



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico
e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de
Enfermagem no Perioperatório**

Fernanda Maria Diogo Henriques Arsénio

**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico
e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de
Enfermagem no Perioperatório**

Fernanda Maria Diogo Henriques Arsénio

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Dedico o presente trabalho ao meu melhor amigo e grande amor, ao meu pai,

José Augusto Henriques,

que me deu todo o apoio e motivação para prosseguir com a minha formação e concluir a especialidade e mestrado. Infelizmente não teve a oportunidade de ver o fim deste meu percurso porque partiu de forma súbita e inesperada.

Há uma frase que ecoa no vazio:

“Vai estudar filha, a mãe e o pai estaremos cá para te ajudar no que precisares.”

(José Henriques, 2019)

Não estás cá pai, mas sinto-te sempre presente!

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso académico muitas foram as pessoas que me acompanharam e apoiaram no meu crescimento como pessoa e como profissional, incentivando-me a concretizar este projeto.

Expresso o meu profundo e sincero agradecimento à Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves por acreditar no meu trabalho, pela sua orientação e apoio, pelo seu conhecimento, rigor e disponibilidade, sem os quais este projeto de grande exigência não seria possível.

À enfermeira Cristina Ritto, à Enfermeira Vera Lacerda e restante equipa da Clínica da dor por acreditarem em mim, no meu projeto e pela total disponibilidade que sempre demonstraram. Uma excelente equipa que me acolheu de tal forma, que senti esta equipa como minha, senti-me em casa. Bem hajam todos!

À Enfermeira Madalena Mela pela sua disponibilidade, orientação e colaboração e à Enfermeira Filomena Piza pelo seu apoio incondicional, pelo seu profissionalismo e pelo excelente ser humano que é, um agradecimento especial.

Às minhas amigas, colegas e companheiras Elisabete Ramos e Fernanda Peredo com quem partilhei esta longa caminhada, com as quais desabafei e desesperei, ri e conversei com muita cumplicidade e interajuda. Grata pela vossa amizade que ficará para sempre.

Às amigas de uma vida a quem em algum momento mais difícil, durante este percurso eu não estive presente, mas a amizade perdurou e estou-vos muito grata, Idalina Madeira, Isabel Duarte, Rosa Tavares, Teresa Filipe e Valéria Dias.

Ao meu marido, à minha mãe e ao meu pai, onde quer que ele esteja, grata de coração, senti-vos sempre presentes em todos os momentos bons e menos bons.

Aos meus filhos Diogo, Duarte e Miguel agradeço por compreenderem as minhas ausências, apesar da saudade ter sido uma constante. Como dizia o meu filho mais pequenino, o Miguel:” Mãe tenho tantas saudades tuas!!”

Ao meu pai agradeço eternamente todo o amor que me deu, foi a estrelinha que me guiou na concretização deste projeto e que me deu forças nos momentos mais adversos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

APED - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor

CIPE -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMAF - Estimulação Muscular De Alta Frequência

EONS - European Oncology Nursing Society

EORNA- European Operating Room Nurses Association

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

IARC- International Agency for Research on Cancer

IASP- International Association for the Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONDR- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TENS - Transcutaneous Electric Nerve Stimulation

VPO – Visita pré-operatória

WHO – World Health Organization

RESUMO

As doenças oncológicas são das doenças que mais afetam os portugueses e com um aumento muito significativo, sendo já a segunda causa de morte. A cirurgia surge como um dos tratamentos frequentes no contexto da doença oncológica e provoca dor à pessoa. A dor é um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser observada segundo um modelo biopsicossocial e através de uma abordagem centrada na pessoa. Na atividade cirúrgica, a visita pré-operatória é um momento importante para responder às necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, a cirurgia e suas complicações, o autocuidado e formas de adaptação no período pós-operatório, o que inclui a avaliação e a gestão da dor.

Numa análise reflexiva sobre a prática de cuidados em Bloco Operatório verificou-se a ausência de um ensino estruturado e uniformizado sobre a avaliação e a gestão da dor no pós-operatório ao doente oncológico cirúrgico e família, resultando numa insuficiente informação/ensino fornecido. Assim, fez sentido empreender um projeto, sustentado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, intitulado “Promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor: intervenção de enfermagem no perioperatório”. Este projeto visa o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico Cirúrgica e de Mestre e a promoção da melhoria de cuidados, sustentado numa prática de enfermagem avançada, de forma a promover o autocuidado e uma maior satisfação tanto do doente oncológico cirúrgico e família como da equipa de enfermagem. Assim, realizou-se um estágio em três contextos distintos: Unidade de Dor, Centro Multidisciplinar de Dor, Bloco Operatório. Este projeto tem como propósito apresentar uma análise crítica e com base na evidência científica das atividades desenvolvidas em cada um dos locais de estágio, das aprendizagens adquiridas e resultados obtidos. Foi efetuada uma revisão scoping, observação da prática, construção de documentos de apoio à prática, prestação de cuidados, reflexão sobre a prática, formação aos enfermeiros e apresentação de resultados do percurso em eventos científicos.

Palavras-chave:

Doente oncológico cirúrgico; Família; Dor; Intervenção de enfermagem; Ensino; Perioperatório.

ABSTRACT

Oncological diseases are one of the diseases that most affect the Portuguese and with a very significant increase, being the second leading cause of death. Surgery appears as one of the frequent treatments in the context of cancer disease and causes pain to the person. Pain is a complex phenomenon that involves emotions and other components associated with it, and should be observed according to a biopsychosocial model and through a person-centered approach. In surgical activity, the preoperative visit is an important time to respond to specific needs related to the course of the disease, surgery and its complications, self-care and ways of adapting in the postoperative period, which include evaluation and pain management.

In a reflective analysis on the practice of care in the Operating Room, it was found that there was a lack of structured and standardized teaching on the assessment and management of pain in the postoperative period to surgical cancer patients and their families, resulting in insufficient information/education provided. Thus, it made sense to undertake a project, based on Dorothea Orem's theory of self-care, entitled "Promotion of self-care for surgical cancer patients and their families in pain assessment and management: perioperative nursing intervention". This project aims to develop the skills of specialist nurses in Medical-Surgical and Masters nursing and to promote the improvement of care, supported by an advanced nursing practice, in order to promote self-care and greater satisfaction for both surgical cancer patients and their families. of the nursing team. Thus, an internship was carried out in three distinct contexts: Pain Unit, Multidisciplinary Pain Center, Operating Room. This project aims to present a critical analysis, based on scientific evidence, of the activities developed in each of the internship locations, the learning acquired and the results obtained. A scoping review, observation of practice, construction of documents to support practice, provision of care, reflection on practice, training of nurses and presentation of results of the course at scientific events was carried out.

Key words:

Surgical cancer patient; Family; Ache; Nursing intervention; Teaching; Perioperat

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. O doente oncológico e o período perioperatório	7
1.2. Dor no doente oncológico cirúrgico e família - Intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado.....	10
1.3. A Teoria do autocuidado de Dorothea Orem – Filosofia de cuidados	16
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	19
2.1. Clínica de Dor do hospital A	20
2.2. Centro Multidisciplinar de Dor do hospital B.....	32
2.3. Bloco Operatório do Hospital C.....	45
3. AVALIAÇÃO	58
4. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES	73
APÊNDICE I. Revisão Scoping.....	75
APÊNDICE II. Caracterização da Clínica da Dor do Hospital A.....	118
APÊNDICE III. Documento sobre as intervenções de enfermagem do Hospital A	123
APÊNDICE IV. Estudo de Caso do hospital A	130
APÊNDICE V. 1ª Reflexão Crítica de Aprendizagem.....	140
APÊNDICE VI. Caracterização do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B ..	147
APÊNDICE VII. Tabela com as técnicas não farmacológicas no alívio da dor	150
APÊNDICE VIII. Folheto informativo sobre a aplicação de calor seco/húmido	156
APÊNDICE IX. 2ª Reflexão Crítica de Aprendizagem.....	159
APÊNDICE X. Resumo do Poster a apresentar nas 1ª Jornadas de Enfermagem Avançada ESEL	165

APÊNDICE XI. Reflexão Crítica da Participação nas 27ª Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B.....	170
APÊNDICE XII. Plano de sessão formativa da apresentação do Projeto “Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de Enfermagem no Perioperatório”	174
APÊNDICE XIII. Checklist - Intervenção de Enfermagem na Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor	176
APÊNDICE XIV. Guia Orientador para os Enfermeiros sobre a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado na avaliação e gestão da dor ao doente oncológico cirúrgico e família.....	178
APÊNDICE XV. Folheto sobre Gestão da Dor.....	186
APÊNDICE XVI. Fluxograma	189

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do 10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e versa sobre a Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de Enfermagem no Perioperatório.

As doenças oncológicas são uma causa de morbilidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde, o cancro é a segunda causa de morte em Portugal e a que mais subiu nos últimos anos (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015).

A pessoa com doença oncológica é frequentemente sujeita a cirurgia ao longo do seu percurso de doença sendo a dor decorrente da cirurgia uma realidade que os profissionais devem prevenir e resolver. Os autores Fatma & Serife (2017) salientam que 97,1% dos doentes experienciaram uma dor moderada a intensa no período pós-operatório. A dor ainda permanece um problema entre os doentes cirúrgicos e é necessária uma gestão eficaz da dor e educação em saúde para gerir a dor após a cirurgia (Subramanian, Ramasamy, Ng, Chinna & Rosli 2016). A gestão eficaz da dor pós-operatória é assim, uma das maiores responsabilidades do enfermeiro (Bruckenthal & Simpson, 2016) e de acordo com Waller et al. (2015) a educação pré-operatória pode melhorar a satisfação, o conhecimento e reduzir a ansiedade.

O ensino ao doente sobre a gestão da dor é desejável porque, de acordo com Andersson, Otterstrom-Rydberg & Karlsson (2015) os doentes afirmam que as informações recebidas são importantes ferramentas para os próprios se responsabilizarem pela sua dor, promovendo o autocuidado no pós-operatório e melhorar a gestão da dor.

Da minha reflexão sobre a prática no serviço onde desempenho funções - no Bloco operatório - observo no momento da visita pré-operatória e no acolhimento a falta de informação dos doentes sobre a gestão da dor no pós-operatório, manifestada com ansiedade, incerteza e medo da presença de dor após a cirurgia. Para realizar o diagnóstico da situação, conversei com a equipa de enfermagem sobre a problemática da falta de informação dos doentes relativa à avaliação e gestão da dor e da ausência de um ensino estruturado e uniformizado de forma a garantir e a promover o

autocuidado do doente. A equipa confirmou a existência deste problema, mencionando também o défice de formação na área. Outro dos aspetos que também constato é a subavaliação da dor em Bloco Operatório. Como elemento integrante do projeto institucional: "Hospital Sem Dor", e como elo de ligação tenho a oportunidade de realizar auditorias e verificar que é efetuada a avaliação da dor, mas de forma incompleta, avaliada quanto à intensidade, mas não a caracterização completa (tipo de dor, qualidade e duração, fatores desencadeantes/atenuantes), existindo baixa adesão no registo das intervenções de enfermagem (farmacológicas e não farmacológicas) e respetiva reavaliação.

