Intervenção.

1.2. Duração da sessão

A sessão será dividida por conteúdos e, como tal, terá duas partes. Uma parte inicial onde será abordado o tema acerca dos Cuidados Paliativos e terá uma duração de 50 min e a segunda parte será para exposição do projeto de intervenção e terá uma durabilidade de 30 minutos.

1.3. Identificação do formador

Soraia de Fátima Simão Costa enfermeira no Serviço Medicina do Hospital A e mestranda no 13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem Oncológica.

1.4. Identificação dos formandos

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Medicina do Hospital A.

1.5. Local e data da sessão

A sessão decorrerá numa sala a designar do serviço de medicina do hospital A, no dia 11 de janeiro de 2023 com início às 14:30h e término às 15:50h. De modo a conseguir a participação da maioria da equipa foi selecionado também o dia 19 de janeiro de 2023 no mesmo horário e em sala a designar para a realização da repetição da sessão.

1.6. Objetivos gerais da sessão

A presente sessão tem como objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento de conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito dos Cuidados Paliativos;
- Refletir acerca da importância da identificação precoce dos doentes com necessidades paliativas;
- Dar a conhecer aos profissionais de saúde o projeto de intervenção intitulado: “Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa - Intervenção Especializada do Enfermeiro”, bem como a importância da sua aplicabilidade neste contexto de cuidados.

1.7. Objetivos específicos da sessão

Os objetivos específicos vão ao encontro do que se pretende que os profissionais estejam habilitados, no fim da sessão:

- Definir cuidados paliativos;
- Reconhecer os princípios dos cuidados paliativos;
- Reconhecer a importância de integrar o modelo cooperativo nos cuidados prestados;
- Identificar os doentes com necessidades paliativas através de ferramentas validadas (Questão Surpresa? e Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT – PTTM);
- Desmistificar mitos;
- Identificar os pilares dos cuidados paliativos;
- Reconhecer a importância da aplicabilidade do projeto de intervenção.

1.8. Planeamento da sessão

		Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Parte I – Cuidados Paliativos	Introdução	• Evolução Histórica; • Conceito; • Prevalência;	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção	10 min
	Desenvolvimento	• Apresentação: - Princípios; - Indicações; - Conceitos-chave; - Modelo Cooperativo; • Como identificar o doente com necessidades paliativas; - Questão Surpresa; - SPICT – PTTM • Estatística de pedidos de colaboração à EIHSCP no ano de 2022;			30 min
	Conclusão	• Mitos e Fatos; • Conclusão; • Partilha de pensamentos e dúvidas.			10 min
Parte II – Apresentação do Projeto de Intervenção	Introdução	• Justificação da Problemática			5min
	Desenvolvimento	• Apresentação: - Diagnóstico de Situação; - Análise SWOT; - Conceitos-chave; - Referenciais Teóricos; - Revisão de Scoping; - Finalidade; - Objetivos Gerais; - Objetivos Específicos; - Planeamento das Atividades;			15 min
	Conclusão	• Conclusão; • Partilha de pensamentos e dúvidas.			10 min

1.9. Avaliação da sessão

A avaliação da sessão será realizada no final da sessão em questionário próprio, que se encontra em apêndice.

Referências Bibliográficas

- Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a01.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Série I (N.º1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pagura, J. R. & Júnior, J. O. O. (2018). Taxonomia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor* (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.
- Serrano, S. C., Teodoro, A. L. & Souza, A. P. (2018). Epidemiologia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor* (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.
- C. F. C. (2020). Desafios dos enfermeiros frente aos pacientes com indicação de cuidados paliativos. *Varia Scientia– Ciências da Saúde*, 6(2), 137-147. DOI: <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26183>.

Apêndices

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão

Questionário de Avaliação da Sessão

O presente questionário de avaliação tem como objetivo obter informações acerca da pertinência desta sessão, bem como do desempenho do formador. A colaboração de todos é importante, pois permite ao formador alterar aspetos relevantes para sessões futuras.

Muito obrigada pelo tempo dispensado e pela vossa colaboração.

Para cada questão, rodeie com um ☐ o item que considerar que melhor se adequa à questão, sendo que 1 – insatisfatório, 2 – pouco satisfatório, 3 – satisfatório, 4 – bom, 5 – muito bom.

1. O conteúdo da sessão foi adequado?

1 2 3 4 5

2. A estrutura da sessão foi facilitadora para o desenvolvimento de conhecimentos?

1 2 3 4 5

3. Como classifica a informação explanada quanto à quantidade e qualidade?

1 2 3 4 5

4. Como classifica o interesse e a utilidade dos conteúdos?

1 2 3 4 5

5. A duração da sessão foi adequada aos temas apresentados?

1 2 3 4 5

6. As instalações e os métodos utilizados foram adequados à sessão?

1 2 3 4 5

7. Como classifica o desempenho do formador quanto ao domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão?

1 2 3 4 5

8. Como classifica o desempenho do formador quanto ao esclarecimento de dúvidas?

1 2 3 4 5

9. Como classifica a sessão de uma forma geral?

1 2 3 4 5

10. Identifique os aspetos mais positivos na sessão.

11. Identifique os aspetos menos positivos/ comentários/ sugestões.

Grata pela atenção!

**Apêndice XVIII – Controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa –
plano de sessão**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Controlo da Dor no Doente Oncológico em Situação
Paliativa – Plano de Sessão**

Soraia de Fátima Simão Costa

Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
janeiro 2023**

1. Plano de Sessão

1.1. Designação do tema

Controlo da Dor do Doente Oncológico em Situação Paliativa.

1.2. Duração da sessão

A formação no âmbito do “Controlo da Dor do Doente Oncológico em Situação Paliativa” será dividida em duas sessões dada a sua complexidade e os múltiplos conteúdos a abordar. Neste sentido cada sessão terá a duração de 80 minutos.

A primeira sessão abordará um conjunto de conceitos importantes a ter em conta na avaliação global do doente oncológico com dor em situação paliativa, bem como os aspetos, que o profissional de saúde deve avaliar para que seja “desenhado” em conjunto com a pessoa e família o plano de cuidados adequado às suas reais necessidades.

A segunda sessão fará referência à intervenção do profissional de saúde perante o doente oncológico em situação paliativa com dor e as suas necessidades, com base num plano de cuidados individualizado e multifatorial previamente delineado, bem como a importância da reavaliação da intervenção realizada e o seu registo completo e sistemático.

1.3. Identificação do formador

Soraia de Fátima Simão Costa enfermeira no Serviço Medicina do Hospital A e mestranda no 13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem Oncológica.

1.4. Identificação dos formandos

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Medicina do Hospital A.

1.5. Local e data da sessão

A primeira sessão decorrerá numa sala a designar do serviço de medicina do hospital A, no dia 31 de janeiro de 2023 com início às 14:30h e término às 15:50h. De modo a conseguir a participação da maioria da equipa foi selecionado também o dia 02 de fevereiro de 2023 no mesmo horário e em sala a designar a realização da repetição da primeira sessão.

A segunda sessão decorrerá, igualmente, numa sala a designar do serviço de medicina do hospital A, no dia 6 de fevereiro de 2023 com início às 14:30h e término às 15:50h. De modo a conseguir a participação da maioria da equipa foi selecionado também o dia 13 de fevereiro de 2023 no mesmo horário e em sala a designar a realização da repetição da primeira sessão.

1.6. Objetivos gerais da sessão

A presente sessão tem como objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento de conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito da Prevenção e Controlo da Dor;

1.7. Objetivos específicos da sessão

Os objetivos específicos vão ao encontro do que se pretende que os profissionais estejam habilitados, no fim da sessão:

- Definir o conceito de Dor;
- Reconhecer este sintoma como importante na promoção do conforto do doente oncológico em situação paliativa;
- Reconhecer a importância do processo de enfermagem no controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa;
- Identificar as causas da Dor;
- Identificar as escalas de avaliação da dor e adequar às características do doente;

- Avaliar a dor do doente oncológico em situação paliativa de forma sistemática, completa, individualizada e humanista;
- Reconhecer a importância de integrar um plano de intervenção multifatorial e de acordo com as reais necessidades do doente oncológico em situação paliativa;
- Descrever as intervenções farmacológicas para o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa;
- Descrever as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor do doente oncológico em situação paliativa;
- Reavaliar a intervenção previamente realizada e atuar em conformidade;
- Identificar os aspetos a ter em conta na realização de registos completos e rigorosos de forma sistemática, que permita uma continuidade de cuidados em equipa multidisciplinar.