No contexto operatório há cirurgias programadas em regime de internamento, com a admissão do doente na véspera da cirurgia, sendo possível realizar a visita pré-operatória, período ideal para a realização do ensino ao doente e família. E existem outras cirurgias em regime de ambulatório, em que o doente só entra no serviço no próprio dia, assim, o ensino só é possível no acolhimento do doente no bloco. O serviço nacional de saúde (SNS) aposta nas cirurgias programadas e de ambulatório (intervenções que permitem ao doente ter alta até 24 horas depois da cirurgia, não exigindo internamento), pois contribuem para uma maior eficiência uma vez que os custos para o SNS são menores, mas sobretudo, há menor probabilidade de ocorrência de infeções e maior comodidade e conforto para os doentes, podendo recuperar no seu meio ambiente e com o apoio dos familiares (Ministério da Saúde, 2018). Assim, nestas cirurgias em regime de ambulatório há que otimizar o tempo, uma vez que não há oportunidade para realizar visita pré-operatória ao doente.

No acolhimento do doente no bloco operatório, há um período curto antes da indução anestésica que permite ao enfermeiro apresentar-se ao doente, explicar os procedimentos perioperatórios, esclarecer dúvidas existentes e reforçar os ensinamentos, nomeadamente, sobre a dor expectável, medidas de atuação e tratamento no decorrer da cirurgia.

É de extrema importância envolver a família no cuidado ao doente oncológico cirúrgico, pois, na grande maioria das vezes os familiares são os cuidadores principais no período pós-alta, no domicílio. A Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), (2015) referencia que o impacto da dor oncológica não afeta apenas o doente, mas também os familiares que os assistem e cuidam. Os familiares dos doentes oncológicos vivenciam inúmeros problemas emocionais e sociais e têm encargos substanciais relacionados com as responsabilidades no cuidar o seu familiar

doente (AEOP, 2015). Segundo os pesquisadores Waller et al. (2015) é necessário mais estudos que incluam o cuidador, tendo em conta o seu importante papel de ajuda ao doente a se prepararem e a se recuperarem da cirurgia. Corroborado esta necessidade com os autores e considerado assim pertinente o envolvimento dos familiares na visita pré-operatória, coincidindo com o horário das visitas, com o objetivo de partilhar a informação sobre os procedimentos perioperatórios, os ensinamentos e no esclarecimento de dúvidas, de forma a promover o autocuidado e a otimizar a recuperação.

Surge assim a questão de partida deste projeto: Qual a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório?

De forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a European Oncology Nursing Society (EONS) e de Mestre segundo o decreto-lei nº 157/ 2018 de agosto de 2018, e a promover a melhoria de cuidados ao doente oncológico cirúrgico com dor e à família, utilizou-se a metodologia de projeto, tendo-se realizado estágio em hospitais distintos: Clínica de Dor do hospital A; Centro Multidisciplinar de Dor do hospital B; e Bloco Operatório do hospital C.

A estratégia para o desenvolvimento do projeto orientou-se através da pesquisa bibliográfica, da revisão *scoping*, da observação da prática, da prestação de cuidados nos campos de estágio, da construção de documentos de apoio à prática, da formação realizada como formadora, do estudo de caso e da reflexão sobre os contributos da prática vivida.

Ancorei o percurso no referencial teórico de Dorothea Orem, porque pretendo promover o autocuidado no doente oncológico cirúrgico e família.

Neste relatório foram definidos os seguintes objetivos: desenvolver a capacidade de reflexão e pensamento crítico sobre a prática de cuidados nos campos de estágio articulado com a evidência científica; descrever e compreender os contributos das aprendizagens adquiridas no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e ainda analisar a responsabilidade do enfermeiro na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico na avaliação e gestão da dor.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco partes. Numa primeira parte a introdução com a ideia central, a escolha do tema, a finalidade, e os objetivos, uma segunda parte descritiva do enquadramento teórico resultante da pesquisa bibliográfica. De seguida, o enquadramento metodológico utilizado no projeto e nas atividades realizadas em cada estágio com uma análise crítica baseada na evidência científica e na filosofia de cuidados. Numa outra parte é feita a avaliação do trabalho desenvolvido com os contributos do projeto e por fim a conclusão onde constam os resultados e perspectivas futuras de desenvolvimento nesta temática para a melhoria da qualidade de cuidados.

Foi utilizada a norma de referenciação da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo divide-se em 3 subcapítulos. No primeiro desenvolverei sobre o doente oncológico e o período perioperatório. No segundo sobre a dor no doente oncológico e família e a intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado. No terceiro a teoria do autocuidado de Dorothea Orem-filosofia de cuidados.

1.1. O doente oncológico e o período perioperatório

O cancro é uma doença crónica e de evolução gradual e causa enorme apreensão e perturbação na vida da pessoa, com o medo da perda da independência e a falta de controlo sobre a dor humana (Frossard & de Castro Miller 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), o cancro remete para um crescimento anormal e descontrolado, há uma disseminação celular que pode afetar qualquer parte do corpo e invadir tecidos adjacentes ou metastizar para locais mais distantes.

Ao longo dos últimos anos em Portugal e no resto da Europa temos assistido a um aumento da incidência do Cancro. No nosso país as doenças oncológicas são a segunda causa de morte e a que mais subiu nos últimos anos, resultante do envelhecimento e das alterações nos estilos de vida. Assim, para minorar a incidência desta doença torna-se necessário cada vez mais o envolvimento da população nas decisões e promover a sua literacia (DGS, 2017). É assim, necessária uma maior informação, mais atualizada e mais pormenorizada à população portuguesa, aumentando os níveis de literacia em saúde.

O doente oncológico no percurso da doença depara-se, muitas vezes, com a necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico que se traduz tanto no acesso ao diagnóstico como ao início do tratamento (DGS,2017). A cirurgia é um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes inesperadamente imposta, provocando alterações significativas na vida de cada um, nos padrões fundamentais da vida quer ao nível individual quer ao nível familiar produzindo mudanças de papéis, nas identidades, nas relações, nas capacidades e nos comportamentos, com implicações no bem-estar e na saúde (Santos, Martins & Oliveira, 2014). De acordo

com o mesmo autor os doentes com doença oncológica apresentam uma forte tendência à depressão e ansiedade comparados com doentes com doença benigna, quando analisadas as manifestações de ansiedade, de depressão e de stresse em doentes oncológicos nas condições pré e pós-operatória (Santos, Martins & Oliveira, 2014). Dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, os dados sugerem que entre 60 e 90% experimentam ansiedade durante o período perioperatório (Waller et.al., 2015).

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006) reforça que a visão do doente relativa ao Bloco Operatório pode ser de um local de esperança, onde se vai recuperar a saúde, ou contrariamente, pode ser um meio enigmático, fechado, frio, com equipamentos sofisticados, local onde se exerce o poder sobre a vida e sobre a morte, e em que a dor e o sofrimento muitas vezes estão presentes. Os autores Santos, Martins & Oliveira (2014) destacam que o pré-operatório é um período que envolve uma sobrecarga emocional significativa quer para o doente, quer para os familiares, tornando-se assim fundamental que a preparação psicológica tenha início com o contato entre o enfermeiro/doente antes da intervenção cirúrgica.

O enfermeiro no bloco tem um papel de relevo, na medida em que cuida do doente percecionando-o como um todo, garantindo a qualidade e continuidade de cuidados junto do doente/família e equipa de saúde (AESOP, 2006).

Neste contexto, a avaliação pré-operatória é imprescindível e deve ser contínua ao longo de todo o período perioperatório.

O perioperatório, de acordo, com a European Operating Room Nurses Association (EORNA, 1997) é um período que inclui três fases da assistência cirúrgica do doente e família no pré, intra e pós-operatório, incluindo a educação do doente e família, aconselhamento, levantamento de dados e avaliação. No pré-operatório é importante informar o doente e a família e esclarecer os seus medos. O autor Kruzik (2009) após suas pesquisas destaca que os enfermeiros perioperatórios devem ter consciência que a educação pré-operatória sobre o processo cirúrgico deve ser individualizada, adaptada para ajudar os doentes a alcançar os melhores resultados, especialmente se o ensino for dado antes do dia da cirurgia. Neste contexto, surge a visita pré-operatória, que de acordo, com a AESOP (2006) conceptualiza-a como uma atividade de enfermagem, que é benéfica para o doente e também para a família,

sendo este o momento ideal para se estabelecer uma relação, com a finalidade de conhecer o doente, saber quais são as suas expectativas, as suas necessidades e quais as dúvidas existentes. Além da forte componente educativa subjacente a visita pré-operatória é essencial para estreitar a relação com o doente e família (AESOP, 2006). A visita pode ser considerada como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde dos nossos hospitais (Lourenço, 2004). O enfermeiro é a pedra basilar dessa humanização, uma vez que é o elemento de contacto mais íntimo e contínuo com o doente. Na perspetiva do enfermeiro perioperatório o momento da visita pré-operatória coincide com o início do acolhimento do doente na sala de operações, o acolher como um processo dinâmico, promovendo o início de uma relação de ajuda (AESOP, 2006). A abordagem centrada na pessoa exige que os profissionais de saúde sejam especializados em ouvir as narrativas dos doentes e adquiram conhecimento sobre como as experiências de sintomas podem ser expressas e interpretadas individualmente (Brink & Skott, 2013). De acordo, com a AESOP (2006), é através da escuta ativa que o enfermeiro toma conhecimento das dúvidas, das expectativas do doente e família, das suas preocupações relacionadas com a doença, com a cirurgia e outras. Cabe, assim, ao enfermeiro perioperatório estar atento a toda a comunicação verbal e não verbal, observar a possibilidade de sofrimento e manifestações de ansiedade através da postura, do contacto visual, do tom de voz e da distância adotada.

A pessoa ao deparar-se com o diagnóstico de cancro vivencia um percurso complexo, muitas vezes com sentimentos fraturantes de angústia, falta de esperança, fragilidade e sensação de finitude. O cancro é visto como um estigma e sinónimo de morte. A sensação de finitude experienciada, provoca sofrimento para a pessoa e família (Machado, Ouro, & Santana, 2015). Segundo estes autores, a complexidade do diagnóstico exige uma intervenção por parte do enfermeiro no acolhimento ao doente oncológico, no sentido de promover a adesão ao tratamento, a uma melhoria da qualidade de vida, potenciar a dignidade da pessoa e estimular a reinserção na vida social, familiar e no desenvolvimento da rotina diária. Ou seja, o acolhimento e a abordagem ao doente oncológico como facilitadores do confronto e aceitação da doença e simultaneamente promotores de esperança que ajudam o doente a lutar contra a doença. Estas intervenções de enfermagem no período perioperatório promovem a humanização dos cuidados através do apoio emocional, da transmissão de informação sobre a doença oncológica e respetivos resultados que advêm do ato

cirúrgico, nomeadamente, o tratamento da doença, a possibilidade de existência de dor no pós-operatório facultando ao mesmo tempo um vasto leque de medidas para gerir a dor e promover o seu autocuidado. Uma das atividades prementes a serem desenvolvidas pelo enfermeiro perioperatório, segundo a AESOP (2006), é a de educador, o responsável pela educação do doente e família, mas também a dos seus pares e da comunidade, de forma a estabelecer a diferença entre o enfermeiro de bloco operatório, muito vezes apelidado de técnico, e o enfermeiro “*orientado para o doente*”, para uma abordagem holística do indivíduo enquanto pessoa e envolvido em todos os aspetos do cuidar. Um dos aspetos importantes a abordar com a pessoa é o controle da dor, o qual abordaremos de seguida.

1.2. Dor no doente oncológico cirúrgico e família - Intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado

A cirurgia provoca dor à pessoa. A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1979, p.250) como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões*”. De acordo, com a Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (APED, 2018) esta definição significa que a dor não é só uma sensação, mas sim, algo complexo que envolve emoções e outras dimensões que lhe estão associadas, devendo ser observada segundo um modelo biopsicossocial.

No doente oncológico a dor é um elemento central, ela surge segundo a (DGS, 2008), devido à evolução da doença, ou relacionada com a iatrogenia das intervenções terapêuticas como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. De acordo com Folhas et al. (2007), a dor é dos sintomas mais comuns e penosos da doença, tornando-se por isso num fenómeno complexo, cuja vivência afeta a vida humana no mundo inteiro. Corroborando o mencionado anteriormente e de acordo com o Observdor (2010) estudos epidemiológicos indicam que, em Portugal, mais de 70% dos doentes cirúrgicos relataram sentir dor aguda pós-operatória. Apesar dos avanços nos conhecimentos relativos à fisiopatologia da dor e do desenvolvimento nos métodos tecnológicos para o tratamento da dor pós-operatória, a evidência científica sugere que muitos doentes continuam a sofrer de dor de intensidade inaceitável após a cirurgia (APED, 2010).

A dor sentida pelos doentes oncológicos pode ser crónica, causada diretamente pela invasão do tumor ou pelo próprio tratamento do cancro, ou dor aguda, como a que se sente a seguir a uma cirurgia (Otto,2000). O conceito de Dor Aguda, de acordo com Ritto & Rocha (2012) é desencadeada por uma lesão, e/ou reação inflamatória, tem função de alerta e defesa, de duração limitada, com uma relação causa-efeito. De acordo, com a DGS (2003) a dor crónica, existe de forma contínua ou recorrente, mantida há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem.

O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito para todo o Ser humano e, portanto, para além de uma questão clínica, é uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde (Araújo & Romero, 2015).

A circular normativa nº9/14 de junho de 2003 da DGS reforça que *“O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde”* (DGS, 2003, p.1).

Ao nível das políticas de saúde, ao longo destes anos, é dada visibilidade à problemática da dor, tendo sido desenvolvidas estratégias nacionais nas quais a abordagem e a gestão da dor são prioritárias. É implementado o Dia Nacional Contra a Dor em 1999, país pioneiro na criação deste dia. Em 2001 é aprovado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, no qual é reconhecido pela DGS a importância do controlo da dor, e é criado um grupo de trabalho em colaboração com a APED. A DGS emitiu uma Circular Normativa em 14 de junho de 2003 (nº09/DGS) que equipara a dor a 5º sinal vital, num esforço de valorização da dor, com os objetivos de tornar o registo da intensidade da dor obrigatório e sistemático, e de definir as escalas internacionalmente validadas a serem utilizadas para a mensuração da intensidade da dor com a inclusão na folha de registo dos sinais vitais (DGS,2003). Em 2008 aprovado o “Programa Nacional de Controlo da Dor” em substituição do “Plano Nacional de Luta Contra a Dor”. Surge em 2010 a Criação do Centro Nacional de Observação em Dor (Observdor) com o objetivo de analisar a informação sobre prevalência, prevenção, diagnóstico e tratamento da dor, proveniente de fontes nacionais e internacionais e produzir relatórios periódicos sobre a sua evolução em Portugal, avaliar o impacto socioeconómico da dor, entre outros (Observdor, 2010). A DGS emitiu a norma 003/2012, com o objetivo de uniformizar a organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda e em 2013 é aprovado o Plano Estratégico

Nacional de Prevenção e Controlo da Dor para substituir o anterior Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2013). Em conclusão, a dor é percebida como um importante problema de saúde. Com estas estratégias é estabelecida a Dor como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde e um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor, vai ao encontro do domínio da *Função de Educação e de Orientação* (Benner, 2001). A educação do doente sobre a ansiedade pré-operatória, da probabilidade de uma recuperação pós-cirúrgica sem dor, instruções sobre a gestão da analgesia durante a recuperação e a educação sobre a gestão da dor pós-alta é especialmente importante para melhorar a satisfação do doente (Bruckenthal & Simpson, 2016). O enfermeiro deve ter a capacidade de conhecer o doente e saber se o momento é adequado para aplicar o ensino, se há condições para o doente aprender e principalmente se o doente está interessado, para além de perceber de que forma o doente compreende e interpreta a sua doença, de modo a adequar a informação a ser transmitida (Benner, 2001).

Promover a educação pré-operatória, incluindo a informação sobre as limitações pós-operatórias é uma forma de capacitação do doente (Schmidt et.al., 2015). A maioria dos doentes, cerca de 94,2%, querem informações detalhadas no período pré-operatório sobre dor pós-operatória e obterem informações sobre a gestão da dor no domicílio, após receberem alta (Mavridou, Manataki, Arnaoutoglou & Damigos, 2017). Assim, os enfermeiros devem informar o doente sobre o que é expectável relativamente à dor após um ato cirúrgico, corrigir os mitos e ideias erradas e fornecer explicações quando se produzem mudanças físicas sobre como gerir a dor, com recurso à avaliação e às medidas existentes de alívio da dor (Benner, 2001).

Um estudo desenvolvido por O'Donnell (2018) conclui que um grupo de doentes que receberam intervenção de educação pré-operatória relataram dor menos intensa durante as primeiras 24 horas do pós-operatório, experimentaram menos dor e menos efeitos colaterais dos analgésicos, voltaram às atividades normais mais cedo e usaram mais métodos não farmacológicos no controle da dor no pós-operatório, comparativamente aos doentes de um grupo que não receberam educação.

Compete ao enfermeiro especialista em oncologia identificar e utilizar informação apropriada, com intervenções ao nível de cuidados educacionais e de suporte, alinhados com as necessidades do doente oncológico e família, ou seja,

fornecer informações no sentido de promover e apoiar o autocuidado (EONS, 2018). Importa, ainda, alertar o doente para a necessidade de reportar a dor e incentivar a sua participação ativa.

É importante que todos os doentes submetidos a uma cirurgia recebam tratamento adequado da dor. Os enfermeiros devem assumir essa responsabilidade e a sua eficácia e excelência dependem de uma correta avaliação da dor através de instrumentos validados internacionalmente para a sua medição, recorrendo às escalas de dor (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, o registo sistemático da intensidade da dor e a utilização de escalas, como a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces para a mensuração da intensidade da dor (DGS, 2003). Este processo de boa prática deve ser complementado com uma anamnese detalhada que deve incluir: a localização, a intensidade, a qualidade, a temporalidade, os fatores de exacerbação e alívio, o significado da dor para o doente, o sofrimento envolvido, a medicação e os seus efeitos, e ainda fatores culturais e espirituais (Cardoso, 2014), determinantes para explicar a dor vivenciada e diminuir a subjetividade da dor. A OE (2015) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa decreta uma competência em Diário da República, 2.^a série - N.º 78 - 22 de abril de 2015, na qual cabe ao enfermeiro *“avaliar e identificar sintomas descontrolados na pessoa, com o objetivo de maximizar a sua qualidade de vida e a de diminuir o seu sofrimento, utilizando para isso as escalas, assim como o conhecimento científico”*.

A educação para a saúde reveste-se de particular interesse enquanto promotora do autocuidado, do bem-estar e de ganhos em saúde para a pessoa, familiares e para a comunidade. Phaneuf (2001) refere que um problema de saúde pode também ser uma ocasião para aprender.

Ao longo deste relatório utiliza-se o termo **educar**, definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como ensinar, transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém; **ensinar** definido como informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde e **informar** como uma ação, comunicar alguma coisa a alguém (CIPE, 2018).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE (2019), é salientada a importância da intervenção do enfermeiro como agente de

Educação para a saúde, referindo que na procura permanente da excelência do exercício profissional o enfermeiro ajuda os doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através do ensino, a instrução e o treino sobre a adaptação individual face à readaptação funcional.

A má gestão da dor aguda pós-operatória retarda a recuperação e a reabilitação, adia a alta hospitalar, e é uma das principais causas de insatisfação do doente, podendo ainda contribuir para complicações médicas, incluindo pneumonia, trombose venosa profunda e infeção, bem como o desenvolvimento de dor crónica (Meissner et al., 2015). Torna-se fundamental a educação do doente e as avaliações da dor pós-cirúrgica, vetores essenciais que podem melhorar a qualidade da recuperação, contribuir para a alta e influenciar fortemente a satisfação do doente (Bruckenthal & Simpson, 2016).