1.8. Planeamento da sessão

		Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Parte I – Primeira Sessão	Introdução	• O que é a dor? • Conceito; • Evolução da Dor; • Prevalência; • Dor Crónica e a sua multidimensionalidade.	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção * Telemóvel	20 min
	Desenvolvimento	• Avaliação do Doente com Dor: ○ Avaliação: ○ Intensidade; ○ Localização; ○ Tipo; ○ Duração; ○ Fatores de Alívio e de exacerbação; ○ Impacto da dor nas Atividades de Vida Diária. ○ Intervenção de Enfermagem: ○ Intervenção Farmacológica; ○ Intervenção Não Farmacológica. ○ Reavaliação; ○ Registos Sistemáticos;			45 min
	Conclusão	• Partilha de pensamentos e dúvidas.			15 min

		Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Parte II – Segunda Sessão	Introdução	• Revisão da sessão anterior	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção	10min
	Desenvolvimento	• Avaliação do Doente com Dor: ○ Intervenção de Enfermagem: ○ Intervenção Farmacológica; ○ Intervenção Não Farmacológica. ○ Reavaliação ○ Registos Sistemáticos			50min
	Conclusão	• Mitos e Fatos; • Conclusão; • Partilha de pensamentos e dúvidas.			15 min

1.9. Avaliação da sessão

A avaliação de cada uma das sessões ocorrerá em questionário próprio, em formato papel, 10 a 15 dias após a realização de cada sessão. A avaliação da mesma ocorrerá à posteriori, pois nessa altura os formandos já refletiram sobre a sessão e conseguem identificar os contributos que a mesma permitiu para a melhoria da prática clínica. Este encontra-se disponível no apêndice I.

Referências Bibliográficas

- Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a01.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Série I (N.º1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pagura, J. R. & Júnior, J. O. O. (2018). Taxonomia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor* (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.
- Serrano, S. C., Teodoro, A. L. & Souza, A. P. (2018). Epidemiologia da Dor. In I. P. Posso, E. Grossmann, P. R. B. Fonseca, D. M. N. Perissinotti, J. O. O. Junior, J. B. Souza, S. C. Serrano, J. Vall (Eds). *Tratado de Dor* (1ª ed., Vol 1, pp. 57-61). Editora Atheneu.
- C. F. C. (2020). Desafios dos enfermeiros frente aos pacientes com indicação de cuidados paliativos. *Varia Scientia– Ciências da Saúde*, 6(2), 137-147. DOI: <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26183>.

Apêndices

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão

Questionário de Avaliação da Sessão

O presente questionário de avaliação tem como objetivo obter informações acerca da pertinência desta sessão, bem como a sua importância para a melhoria continua de cuidados. A colaboração de todos é importante, pois permite ao formador alterar aspetos relevantes para sessões futuras.

Muito obrigada pelo tempo dispensado e pela vossa colaboração.

1. A sessão permitiu aprofundar conhecimentos?

☐ Não

☐ Sim, quais? _____

2. Considera que a sessão trouxe contributos para a sua prática profissional?

☐ Não

☐ Sim, quais? _____

3. Como classifica a sessão de uma forma geral?

☐ Insatisfatória

☐ Satisfatória

☐ Boa

☐ Muito Boa

4. Comentários/ Críticas/ Sugestões.

Grata pela atenção!

Apêndice XIX – Via subcutânea em cuidados paliativos – plano de sessão

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Via Subcutânea em Cuidados Paliativos – Plano de
Sessão**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
fevereiro 2023**

1. Plano de Sessão

1.1. Designação do tema

Via Subcutânea em Cuidados Paliativos.

1.2. Duração da sessão

A formação no âmbito da “Via Subcutânea em Cuidados Paliativos” abordará um conjunto de tópicos essenciais para a utilização desta via de administração pelos profissionais de saúde de forma segura. Neste sentido a sessão terá a duração de 45 minutos.

1.3. Identificação do formador

Soraia de Fátima Simão Costa enfermeira no Serviço Medicina do Hospital A e mestranda no 13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem Oncológica.

1.4. Identificação dos formandos

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Medicina do Hospital A.