É largamente reconhecida a complexidade da abordagem de um processo álgico, de acordo com Pilatto (2011) não se esgota na administração de fármacos, por isso, é imprescindível que os enfermeiros possuam capacidades e conhecimentos para diagnosticar a dor que a pessoa percebe e decidir pelas intervenções mais apropriadas. Há intervenções não-farmacológicas com grande potencial para aumentar o bem-estar dos doentes, com indicações, benefícios e limitações como demonstra a evidência científica. O mesmo autor, defende que as estratégias não farmacológicas são ferramentas que utilizam técnicas não invasivas de tratamento para alívio da dor e compreendem uma panóplia de medidas educacionais, físicas, emocionais, comportamentais e espirituais, são ainda de baixo custo, de fácil aplicabilidade, com o mínimo de efeitos indesejáveis e podem ser ensinadas aos doentes e aos seus familiares. Araújo (2014) ressalva que as medidas não farmacológicas, podem ser ensinadas às pessoas doentes, familiares e cuidadores para serem usadas no domicílio de modo seguro, promovendo a sensação de controlo da situação, incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

A gestão eficaz da dor pós-operatória é uma das maiores responsabilidades do enfermeiro, assim, o tratamento da dor, citando O'Donnell (2018) é um dos maiores desafios para os enfermeiros que cuidam de doentes durante o período pós-operatório e poderá ser ainda mais desafiador para os doentes que têm de gerir a sua própria dor após a alta da instituição de saúde. De acordo, com o Ministério da Saúde (2018), uma das apostas das políticas de saúde é a diminuição do tempo de internamento, exigindo ao doente e família o assumir de um papel dinâmico nos domínios do

autocuidado. A autogestão da dor após a alta é uma parte essencial da recuperação, mas é um grande desafio para muitos doentes (O'Donnell, 2015). Assim, o envolvimento da família como parceira nos cuidados é fundamental para a gestão da dor do doente oncológico cirúrgico, especialmente no domicílio. O impacto do cancro não se cinge apenas à pessoa que adoece, estendendo-se a todo o universo familiar (Alves & Ferreira, 2019). O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), através da OE, define família, como uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, e/ ou afinidade, mantendo relações emocionais ou legais. Constata-se, assim, que a família é uma unidade básica em que nos apoiamos, e onde cada membro da família encontra o suporte e equilíbrio para ultrapassar momentos de crise ao longo do ciclo de vida (Fernandes, 2016). Após a alta, o doente necessita do apoio dos familiares ou cuidadores no controlo da dor para cumprir com a terapêutica, no auxílio das atividades de vida diária e no seu acompanhamento. Embora a família tenha a capacidade de adaptação a novas situações, uma situação de doença traduz-se num evento indutor de crise no seio familiar, por um lado, a repentina e inesperada alteração da estrutura e funções do sistema, por outro, pela incapacidade expressa pelos familiares em responder adequadamente às necessidades do doente (Alarcão, 2000; Hanson, 2005).

As pesquisas destacam que a dor pós-operatória continua a ser mal dirigida apesar de décadas de educação e de diretrizes baseadas na evidência científica (O'Donnell, 2018). As barreiras para o doente alcançar uma analgesia satisfatória inclui o conhecimento e a formação insuficiente sobre a gestão da dor pós-operatória entre os profissionais de saúde, falta de informação, avaliações insuficientes da dor e tratamento abaixo do ideal (Meissner et al., 2018) capazes de explicar a contínua subavaliação e ineficaz tratamento da dor pós-operatória. Cabe, pois, concluir segundo estes autores que a natureza da gestão da dor pós-operatória exige uma equipe multidisciplinar altamente treinada e a necessidade de um maior envolvimento dos doentes no tratamento da dor de forma a melhorar os resultados clínicos. Ainda, segundo a APED (2010), de forma a ultrapassar as barreiras para o efetivo tratamento da dor pós-operatória e melhorar a qualidade da sua abordagem é necessária a adoção de programas de informação/educação dirigidas aos profissionais de saúde, no sentido de os sensibilizar para a adequada abordagem da dor pós-operatória, bem como alertar os doentes para a necessidade de reportarem a sua dor e participarem ativamente no processo terapêutico. Citando Rejeh & Vaismoradi (2010), a satisfação

com a gestão da dor acontece quando os profissionais de saúde incluem os doentes como parceiros informados e alicerçada na comunicação. A comunicação terapêutica é considerada por Campos (2017) como um instrumento decisivo para a compreensão dos profissionais sobre as necessidades do doente, muitas vezes fragilizados pela doença e suas limitações, ainda promove a adesão ao tratamento e em simultâneo otimiza os cuidados. De acordo, com Owen & Jeffrey (2008), a comunicação é o instrumento central na maioria dos cuidados de saúde incluindo no tratamento do cancro, para além do conteúdo informativo, traduz-se num importante suporte emocional para o doente oncológico e família.

A DGS (2017) com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor mantém como meta para 2020, melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor e contribuir para a literacia da população em relação à prevenção e controlo da dor.

1.3. A Teoria do autocuidado de Dorothea Orem – Filosofia de cuidados

Foi selecionada a teoria do autocuidado de Dorothea Orem para ancorar este projeto, porque o mesmo remete para a promoção do autocuidado. Importa que toda a prática clínica deva ter por base uma teoria que sustente as intervenções realizadas e deem um sentido à prática de cuidados sem que se caia no erro de fazer por imitação (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017). Para Orem (1995) o autocuidado é assim uma prática de atividades ou uma ação que a pessoa efetua em seu próprio benefício, na manutenção da sua vida, da saúde e do seu bem-estar. O autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). Todas as pessoas têm a capacidade para se autocuidar, no entanto, em situações de doença, a necessidade de autocuidado poderá ser superior à capacidade da pessoa para o realizar (Orem, 1995). É aqui que a intervenção do enfermeiro é determinante, já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, traduzindo-se positivamente na promoção da saúde e no bem-estar através de um acréscimo de conhecimentos da pessoa e maiores habilidades adquiridas (Tomey & Alligood, 2004). Assim, a enfermagem faz pela pessoa aquilo que ela não é capaz de fazer, ajuda a pessoa a compensar o equilíbrio inexistente e educa, ensina a pessoa e família de forma a capacitá-las para a realização do autocuidado, ou seja, os enfermeiros promovem a

aprendizagem, capacitando a pessoa doente para o confronto com a doença, a mobilizar os conhecimentos adaptando-se e desenvolvendo o autocuidado. De acordo com Tomey & Alligood (2004) a teoria do déficit do autocuidado defende uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas identificando três tipos de prática de enfermagem nos sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui a pessoa no autocuidado, o sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa da enfermagem para ajudá-la naquilo que ela não é capaz de realizar por si só e apoio-educativo, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita dos enfermeiros para a ensinar e supervisionar na realização das ações. O sistema de apoio educativo ajuda os indivíduos a reduzir o déficit de autocuidado, melhorar a sua capacidade de autocuidado e atender às necessidades de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. De acordo, com Tomey & Alligood (2004) o apoio educativo é também pertinente junto dos familiares ou cuidadores informais. Os enfermeiros podem desenvolver, com a pessoa, ações de autocuidado ajudando a pessoa a agir ou fazer pelo outro, encaminhar, alicerçar suporte físico ou psicológico, assegurar e manter um ambiente que dê suporte ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem D., 2001)

A teoria de Orem aplica-se em contexto perioperatório na medida em que a prática de cuidados é centrada na pessoa. A pessoa como participante ativo na tomada de decisão, são satisfeitas as suas necessidades de autocuidado nas três fases pré, intra e pós-operatório em conformidade com os diferentes estádios de dependência: desde o autónomo no autocuidado, com a prática de enfermagem direcionada para o ensino, informação e esclarecimento de dúvidas, passando pelo parcialmente compensatório (exemplo, na vigilância de uma pessoa submetida a uma raquianestesia, com o estado de consciência mantido), até ao totalmente compensatório (no caso de uma pessoa submetida a uma anestesia geral, com alteração do estado de consciência e totalmente dependente dos profissionais). Assim, para este projeto, considera-se pertinente a teoria do autocuidado no domínio do apoio educativo como uma mais-valia para a promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor.

Orem, identificou na Teoria do Déficit de autocuidado três tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universais; requisitos de desenvolvimento; e de desvio de saúde. De acordo com Tomey & Alligood (2004), os requisitos universais são comuns

a todas as pessoas em diversos estádios do ciclo de vida. De forma a exemplificar este tipo de requisito temos a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e alimentos; ou a preservação, o equilíbrio entre a atividade e o descanso. Por sua vez, os requisitos de autocuidado para o desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano e às condições e eventos que ocorrem durante os vários estágios do ciclo de vida (por exemplo, prematuridade, gravidez) e eventos que podem afetar adversamente o desenvolvimento. Os requisitos de desvio de saúde existem para as pessoas que estão lesionadas ou com doença, nomeadamente oncológica, incluindo incapacidades, que estão perante um diagnóstico ou tratamento médico. De acordo com Tomey & Alligood (2004) as características dos desvios de saúde, enquanto situações que se prolongam no tempo, determinam quais as necessidades de cuidado que as pessoas sentem enquanto vivem o processo de doença. Há algumas medidas de cuidados médicos, que introduzem risco na vida da pessoa, nomeadamente, a possibilidade de dependência de medicamentos prescritos ou os riscos inerentes a uma cirurgia, pode modificar a estrutura (remoção cirúrgica de órgãos), os riscos inerentes à anestesia, ainda a dor, ou o desconforto resultante destes cuidados médicos, assim considerados problemas reais (Orem, 1995). A teórica reforça que os enfermeiros devem conhecer e estar atentos a esses resultados e requisitos, se pretendem efetivamente ajudar os indivíduos no autocuidado na presença de desvio de saúde. Assim, a educação e o aconselhamento para o autocuidado são de extrema importância para o doente oncológico cirúrgico. Orem, reforça ainda que os doentes com baixos níveis de conhecimento, motivação e habilidades de autocuidado experimentam maior déficit de autocuidado.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste capítulo apresenta-se o percurso ao longo do estágio, as competências desenvolvidas e os resultados obtidos. Utilizou-se uma metodologia de projeto. O projeto consiste num plano de trabalho organizado com o objetivo de estudar ou resolver uma problemática identificada, problemática essa, que preocupa os intervenientes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A metodologia de projeto foca-se na resolução de problemas, ligada à investigação, faz a associação entre a teoria e a prática, ou seja, é suportado no conhecimento teórico para ser aplicado na prática objetivando uma possível mudança (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A operacionalização do projeto alicerçou-se em três premissas essenciais designadamente na investigação, na prática e na reflexão. A especificidade do problema identificado em contexto de trabalho leva à necessidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista em oncologia nomeadamente no âmbito da promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor. Realizou-se estágio em três locais distintos com a finalidade de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais permitindo prestar cuidados de enfermagem especializados, sustentados na melhor evidência científica.

Foi elaborado um plano de trabalho para cada estágio, com a descrição dos objetivos gerais e específicos, as atividades com os recursos materiais e humanos necessários, os indicadores de avaliação e as competências a desenvolver. Perspetivou-se o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Oncológica a desenvolver em cada local de estágio. A opção pelos diversos campos de estágio foi criteriosa, realizada uma prospeção a nível nacional dos locais onde se prestam cuidados diferenciados à pessoa com doença oncológica com dor e com necessidade do respetivo tratamento de forma sistematizada, organizada, com dinâmicas multidisciplinares e em contextos distintos do bloco operatório. Cada estágio teve uma duração de 6 semanas, total de 56 turnos de 8 horas cada. Os campos de estágio selecionados: Clínica de Dor vocacionado para a população oncológica e um Centro Multidisciplinar de Dor direcionado para a população oncológica e não oncológica. Ambos, considerados unidades de referência nacional nos cuidados ao doente com

dor permitiram o conhecimento das diversas medidas farmacológicas e não farmacológicas existentes para o tratamento da dor, perceber dinâmicas diferentes da prática diária, nomeadamente, nos ensinamentos estruturados e ainda a análise e reflexão dos cuidados prestados por peritos na área da dor. Durante o estágio foi efetuada pesquisa bibliográfica, foram prestados cuidados com base na evidência científica, feita observação da prática, construídos documentos de apoio à prática, efetuada reflexão com os orientadores e individual, efetuada formação aos pares, comunicação sob a forma de poster em eventos científicos, participação em jornadas. Tive em conta os procedimentos éticos, apresentando-me aos doentes, solicitando o consentimento informado, mantendo o anonimato dos mesmos e a confidencialidade dos dados, a prestação de cuidados teve em conta os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

A passagem por estas unidades com as suas respetivas filosofias e dinâmicas de cuidados foi determinante para a implementação do projeto no último estágio, no meu contexto profissional, no Bloco Operatório onde trabalho contribuindo assim para melhoria dos cuidados prestados.

As atividades desenvolvidas nos três estágios e os resultados alcançados serão objeto de análise crítica, com base na revisão scoping (Apêndice I) e no referencial teórico em que ancorei este percurso, nos subcapítulos seguintes, correspondendo cada um a cada local de estágio.

2.1. Clínica de Dor do hospital A

Elegido como primeiro local de estágio uma Clínica da Dor que é uma unidade multidisciplinar, integrada numa instituição hospitalar pública direcionada ao doente oncológico, inserida num dos hospitais de referência no tratamento do cancro e na investigação ao nível do país. Os principais objetivos da Unidade de Dor são o apoio em termos de diagnóstico dos doentes portadores de dor crónica, em particular oncológica, da instituição ou a ela referenciados e estabelecer protocolos de atuação no alívio da dor, nas vertentes física, psíquica e/ou comportamental.

Estive integrada nesta equipa de 23 de setembro de 2019 a 01 de novembro de 2019, com duração total de 6 semanas.

O objetivo geral deste campo de estágio foi: Desenvolver competências de enfermeiro especialista, no âmbito da promoção do autocuidado do doente oncológico

cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor. De forma, a atingir este grande objetivo foram estabelecidos 4 objetivos específicos. O 1º objetivo específico: **“Integrar gradualmente a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional”**. Como forma de responder a este objetivo foi apresentado o projeto à Enf.^a Chefe e à Enfermeira de referência do local de estágio. Posteriormente a enfermeira chefe fez a apresentação sumária do projeto à equipa de enfermagem, assim como aos médicos da equipa multidisciplinar e quais os objetivos pretendidos com o estágio e solicitou a colaboração de todos para consecução do estágio com o maior aproveitamento para os estagiários, com a aquisição das aprendizagens necessárias. A equipa de enfermagem é reduzida, constituída apenas por sete elementos sendo notório a disponibilidade e o interesse de todos em colaborar, em particular a chefe, que considerou o projeto interessante, viável, com aplicabilidade no período perioperatório e uma mais-valia para os doentes cirúrgicos oncológicos e não oncológicos. Na 1ª semana de estágio para facilitar a integração foi consultado o manual de integração dos enfermeiros, atualizado em 2018, consulta de normas, procedimentos, rotinas e protocolos de atuação do serviço na área da avaliação, ensino e gestão da dor e ainda a oportunidade para tomar conhecimento do sistema informático Sclínico. A consulta destes documentos possibilitou compreender a missão e os objetivos, do serviço a população, o funcionamento das consultas, a articulação com os serviços de oncologia médica e cirúrgica e ainda a dinâmica entre a equipa multidisciplinar. Esta dinâmica interdisciplinar suscitou-me um interesse genuíno: compreender qual a intervenção de enfermagem junto do doente oncológico com dor e o seu papel no seio de uma equipa multidisciplinar. Para além das consultas referidas, esta unidade dispõe de um atendimento telefónico, através de uma linha direta. É um contacto de extrema importância, um suporte para os doentes e familiares/cuidadores, assegurada pelo enfermeiro. Foram efetuadas visitas guiadas ao serviço, possibilitando o conhecimento da estrutura e espaço físico. Ainda, no decorrer do estágio houve a oportunidade de conhecer os vários serviços de oncologia médica e oncologia cirúrgica, que requisitam a colaboração da equipa da dor para tratamento dos síndromes álgicos de difícil controlo. Assim, fez sentido apresentar por escrito uma caracterização do serviço tendo em conta a sua dinâmica funcional e organizacional (apêndice II). A execução destas atividades possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências: “desenvolver o auto - conhecimento e a assertividade” (OE, 2010) e “identificar e transmitir quais são os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com

doença oncológica para responder com efetividade às necessidades dessa população” (EONS, 2013).

O segundo objetivo específico definido foi: **“Descrever a estrutura das consultas /visitas aos serviços, atendimento telefónico e respetiva intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico e família na avaliação e gestão da dor”**. De forma a cumprir este objetivo foi realizada a observação da metodologia de educação, da avaliação e da gestão da dor na 1ª consulta de enfermagem, nas consultas subsequentes, nas consultas de grupo ao doente oncológico e família e nas consultas telefónicas. Nas primeiras observações das consultas, foi possível compreender o importante papel do enfermeiro, a sua interação com o doente oncológico e família/cuidadores. A enfermeira estabelece o primeiro contacto com o doente, quase sempre acompanhado por um familiar ou cuidador principal e realiza a entrevista de enfermagem. Nesta entrevista, para além, da colheita de dados, é efetuada a história da dor, avaliada a dor do doente e as suas principais características: fatores temporais, tipo, duração; fatores de alívio/exacerbação e intensidade, a sua vivência e terapêutica em curso. Para a avaliação da Dor a clínica aplica a “Short Form” do Brief Pain Inventory (Escala Multidimensional de avaliação da Dor), que avalia através de escalas numéricas a intensidade mínima, média e máxima de dor na última semana e no momento exato de aplicação da escala, bem como a interferência da dor nas atividades de vida e no humor da pessoa. São questionados os doentes e os familiares sobre as estratégias que utilizam para a redução da dor e os resultados obtidos, realizados os ensinamentos, levantados diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem ao doente, por último é registado manualmente em modelo interno da clínica e informaticamente, através do SClínico. A OE (2008) refere que as intervenções de enfermagem junto da pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem devidamente documentadas. Na consulta médica o enfermeiro está presente e tem um papel importante, na medida, em que já teve o 1º contacto com a pessoa na sua consulta, já com um conhecimento prévio da pessoa e da sua dor. O enfermeiro sintetiza a informação colhida e transmite/apresenta o doente oncológico com dor ao clínico. No final da consulta médica o enfermeiro realiza os ensinamentos ao doente e família, concretamente, informações sobre a terapêutica prescrita pelo médico, as dosagens, os respetivos horários, as indicações e os efeitos secundários, a importância da adesão da terapêutica e do seu cumprimento rigoroso para controlo da dor, as estratégias para diminuir os efeitos secundários e esclarece

o doente e família nas dúvidas existentes. A dor é frequentemente relatada pelo doente oncológico como o sintoma mais temido e causador de maior angústia (Fink & Brant, 2018). Fornecer informações, desenvolver habilidades e orientar os doentes com cancro num tratamento complexo é uma importante intervenção do enfermeiro para apoiar no autocuidado da dor (Zhou et al.2015). Segundo os autores Rejeh & Vaismoradi (2010) a satisfação com a gestão da dor é mais provável quando os profissionais de saúde incluem os doentes como parceiros informados. Assim, a educação ao doente oncológico e aos seus cuidadores na gestão da dor tem por base o princípio ético da autonomia e traduz-se no fornecimento de informação sistematizada (OE, 2008).

No final da consulta são fornecidos os contactos do serviço, e reforçada a importância do doente ou família ligarem sempre que se justificar, nomeadamente, no caso de agravamento das queixas álgicas, aparecimento de efeitos secundários, dúvidas sobre a medicação (dosagens e horários), pedido de prescrições, ou simplesmente para conversarem.

Foi possível verificar nas várias consultas telefónicas o impacto da informação/ensino prestado ao doente e família, esta linha direta permite promover a segurança, o autocuidado e a satisfação do doente e família. Emerge nestas interações o cuidado centrado na pessoa ao qual está associada a maior qualidade da assistência de enfermagem e a uma melhoria nos indicadores de saúde dos doentes (McCormack & McCance, 2010). O enfermeiro através do ensino aplica o sistema de apoio educativo de Orem (2001), ou seja, o doente tem recursos para alcançar as suas necessidades de autocuidado terapêutico, mas necessita da assistência da enfermeira para adquirir conhecimentos ou habilidades, tomar decisões e adotar comportamentos e atitudes ajudando desta forma o doente a melhorar a sua capacidade de autocuidado e a reduzir o défice de autocuidado.

Os doentes demonstraram um sentimento de gratidão pelo acompanhamento e ajuda dos profissionais, estando na base desta satisfação a relação terapêutica e de confiança estabelecida entre a tríade doente/família/profissional. Segundo Subramanian et al., (2016) uma boa comunicação entre doentes e profissionais de saúde é relatada como o fator mais importante para uma prática eficaz, não apenas porque identifica os problemas de maneira rápida e clara, mas também porque define as expectativas e ajuda a estabelecer a confiança entre os intervenientes.

A realização das várias consultas permitiu conhecer com maior profundidade os constrangimentos que a dor acarreta na vida dos doentes e família e permitiu compreender a importância da intervenção de enfermagem na abordagem ao doente oncológico com dor. A conduta profissional que adotei aquando da realização foi a de escutar a pessoa e família, estar atenta à mensagem verbal e não verbal, com uma compreensão empática, validando as mensagens e os sentimentos da pessoa, utilizando uma linguagem clara e com uma voz calma, através do toque, de um aceno de cabeça, ou de um sorriso, demonstrando a compreensão da sua mensagem, permitindo assim o estabelecer de uma relação de confiança. É promovida nestas consultas a presença dos familiares no sentido de os incluir como parceiros no cuidar e na tomada de decisão. As consultas de grupo sem a presença do doente são de extrema importância, considerado um momento de discussão da melhor estratégia para abordar quadros algícos e sintomatologia descontrolada. Estas consultas multidisciplinares (enfermeiro, médico especialista em dor, psiquiatra, neurologista e fisiatra) com diferentes competências e saberes traduziram-se em momentos de aprendizagem no sentido que permitiu refletir a importância do conceito de multidisciplinaridade, cada profissional contribuindo com informações próprias do seu campo de conhecimento com um objetivo comum: o bem-estar do doente oncológico com dor e o apoio aos familiares. Trabalhar em equipa permite uma interação e comunicação eficaz entre os vários elementos e resulta numa mais-valia para o doente/familiar/cuidador, dado o caráter multidimensional da dor crónica. Foi sentida a aceitação da minha presença e participação nestas sessões por parte dos doentes/familiares e clínicos. É expectável que o treino, a formação e o desenvolvimento profissional no tratamento da dor entre grupos interprofissionais possam ter implicações no aumento da qualidade da gestão da dor (Subramanian, et al, 2016).