1.5. Local e data da sessão

A primeira sessão decorrerá numa sala a designar do serviço de medicina do hospital A, no dia 10 de fevereiro de 2023 com início às 15h e término às 15:45h. De modo a conseguir a participação da maioria da equipa foi selecionado também o dia 17 de fevereiro de 2023 no mesmo horário e em sala a designar a realização da repetição da sessão.

1.6. Objetivos gerais da sessão

A presente sessão tem como objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento de conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito da utilização da via subcutânea na pessoa em situação paliativa;

1.7. Objetivos específicos da sessão

Os objetivos específicos vão ao encontro do que se pretende que os profissionais estejam habilitados, no fim da sessão:

- Definir via subcutânea e distinguir as suas formas de administração;
- Identificar as principais indicações para a utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar as contraindicações absolutas e relativas para a utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar as vantagens da utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar as desvantagens da utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar os locais de punção do cateter subcutâneo;
- Reconhecer a importância da escolha do local de punção do cateter subcutâneo, tendo em conta as especificidades de cada pessoa;
- Descrever a técnica de punção subcutânea;
- Distinguir os dispositivos de punção subcutânea, tendo em conta as suas características e durabilidade;
- Descrever o procedimento de punção subcutânea;
- Identificar possíveis complicações à utilização da via de administração subcutânea;
- Identificar os fármacos para uso subcutâneo e compatibilidade entre eles;
- Identificar as soluções toleradas pela pessoa aquando da administração contínua de fluidoterapia.

1.8. Planeamento da sessão

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Duração
Introdução	• Em que consiste a via de administração subcutânea; • Quais as formas de administração subcutânea: ○ Via de administração intermitente; ○ Via de administração contínua;	* Expositiva * Interativa	* Computador * Projetor de imagem * Tela de Projeção	5 min
Desenvolvimento	• Indicações; • Contraindicações: ○ Absolutas; ○ Relativas; • Vantagens; • Desvantagens; • Locais de Punção do Cateter Subcutâneo: ○ Especificidades de cada local anatómico; • Técnica de Punção Subcutânea; • Dispositivos de Punção Subcutânea: ○ Vantagens e desvantagens de cada dispositivo; ○ Durabilidade de cada dispositivo; • Procedimento de Punção Subcutânea; • Complicações; • Fármacos para Uso Subcutâneo; • Compatibilidade de Fármacos por Via de Administração Subcutânea; • Hipodermóclise: ○ Tipos de soluções para perfusão contínua; ○ Débito de perfusão contínua.			25 min
Conclusão	• Partilha de pensamentos e dúvidas.			15 min

1.9. Avaliação da sessão

A avaliação da sessão será realizada no final da sessão em questionário próprio, que se encontra em apêndice I.

Referências Bibliográficas

Azevedo, D. L., & Fortuna, C. M. (2017). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro.

Cardoso, V. M. V. (2017). *Hipodermóclise e a Via Subcutânea no Controlo Sintomático em Contexto Paliativo: Perceção dos Enfermeiros Portugueses* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto: Faculdade de Medicina, Porto.

Constante, M. S., de Souza Rodrigues, F. S., Coutinho, A. O. R., & de Oliveira Peixoto, M. C. (2021). Hipodermóclise: uma nova velha alternativa de administração subcutânea Hypodermoclysis: a new old alternative of subcutaneous administration. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 78048-78057.

El Khoury, J., Hlais, S., Helou, M., Mouhaweij, M. C., Barmo, S., Fadel, P., & Tohme, A. (2022). Evaluation of efficacy and safety of subcutaneous acetaminophen in geriatrics and palliative care (APAPSUBQ). *BMC Palliative Care*, 21(1), 42.

Gomes, N. S., Silva, A. M. B. D., Zago, L. B., Silva, É. C. D. L., & Barichello, E. (2017). Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 1096-1105.

Guedes, N. D. A. B., Melo, L. S. D., Santos, F. B. O., & Barbosa, J. A. G. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Revista Rene*, 20, 1-9.

Pereira, J. M., da Silva, A. C., & Pereira, J. M. (2021). Administração de fluidos por via subcutânea em pacientes oncológicos. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 15(2).

Santos, G. L. A., Aranha, J. D. S., Valadares, G. V., Silva, J. L. L. D., Santos, S. D. S., & Guerra, T. D. R. B. (2020). Qualificação da assistência de enfermagem paliativista no uso da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5).