A partir da observação desenvolvi um documento que sintetiza as intervenções de enfermagem nas diferentes áreas do serviço (Apêndice III). O documento referido apresenta as intervenções de enfermagem na 1ª consulta, nas subsequentes, nas visitas ao internamento, na linha telefónica e na sala de tratamentos. Esta sistematização ajudou-me a compreender o papel do enfermeiro e foi uma mais valia para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências, podendo introduzir algumas destas intervenções em contexto de Bloco Operatório.

As competências desenvolvidas foram a “avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro”; a “informação e comunicação à pessoa com doença oncológica”, “A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica” (EONS, 2013).

Prosseguindo com o terceiro objetivo: **“Solicitar à Enfermeira Orientadora a visita preferencial dos doentes oncológicos cirúrgicos internados, quando solicitada a colaboração da Clínica de Dor”**. De salientar, que a intervenção dos enfermeiros do serviço não se cinge apenas à prestação de cuidados na unidade, mas também aos doentes oncológicos internados com dor descontrolada nos serviços de internamento, nomeadamente, no serviço de oncologia médica e serviços cirúrgicos. Desta forma, foi solicitado à orientadora de estágio a visita sobretudo aos serviços cirúrgicos oncológicos, por ser a população alvo do projeto. Explicada a pertinência da visita a estes doentes internados, por forma a atingir os objetivos definidos e a desenvolver competências na prestação de cuidados, na observação e avaliação do doente oncológico com dor pós-operatória de difícil controlo. A enfermeira orientadora de estágio após esta fundamentação planeou dias específicos para se realizar a visita aos serviços cirúrgicos oncológicos e assim, foi possível o contacto com esta população em contexto de internamento.

A visita aos serviços permitiu assim, o confronto com doentes terminais, a avaliação do impacto e do sofrimento que a doença oncológica, a dor e o próprio internamento provoca na vida das pessoas e famílias e ainda refletir no contributo da intervenção dos enfermeiros. Durante as visitas foi possível verificar que os serviços tentaram criar um ambiente propício, calmo, com alguma privacidade, o que permitiu ao doente oncológico a partilha com o enfermeiro sobre as suas preocupações, questionar sobre a dor e a sua doença, os tratamentos e as implicações na sua vida. Constatou-se assim, que os enfermeiros dos serviços são elementos facilitadores do encontro, muitas vezes com o simples gesto de puxar uma cortina, ou sugerindo uma sala mais tranquila. Foi percebido que os colegas aguardavam a visita da equipa da clínica de Dor, no sentido da rápida e efetiva intervenção e consequente alívio da dor e do sofrimento dos doentes. Fez sentido realizar um estudo de caso para a consolidação dos conhecimentos sobre o controlo da dor (Apêndice IV). A minha conduta antes de iniciar a colheita de dados passou por solicitar a autorização e a colaboração da pessoa com doença oncológica, garantindo a confidencialidade e o anonimato. Assegurado desta forma, as competências do enfermeiro especialista no

domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE,2010). Foi autorizado pela doente a colheita de dados e demonstrado interesse em colaborar. Solicitado ainda aos serviços prestadores de cuidados envolvidos a permissão de consulta de processos clínicos informatizados, em concreto, os registos de enfermagem, médicos e exames.

Uma jovem, a Sr.^a A. de 32 anos, com uma neoplasia do pulmão, internada no serviço de cirurgia geral, submetida a uma lobectomia por toracotomia, com esvaziamento ganglionar e com dor mantida há mais de 4 semanas, uma dor de intensidade moderada no local operado que acentua às respirações profundas e de difícil controlo.

Foram realizadas 4 visitas/interações com a Sr.^a A. ao longo do estágio. Estas visitas foram momentos enriquecedores, na medida em que foi possível avaliar as implicações que a doença oncológica, a cirurgia e a dor determinaram no bem-estar e qualidade de vida da jovem, identificar sinais e sintomas que deram origem à manifestação da doença, a sua evolução, os estilos de vida, a identificação dos vários fatores familiares e genéticos, a situação profissional e económica, e ainda compreender os seus sentimentos, medos e dúvidas existentes. Explicitado pela própria o medo da cronicidade da dor que a limita na execução da sua profissão como educadora de infância, com crianças de 3 anos, e manifestada grande preocupação relativa ao seu futuro. Verbalizou:” o meu projeto de vida está interrompido, não sei por quanto tempo”. Foi escutada atentamente em todas as interações e tentando compreender como a doente percebe a situação.

De acordo, com a AESOP (2006) é através da escuta ativa que o enfermeiro toma conhecimento das dúvidas, das expectativas do doente e família, das suas preocupações relacionadas com a doença, com a cirurgia e outras, cabendo, assim, ao enfermeiro perioperatório estar atento a toda a comunicação verbal e não verbal, observar a possibilidade de sofrimento e manifestações de ansiedade através da postura, do contacto visual e do tom de voz. Segundo Campos (2017) a maneira como os enfermeiros comunicam pode desenvolver vínculos emocionais de suporte, melhores cuidados à pessoa e promovem emoções positivas. É referido por parte da jovem o medo da toma da morfina, recusando-a e verbalizando:” Sentia-me muito sonolenta durante o dia”. Perante a renitência da Sr.^a A e a necessidade de prevenir o desenvolvimento de dor crónica foi necessário e determinante o reforço do ensino sobre a importância da adesão da terapêutica prescrita, desmistificado o mito dos

opióides, explicada a importância da morfina no alívio da dor de forma a controlar a dor aguda pós-operatória, evitar o aparecimento de dor crónica e ainda foi informada da existência de medidas não farmacológicas no alívio da dor. O autor Dores (2010) reforça que a informação transmitida ao doente tem como objetivo transformá-lo num participante ativo do processo terapêutico, corrigir conceções erradas à cerca da dor e dos métodos de analgesia e adequar comportamentos e atitudes que influenciam a experiência dolorosa. Nesta interação foi possível estabelecer uma comunicação eficaz. De acordo, com Campos (2017) a comunicação terapêutica é uma estratégia que permite aos profissionais de saúde interpretar as necessidades do doente fragilizado pela doença e com limitações inerentes, promove a humanização do cuidar e ainda ganhos em saúde. Considero que a comunicação nesta interação produziu algumas mudanças, promovendo a participação da doente na tomada de decisão e capacitando-a para o autocuidado no alívio da dor. A doente colocou questões sobre a existência de outras medidas farmacológicas e não farmacológicas (TENS). Após o esclarecimento mostrou vontade de experimentar e aderir ao bloqueio do espaço intercostal, proposto pela anestesista da clínica. Referiu durante a interação que tinha ficado mais esclarecida e que ponderava falar com a médica no sentido de redefinir uma estratégia álgica. Eventualmente, negociar a toma da morfina não em esquema, mas em situação de resgate. Foi desenvolvida nesta interação a intervenção de apoio educativo, baseada na teoria do autocuidado de Orem. De acordo com Mohammadpour, et al., (2015) esta intervenção pode aumentar a capacidade de autocuidado dos doentes e influenciar positivamente os resultados de saúde pública. Para além das entrevistas realizadas e da comunicação terapêutica estabelecida, foi possível ter um conhecimento mais aprofundado da pessoa através da utilização dos sistemas informáticos de informação em enfermagem utilizado na instituição, obtendo os dados clínicos atuais, história clínica, os resultados analíticos/os exames e a terapêutica instituída, permitindo a fundamentação do estudo de caso, o mais fidedigno possível. A jovem foi incluída num estudo de investigação que se encontra em curso, realizado por um grupo de anestesistas da instituição com a finalidade de perceber se a dor aguda pós-operatória imediata mal controlada evolui para dor crónica. Foi com agrado que recebi um convite de uma das anestesistas da clínica, responsável por este estudo de investigação, que demonstrou interesse em explicar a finalidade do estudo, em que fase se encontrava, quais os resultados obtidos até ao momento, essencialmente a possibilidade de desenvolvimento de dor crónica. Facultado ainda, o acesso a um artigo científico, atual de 2017, intitulado: "Chronic

Pain after Thoracic Surgery”, que fundamenta o estudo em curso. Este estudo conclui que os doentes submetidos a cirurgia torácica que apresentam dor mais severa durante os primeiros 3 dias após a cirurgia têm uma maior probabilidade de desenvolver dor crónica. Assim, as competências desenvolvidas neste objetivo foram as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE,2011): “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”; Ainda as competências de mestre (descritores de Dublin para o 2º ciclo) “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avalia a sua compreensão e presta esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem-estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

Para finalizar, o último objetivo delineado e concretizado:” **Analisar a minha prática de cuidados no âmbito da avaliação e gestão da dor (ensinos) ao doente oncológico e família em contexto de Unidade Multidisciplinar de Dor**”. Analisar e refletir com um pensamento crítico na minha prática neste contexto de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências que promovem o autocuidado do doente oncológico médico e cirúrgico com dor. Nas duas primeiras semanas de estágio na observação das práticas de cuidados, verificou-se a consistência das consultas de enfermagem, a sua organização, a relação de ajuda e confiança que se cria com os doentes e com os familiares, a importância da avaliação da dor com base nas escalas validadas internacionalmente e os ensinados realizados. A intervenção de apoio educativo desenvolvida com base na teoria de autocuidado de Orem pode ajudar os profissionais de saúde a identificar e responder às necessidades de autocuidado dos doentes (Mohammadpour et al., 2015). No final de cada consulta foi entregue o guia de tratamento atualizado, um instrumento em papel, de fácil compreensão e de fácil acesso onde constam as doses, via de administração e horário com um ensino detalhado ao doente e à família, reforçando a importância da adesão do doente/família para o esquema terapêutico, de forma a evitar o abandono da medicação e descredibilização da mesma. O ensino oral deve ser complementado com material escrito, para maior segurança do doente/família, nomeadamente, esquemas terapêuticos e folhetos informativos (Faustino, 2012). Ainda segundo a autora, o

“ensino é a forma sistemática de transmissão de conhecimentos, utilizada para instruir e educar a pessoa ou o cuidador principal”. Assim, foi utilizado o ensino como uma estratégia para promover a adesão e a gestão adequada da medicação, especificamente a medicação de resgate de forma a diminuir os picos de dor, favorecendo a qualidade de vida da doente e o seu autocuidado. De salientar, a importância da abordagem da equipa multidisciplinar e a comunicação com os doentes. Acredito ter conseguido a integração na equipa de forma adequada e estabelecida uma comunicação eficaz com os doentes oncológicos e família. O comunicar como uma arte que não se limita a uma mera troca de palavras, mas à partilha de emoções e de sentimentos, exigindo que o profissional de saúde tenha a capacidade de falar e escutar (Ritto & Rocha 2012). Terminadas as duas semanas de observação, iniciada a realização das consultas de 1ª vez, as subsequentes, os atendimentos telefónicos, e as visitas aos serviços de internamento, sempre acompanhada pela orientadora de estágio, mas com autonomia, incentivo e apoio por parte da mesma. As experiências mais marcantes neste campo de estágio ocorreram em duas consultas subsequentes, no mesmo dia, duas senhoras, evacuadas de países africanos, ambas com diagnóstico oncológico, doença em evolução e dor descontrolada, comparecem na consulta sozinhas, sem a presença de familiares ou cuidadores, sem apoios, numa profunda solidão e sofrimento. Identificadas necessidades de ajuda na adesão/ gestão da medicação opióide, nas atividades de vida e apoio emocional. A identificação de problemas implica necessariamente, intervenções de enfermagem.