Apêndices

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão

Questionário de Avaliação da Sessão

O presente questionário de avaliação tem como objetivo obter informações acerca da pertinência desta sessão, bem como a sua importância para a melhoria continua de cuidados. A colaboração de todos é importante, pois permite ao formador alterar aspetos relevantes para sessões futuras.

Muito obrigada pelo tempo dispensado e pela vossa colaboração.

1. A sessão permitiu aprofundar conhecimentos?

☐ Não

☐ Sim, quais? _____

2. Considera que a sessão trouxe contributos para a sua prática profissional?

☐ Não

☐ Sim, quais? _____

3. Como classifica a sessão de uma forma geral?

☐ Insatisfatória

☐ Satisfatória

☐ Boa

☐ Muito Boa

4. Comentários/ Críticas/ Sugestões.

Grata pela atenção!

**Apêndice XX – Identificação do doente oncológico com necessidades paliativas
– protocolo de atuação**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**Identificação do Doente Oncológico com Necessidades
Paliativas – Protocolo de Atuação**

Soraia de Fátima Simão Costa



Professora Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves



**Lisboa
janeiro, 2023**

Logotipo Instituição de Saúde	Serviço de Medicina Hospital A	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO	Página 1 / 7
			Elaboração: janeiro 2023
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO COM NECESSIDADES PALIATIVAS			

1. Campo de Aplicação

O presente protocolo de atuação tem como fulcro a identificação do Doente Oncológico com necessidades paliativas para uma intervenção da equipa em conformidade que potencie o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e família. Destina-se aos doentes internados nos serviços de internamento de medicina do presente hospital. O enfermeiro enquanto profissional, que mais tempo passa com o doente, desempenha um papel fundamental na identificação dos doentes oncológicos com necessidades paliativas, permitindo a prestação de cuidados individualizada, humanizada e de acordo com as reais necessidades do doente/família qualquer que seja o seu estadio da doença.

2. Descrição

2.1. Contextualização teórica

O cancro é definido como um conjunto de doenças, caracterizadas por um crescimento celular descontrolado, infiltrativo, invasor dos tecidos e órgãos adjacentes, podendo mais tarde disseminar para outras regiões do corpo, denominando-se de metastização (Simões, 2016).

Representa a segunda causa de morte no mundo, onde cerca de 10 milhões de pessoas perderam a vida em 2020 (International Agency for Research on Cancer, 2022), e em Portugal com 30168 vidas perdidas devido ao cancro, representando 23% das mortes a nível nacional (PORDATA, 2022).

Estes dados são preocupantes e continuam a aumentar, pois entre os anos de 2018 e 2020, verificaram-se cerca de 10000 novos casos de cancro, na população

portuguesa (Direção Geral da Saúde, DGS, 2022). O padrão nacional, que aqui se verifica, é extensível a várias regiões do país e, como tal, a região do hospital a que se destina este documento não é exceção. Os dados relativos a esta zona demonstram, que um em cada quatro pessoas morre com cancro, representando 22% das mortes nesta região e cerca de 900 mortes por ano, sendo que destas, 74,2% perderam a vida em contexto hospitalar (Observatório Português dos Cuidados Paliativos, 2017).

A taxa de incidência das doenças oncológicas, continua a aumentar ano após ano, como consequência do envelhecimento da população e dos estilos de vida atualmente adotados (DGS, 2022). Estes acontecimentos, cursam, inevitavelmente, com uma maior dependência funcional e cognitiva do doente, bem como uma maior carência de cuidados e recursos médicos, nomeadamente em contexto hospitalar (Martins, 2020).

A filosofia de cuidados curativos, no contexto hospitalar, continua a ser o principal foco das equipas multidisciplinares, onde, a morte é vista, em muitas situações, como uma derrota ou um fracasso para os profissionais de saúde, o prolongamento da vida é proporcionado à custa de mais sofrimento e, a ideia de que “quando já não se cura uma doença, já não há nada a fazer...” está enraizada (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016, p.2).

Todavia, estas ideias são erróneas, pois a adoção de uma filosofia de cuidados humanizada, privilegia a dignidade do doente/família e procura através dos princípios dos cuidados paliativos, proporcionar alívio do sofrimento e promoção do conforto, porque, “quando não se cura um doente (...) ainda há muito a oferecer-lhe para que tenha dignidade, conforto e qualidade de vida” (Abejas & Duarte, 2021, p.5).