A análise e reflexão crítica sobre as situações vivenciadas e respetivas práticas de cuidados norteada pelo ciclo reflexivo de Gibbs fez sentido, será apresentada assim uma reflexão Crítica de Aprendizagem (Apêndice V). Durante a interação e a prestação de cuidados a uma destas doentes e por ser uma situação disruptiva e perturbadora decidi escolher a Sr.ª G., refletindo o impacto da doença oncológica e a dor na qualidade de vida da pessoa. A Sr.ª G. de 30 anos, evacuada de S. Tomé, com o diagnóstico de neoplasia da mama direita, submetida a mastectomia e atualmente com recidiva da mama direita e metastatização axilar, com lesão do plexo braquial (invasão tumoral) braço direito pendente, não consegue mobilizá-lo, com dor descontrolada, com visível sofrimento, solidão, limitação e incapacidade física para atividades básicas como cozinhar, alimentar-se, fazer a sua higiene. Refere:” A minha avó vai voltar em março para a Guiné quem vai ajudar-me a fazer as refeições, a tomar

banho, a vestir-me? Só tenho o meu tio que bebe o dia todo, o que vai ser de mim?";

A minha avó é tudo para mim, como é que eu vou sobreviver sem a sua ajuda e o seu carinho, não tenho mais ninguém", ficou patente nestas frases a tristeza, o desespero e o défice no autocuidado. De acordo com Campos (2017, p.99) "*é preciso reconhecer que ficar ao lado do doente para ouvi-lo é uma intervenção terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde*". A avaliação da Sr.^a G. indica uma capacidade inadequada para alcançar os requisitos universais de autocuidado, nomeadamente, a manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos, a manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social, sendo possível, diagnosticar a existência de défice de autocuidado. O défice de autocuidado ocorre devido à evolução da doença, limitando a mobilização do membro e traduzindo-se numa incapacidade física. É sublinhado por Orem (2001) que as limitações extremas de mobilidade física ou deficiência sensorial podem levar a problemas emocionais e mentais que, se não forem resolvidos, podem interferir no funcionamento integral do ser humano. Este funcionamento é necessário para se desenvolver a ação de autocuidado, considerada uma atividade efetuada pelo próprio, tratar do que é necessário para se manter; manter-se funcional e responsabilizar-se pelas necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2008). Assim, quando as necessidades de autocuidado superam a capacidade do doente se auto cuidar, como no caso da Sr.^a G., a pessoa vivencia os denominados requisitos de desvios de saúde necessitando de cuidados de enfermagem. De acordo com Orem (2001) o tipo de intervenção de enfermagem varia consoante as limitações na capacidade de autocuidado do doente. Nesta situação em concreto, o sistema de enfermagem que se aplica é o parcialmente compensatório, pois a Sr.^a G. apesar das limitações, demonstra alguns recursos que permitem satisfazer necessidades de autocuidado. Em concreto, a toma da medicação para controlo da dor, demonstrando capacidade cognitiva para o fazer. No entanto, existem outras necessidades que a doente não consegue suprir devido às suas limitações físicas necessitando de ajuda dos enfermeiros ou dos familiares. As questões levantadas pela doente demonstram medo e angústia o que levou a uma introspeção e a um pensamento reflexivo. Emerge a importância do papel dos familiares no apoio emocional, no acompanhamento do doente, no auxílio nas atividades básicas (auxílio nos cuidados de higiene, na confeção dos alimentos), ou seja, para atender aos requisitos universais. Os familiares também têm um papel preponderante na gestão e adesão da terapêutica para alívio da dor. A OE (2008), salienta a importância dos

familiares e dos cuidadores como parceiros ativos no controlo da dor, assim como na tomada de decisão sobre o controlo da mesma.

Emerge assim desta interação, a complexidade de prestar cuidados a esta população tão vulnerável que nos exige um exercício de dádiva, de apoio emocional. Lidar com emoções tão extremas, como o sofrimento do outro, o desacreditar, o medo, a solidão e a tristeza estampada no rosto da pessoa quando percebe a evolução da sua doença e a associação à proximidade da sua morte, é difícil e frustrante. Conter a emoção foi uma capacidade fundamental para transmitir confiança, assertividade, segurança, orientação, empatia, compaixão e a afetividade, tão necessárias nestas situações. Escutada a Sr.^a G., dado apoio emocional, reforçados os ensinamentos, explicadas algumas estratégias para cuidar da sua higiene de forma parcelar e questionada se não teria uma vizinha ou outro familiar que a pudesse ajudar na confeção dos alimentos e no auxílio das outras necessidades. Após a consulta senti uma enorme insatisfação, por não ter conseguido oferecer uma ajuda efetiva para colmatar esta problemática referida. Questionei-me sobre o que mais poderia ter feito e refleti em conjunto com a enfermeira orientadora sobre este dilema. O reencaminhamento para a Assistente Social alocada à clínica, no sentido de se reavaliar a situação e pedir apoio domiciliário através do centro de saúde de referência pareceu-nos impreterível. Ficou agendada uma consulta para reavaliação do quadro algico ao fim de duas semanas, uma vez que houve necessidade de reajuste da terapêutica opióide. A Sr.^a G. estava a fazer resgates de morfina 4 vezes ao dia para alívio da dor, sem eficácia. Durante a interação na consulta percebeu-se a presença de efeitos secundários dos opióides com sonolência extrema, fechando os olhos por períodos, com dificuldade em manter-se vigo. Informada a anestesista que reavaliou e reformulou a terapêutica. A situação era preocupante, assim, por iniciativa própria na semana seguinte fiz um contacto telefónico para a doente e tive a oportunidade de falar com a avó que demonstrou preocupação e foi percebida toda a envolvência familiar. Agendada uma consulta com a Assistente social no sentido de se avaliar e programar o apoio social à Sr.^a G., quando a sua avó tivesse de regressar ao seu país, faltavam 5 meses. Foi planeada a articulação com o centro de saúde de referência no sentido de planear o apoio domiciliário e a vigilância por parte da enfermagem.

A elaboração de uma *checklist* não estava prevista para este campo de estágio, mas fez sentido a realização de um esboço, baseando-a nas intervenções de enfermagem observadas na clínica da dor, nos resultados da revisão bibliográfica e

ainda com a orientação da enfermeira chefe, perita na área da dor que demonstrou muito interesse na construção desta ferramenta dando o seu contributo com algumas sugestões. Assim, foi realizado um esboço/checklist provisória com a perspetiva de melhoramento e finalização no segundo campo de estágio, com o objetivo de aplicá-la no último estágio, no meu contexto profissional, no Bloco Operatório.

Neste objetivo, foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista: "Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção", "Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática", desenvolvidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa: "Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida", "Incentiva ativamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências", ainda as competências do Core Curriculum da EONS: "Demonstra conhecimentos sobre os efeitos secundários imediatos e tardios dos tratamentos oncológicos", "Monitoriza o estado de saúde do doente relativamente a sinais/sintomas de deterioração e documenta, intervém ou referencia de forma adequada "Reconhece a importância da comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados de suporte ao doente"; Ainda as competências de mestre (descritores de Dublin para o 2º ciclo): "Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avalia a sua compreensão e presta esclarecimento e apoio, sempre que necessário", "Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem-estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa".

2.2. Centro Multidisciplinar de Dor do hospital B

O segundo local de estágio foi num Centro Multidisciplinar de Dor integrado numa instituição hospitalar pública. A complexidade do diagnóstico de dor, a dificuldade no controlo da mesma, e a necessidade de realização de técnicas terapêuticas diferenciadas são fatores que podem conduzir à referenciação do doente

para uma consulta mais diferenciada, constituída por profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor. O reconhecimento da dimensão da dor determina com frequência uma abordagem terapêutica multidisciplinar (DGS, 2017). De acordo com a DGS (2008) é neste contexto que emergem as Unidades de Dor nos hospitais. Possuem graus de diferenciação e especialização diferentes, uma unidade multidisciplinar de dor difere de um centro multidisciplinar de dor, conforme a equipa que as constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas (DGS, 2003). O Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B tem instalações próprias, compostas por três gabinetes de consulta, um hospital de dia, dispondo de bloco operatório duas vezes por semana. A missão deste Centro multidisciplinar é a prestação de cuidados diferenciados a doentes de todas as faixas etárias, ao doente oncológico e não oncológico portadores de dor crónica/aguda, tendo como referência a população da área de influência do Hospital. Tem como finalidade diagnosticar, estabelecer a terapêutica e o prognóstico no âmbito da medicina da dor, avaliar a patologia associada e a medicação instituída; realizar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não invasivos, para controlo da dor, avaliar a componente psicológica do doente e realizar os ensinamentos aos doentes e acompanhantes, sobre gestão do regime terapêutico. Neste Centro Multidisciplinar de dor é notório a intervenção do enfermeiro na aplicação das medidas não farmacológicas no alívio da dor, no ensino na consulta telefónica.

O objetivo geral delineado para este contexto foi: “Desenvolver competências de enfermeiro especialista, no âmbito da promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório e os específicos foram “Integrar gradualmente a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional”, “Descrever a estrutura do ensino aplicado ao doente oncológico e família quanto à avaliação e gestão da dor”, “Identificar e analisar as medidas não farmacológicas no controlo da dor”, “Analisar a minha prática de cuidados no âmbito da avaliação e gestão da dor o doente oncológico e família em contexto de Unidade Multidisciplinar de Dor”.

O primeiro objetivo específico definido foi **integrar gradualmente a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional**. Realizei várias atividades para o atingir. Assim, estive integrada nesta equipa de 04 novembro de 2019 a 13 de dezembro de 2019, com duração total de 6 semanas. Reuni com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para apresentação da finalidade e dos

objetivos a atingir com o estágio, nomeadamente, o ensino estruturado ao doente para maior controlo da dor, a aplicação das medidas não farmacológicas utilizadas em complemento com as farmacológicas e ainda compreender a dinâmica funcional do Centro Multidisciplinar de Dor. Perante a necessidade sentida e manifestada de adquirir maiores competências nas medidas não farmacológicas para alívio da dor, foi designada uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com um curso de pós-graduação em massagem terapêutica e perita na área da dor para orientar o estágio. De acordo com Benner (2001), perito é aquele que atua tendo por base um entendimento aprofundado de determinada situação, colaborando na promoção da autonomia da pessoa e capacitando a família/cuidador, sempre que necessário, no processo do cuidar, analisando todas as variáveis que possam surgir.