Cuidar de acordo com a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP) e com enfoque nos seus quatro pilares é encarar a morte como um processo normal, inevitável e não precipitado, em que todas as medidas adotadas proporcionam o alívio do sofrimento, mas nunca provocam intencionalmente a morte daquele que o experimenta, ou prolonga o seu sofrimento, ou seja não acelera nem atrasa a morte, pelo contrário, proporciona ao doente/família, conforto e qualidade de vida até que esse momento chegue (Neto, 2020).

É nesta ordem de ideias, que devem ser reunidos esforços, para alterar o paradigma, ainda enraizado, pois com a elevada prevalência de doentes com necessidades de CP, internados em hospitais de agudos, nomeadamente em enfermarias de Medicina Interna (Martins, 2020), a identificação precoce dos doentes oncológicos com

necessidades paliativas é premente. Esta deve ocorrer, não só na fase terminal da doença, mas, em qualquer fase da doença de base, desde o momento do seu diagnóstico, onde os cuidados curativos devem ser prestados em complementaridade com os CP numa abordagem baseada no modelo cooperativo (Capelas et al., 2018).

Por conseguinte, não só o enfermeiro perito, integrado numa equipa multidisciplinar de CP especializada, assume um papel preponderante na prestação de cuidados diferenciados, como também em qualquer contexto, os profissionais de saúde assumem o dever de adotar uma abordagem paliativa¹, quando cuidam de pessoas com doenças incuráveis e/ou graves com prognóstico limitado.

Em suma, a identificação precoce destes doentes permite a adoção de uma abordagem humanizada e individualizada, adequando os cuidados ao estadió da doença e centrado nas reais necessidades do doente/família, alcançando um cuidado holístico e diferenciado, com vista a promover o alívio da dor e o seu conforto (Neves, 2021).

2.2. Objetivos

Os objetivos deste protocolo de atuação são:

1. Expor os instrumentos a utilizar na identificação dos doentes oncológicos com necessidades paliativas;
2. Capacitar os enfermeiros para a identificação precoce dos doentes oncológicos com necessidades paliativas.

2.3. Procedimento

A identificação precoce dos doentes com necessidades paliativas é fulcral, para que em tempo útil estes possam usufruir da efetividade da intervenção dos CP. Neste sentido, existem atualmente, um conjunto de instrumentos que ajudam a identificar a

¹ **Abordagem Paliativa** – “Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação, entre outros), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde (...) capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.” (Comissão Nacional Cuidados Paliativos, 2017, p.9).

população com necessidades paliativas e prestam suporte ao julgamento clínico, facilitando a introdução precoce e oportuna dos CP, promovendo o conforto e as preferências do doente/família (Neves, 2021).

A Questão Surpresa, “Ficaria surpreendido se este doente morresse durante o próximo ano?” é um instrumento de prognóstico precoce, utilizada como uma estratégia simples e fiável para a identificação dos doentes com necessidades paliativas (Capelas et al., 2018). Por forma a responder à Questão Surpresa, coerentemente, é essencial que o profissional de saúde, em função do diagnóstico do doente, reconheça as diferentes trajetórias expectáveis da doença até à morte, e a sua respetiva evolução (Janssen, Johnson & Spruit, 2018).

Dito isto, é perceptível a complexidade que a aplicação deste instrumento acarreta, pelo que não deve ser utilizado de forma isolada, mas, sim em concomitância com outra ferramenta, que permita aprofundar a identificação e avaliação das necessidades de cuidados paliativos.

Perante o exposto anteriormente, é essencial responder à Questão Surpresa, mas, também, recorrer a uma segunda ferramenta, igualmente validada para a população portuguesa e, que permita identificar a necessidade de cuidados paliativos dos doentes de quem se cuida, como é o caso da *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT – PT™).

A SPICT – PT™, contrariamente à Questão Surpresa, não é uma ferramenta de prognóstico. É uma ferramenta, igualmente, simples e intuitiva, cujo seu objetivo prende-se com o reconhecimento de um conjunto de indicadores clínicos de doença avançada e/ou grave, que permita identificar os doentes que beneficiam de suporte em cuidados paliativos (Neves, 2021) e, conseqüentemente, que requerem de uma avaliação holística e um planeamento de cuidados futuros individualizados, por parte da equipa multidisciplinar (The University of Edinburgh, n.d.).

Neste sentido, a SPICT – PT™ encontra-se dividida em três campos de atuação. Um campo inicial onde se procura por indicadores gerais de deterioração da saúde, sempre que o doente, apresente um ou mais desses indicadores, avançamos para o segundo campo. No segundo campo, procuramos por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida, entre as quais: cancro; doença cardiovascular; doença renal; demência/fragilidade; doença respiratória; doença hepática; doença neurológica; outras

situações. O último campo destina-se à avaliação dos cuidados atuais e ao planeamento dos cuidados futuros (The University of Edinburgh, 2019).

Por conseguinte, pretende-se que a Questão Surpresa e a SPICT – PT™ sejam aplicadas a todos os doentes oncológicos, que se encontrem internados nos serviços de medicina, no momento da admissão ou no máximo até as 48h de internamento.

Após a identificação dos doentes oncológicos, que carecem de cuidados paliativos, dever-se-á realizar uma avaliação holística das necessidades do doente e adequar o seu plano de cuidados, adotando uma abordagem paliativa. Nas situações de maior complexidade, cujos sintomas ou necessidades dos doentes necessitam de cuidados mais diferenciados, deve proceder-se à sua referenciação para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

3. Referências Bibliográficas

Abejas, A., G. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Capelas, M. L., Sapeta, P., Mamede, A., Jorge, M., Oliveira, M., Pereira, C., Simões, N., Passos, V., Macedo, A. P., Mendes, C. M., Macedo, E., Macedo, J. C., Gomes, M. F., Mendes, M., Encarnação, P. C., Batista, S., Vilaça, S. P., & Coelho, S. P. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano Estratégico Para O Desenvolvimento Dos Cuidados Paliativos. Biénio 2017-2018*. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf

Direção Geral da Saúde. (2022). *Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro 2021 a 2030*. In Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>

International Agency for Research on Cancer. (2022). *Global Cancer Observatory*. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/>.

Janssen, D., Johnson, M., & Spruit, M. (2018). Palliative care needs assessment in chronic heart failure. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 25-31. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000317>.

Martins, O. (2020). Identificação de doentes internados num serviço de medicina interna com necessidade de cuidados paliativos. *Medicina Interna*, 27(2), 131-138. <https://doi.org/10.24950/O/265/19/2/2020>.

Neto, I., G. (2020). *Cuidados Paliativos – Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Neves, J. C. O. (2021). *Cuidados Paliativos: identificação de necessidades em doentes internados em hospital de agudos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.

Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2017). Observatório Português de Cuidados Paliativos. <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320#>

PORDATA. (2022). *Óbitos por alguma causas de morte (%)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235710](https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235710)

Simões, M. S. (2016). *O cancro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

The University of Edinburgh. (n.d.). *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)*. <https://www.spict.org.uk>

The University of Edinburgh. (2019, maio). *SPICT – PT™ Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte*. <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>

Anexos

- Ferramenta de identificação *SPICT – PT™*

Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

Anexos

Anexo I – Conceito de Dor, IASP 1979 vs 2020

Four Decades Later: Revision of the IASP Definition of Pain and Notes

The currently accepted definition of pain was originally adopted in 1979 by the International Association for the Study of Pain (IASP)

1979 Definition of Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage

2020 Revised Definition of Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage

In 2018, IASP constituted a 14-member multi-national task force with expertise in clinical and basic science related to pain, which sought input from multiple stakeholders to determine:

“Does the progress in our knowledge of pain over the years warrant a re-evaluation of the definition?”



Expert consultants



IASP council



The public

2020 Revised Definition of Pain Notes



Pain is always a personal experience that is influenced to varying degrees by biological, psychological, and social factors



Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from activity in sensory neurons



Through their life experiences, individuals learn the concept of pain



A person's report of an experience as pain should be respected



Although pain usually serves an adaptive role, it may have adverse effects on function and social and psychological well-being



Verbal description is only one of several behaviors to express pain; inability to communicate does not negate the possibility that a human or a nonhuman animal experiences pain

The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises

Raja et al. (2020) | Pain

DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939

PAIN

Fonte: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, acessado em <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>