De forma, a integrar a dinâmica funcional e organizacional da equipa consultei durante as duas primeiras semanas as normas, o manual de integração de enfermagem, os procedimentos, as rotinas e protocolos de atuação do serviço na área da avaliação, ensino e gestão da dor. Analisei os vários folhetos informativos que são facultados aos doentes sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas instituídos no centro multidisciplinar e ainda tive a oportunidade de visitar os serviços do hospital que requerem a avaliação da equipa multidisciplinar de dor acompanhada pela enfermeira orientadora, assim, todo este processo facultou a minha integração. Apresento em (Apêndice VI) a caracterização do serviço tendo em conta a sua dinâmica funcional e organizacional. Estas atividades possibilitaram “desenvolver o auto - conhecimento e a assertividade” (OE, 2010) e “identificar e transmitir quais são os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com doença oncológica para responder com efetividade às necessidades dessa população” (EONS, 2013)

O 2º objetivo específico: **Descrever a estrutura do ensino aplicado ao doente oncológico e família quanto à avaliação e gestão da dor.**

É importante referir que a população que recorre a esta unidade de dor é oncológica e não oncológica, aguda e principalmente crónica. Neste campo de estágio, contrariamente ao anterior, são apenas realizadas as consultas de enfermagem de primeira vez, os enfermeiros não participam nas consultas subsequentes. Nestas últimas, os doentes são apenas observados e avaliados pelo médico. Só é requisitada a participação do enfermeiro em situações, nas quais, os doentes necessitem de ensinamentos ou na colaboração com o médico nos tratamentos

invasivos e não invasivos farmacológicos no tratamento da dor. Uma das intervenções de enfermagem de maior relevância é o ensino quanto à avaliação e gestão da dor, que acontece nas consultas de enfermagem de 1ª vez, nas consultas telefónicas e ainda no momento das intervenções não farmacológicas. Ou seja, aquando da prática da massagem terapêutica, das sessões de diatermia, aplicação de TENS e nas sessões de EMAF, simultaneamente, procede-se à avaliação da dor e o ensino sobre a sua gestão. Nas consultas de enfermagem de primeira vez, há uma apresentação por parte dos intervenientes (enfermeiro/doente/familiar), procura-se desde logo estabelecer uma relação empática e de confiança com o doente e é incentivada a participação dos familiares. É realizada a colheita de dados e registado automaticamente no sistema de enfermagem informático Sclínico, explicada a finalidade da consulta da dor, que é uma consulta multidisciplinar e é avaliado o interesse do doente na consulta e no ensino. Segue-se a apresentação das escalas de avaliação da dor, nomeadamente a numérica, a qualitativa com os cinco descritores e a de faces. Avaliada e caracterizada a dor, é pedido ao doente para assinalar no diagrama corporal o local da sua dor e irradiação, descrever a intensidade no momento, o pico máximo de dor e atribuir um valor de média. É utilizada a escala de dor selecionada por cada um, atendendo às suas preferências. Questionado sobre os fatores de agravamento e de alívio, identificada a terapêutica analgésica atual ou outra medida não farmacológica para alívio da sua dor, de forma também a perceber a terapêutica de resgate. É entregue um folheto, o guia de acolhimento da Unidade de Dor ao doente, que contem informações importantes, nomeadamente, as consultas existentes (médica, de enfermagem, consulta telefónica, psicologia clínica, nutrição e dietética, os procedimentos farmacológicos e não farmacológicos), é disponibilizado o contacto telefónico direto, os dias e horário de atendimento, e reforçado que é sempre atendido por um enfermeiro.

As consultas telefónicas também são um meio privilegiado de transmissão de informação e de efetivação do ensino. O seu funcionamento cinge-se aos dias de semana das 09:00 às 17:00h e o atendimento é da total responsabilidade dos enfermeiros. A consulta telefónica permite estabelecer a comunicação entre o doente/família com dor e os profissionais. O contacto telefónico direto possibilita o acesso imediato à unidade, ao esclarecimento de dúvidas, à obtenção de orientações e encaminhamento, à resolução do problema e permitindo ainda o reforço dos ensinamentos. De acordo com Martins & Lopes (2010) a comunicação por telefone surge

como potencial de aproximação e de intervenção entre o doente/família e a equipa de saúde.

Tive a oportunidade de atender vários telefonemas de doentes e de familiares no decorrer do estágio. Nesses contactos, inicialmente era identificado o doente com o nome completo e pedido o número do processo. Enquanto se estabelecia o diálogo era conseguido o acesso ao processo clínico informático, o que permitia saber a história de dor do doente, a medicação instituída, bem como o acesso aos registos de enfermagem. Sublinhado por Martins & Lopes (2010) que o enfermeiro necessita de conhecimentos técnico-científicos e conhecimentos comunicacionais para realizar uma consulta telefónica e conseguir identificar o problema do doente/família e prestar ajuda efetiva. Os autores Razera & Braga (2011) mencionam a comunicação como um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, percecionando o doente na sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado. Em geral, os doentes com cancro precisam ser educados adequadamente desde o momento do diagnóstico à alta pós cirúrgica, permitindo a gestão da sua saúde (Park et al., 2017). A incorporação de um programa de educação sobre dor como norma de atendimento a doentes com cancro com dor, pode melhorar os resultados na diminuição dessa mesma dor, melhora a satisfação com o tratamento e diminui as barreiras sobre o tratamento da dor em doentes com cancro (Yildirim, Cicek & Uyar, 2009).

Em cada consulta telefónica foram efetuados os registos de enfermagem sobre o motivo do telefonema, a avaliação da dor no momento, o ensino realizado e a eventual necessidade de encaminhamento para o clínico, sempre sob supervisão da enfermeira orientadora, no sentido de se refletir em conjunto a interação comunicacional como parte integrante dos cuidados de enfermagem.

Ao descrever a estrutura das consultas de enfermagem (presencial e telefónica) com a respetiva intervenção, nomeadamente o ensino aplicado ao doente e família quanto à avaliação e gestão da dor, exigiu necessariamente uma análise e reflexão critica sobre a importância do mesmo. O facto de existir um espaço e um tempo próprio, um ensino estruturado e um enfermeiro dedicado ao ensino, no meu entender, potencia a promoção da saúde, a literacia desta população e a capacitação do doente e família para gerir a sua dor, promovendo assim, o autocuidado. Reforçado pelos autores Koller, Miaskowski, De Geest, Opitz & Spichiger (2013) que os enfermeiros para além de fornecer informações e desenvolver habilidades, orientar e treinar

doentes com cancro, no tratamento complexo da dor, ainda têm uma importante intervenção para apoiar no autocuidado.

O ensino recai sobre a importância da avaliação da dor através das escalas validadas internacionalmente, sendo apresentadas cada uma delas e explicadas pormenorizadamente ao doente e família; recaem sobre a necessidade do cumprimento do plano terapêutico para o eficaz controle da dor; sobre as indicações dos fármacos; a dosagem e frequência; sobre a importância da terapêutica resgate, reforçar a importância de não deixar terminar a medicação analgésica para evitar o agravamento da dor, dever de informar a equipa do centro multidisciplinar de dor, caso haja, alguma alteração do quadro algico, explicar quais são os efeitos indesejáveis da terapêutica ou outros sintomas e incentivar à consulta telefónica existente, reforçado o benefício de medidas não farmacológicas em complemento com as farmacológicas no alívio da dor, nomeadamente, a aplicação de calor húmido. Reforçado que as medidas farmacológicas e não farmacológicas são adequadas às reais necessidades dos doentes. No final do ensino são entregues os folhetos informativos sobre as várias medidas sugeridas a cada doente, para dar suporte à informação transmitida. De acordo com Liebner (2015) as instruções verbais e demonstrações usados em conjunto com materiais educacionais escritos podem ser valiosos e de baixo custo para o doente. Ainda os autores Andersson et al. (2015) salientam que no seu estudo a maioria dos doentes expressaram que uma combinação de informação oral e escrita sobre o tratamento da dor pós-operatória tornava mais fácil a assimilação e compreensão da informação e que essa mesma informação fornece ferramentas para os próprios se responsabilizarem pelo tratamento da sua própria dor, promovendo o autocuidado pós-operatório e melhorar a gestão da dor.

Ao descrever a estrutura do ensino aplicado ao doente e família nesta Unidade de Dor, exigiu necessariamente, uma análise e reflexão crítica sobre a pertinência do ensino sobre a dor na vida desta população, sobre a importância de um tempo dedicado ao doente e família, de forma a transmitir as informações necessárias, permitir o esclarecimento de dúvidas, traduzindo-se inevitavelmente na promoção da saúde e no autocuidado dos intervenientes. Nesta unidade é indiscutível o papel do enfermeiro no ensino sobre a dor, realizado de forma estruturada, sistematizada e uniformizada. Posso concluir assim, que este estágio foi um campo frutífero e proporcionou conhecimentos específicos sobre dor, facultando ferramentas úteis que permitem desenvolver as competências de enfermeiro especialista e aplicá-las em

contexto perioperatório. Estes conhecimentos específicos serão aplicados na visita pré-operatória (VPO). A autora Luna (2014) concluiu no seu estudo que a VPO/consulta é a intervenção ideal para o diagnóstico das necessidades dos doentes, o momento ideal para lhes fornecer informação e esclarecer as dúvidas e ainda estabelecer um plano de cuidados de enfermagem adequado às necessidades identificadas. Além disso, promove a interação enfermeiro-doente e contribui para a redução da ansiedade conduzida pela experiência cirúrgica.

Na concretização deste objetivo foram desenvolvidas as seguintes competências: “Explicar informação relevante ao doente oncológico e família, avaliar a sua compreensão e prestar esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstrar o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem-estar da pessoa com doença oncológica, como as técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” e “Utilizar estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013)

Relativamente ao terceiro objetivo: **“Identificar e analisar as medidas não farmacológicas no controlo da dor”**.

As medidas não farmacológicas são úteis para a prevenção e alívio da dor e são parte integrante das intervenções autónomas de enfermagem. Os autores Beck et al. (2016) salientam que o alívio da dor deve incluir intervenções farmacológicas em conjunto com abordagens não farmacológicas para uma gestão adequada.

Considero que o centro multidisciplinar é o campo de estágio ideal para aprofundar conhecimentos e aquisição de competências relativa às medidas não farmacológicas na abordagem da dor. Pretende-se desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, na medida em que o projeto foi concebido e gerido no sentido de atingir a excelência no cuidar o doente oncológico cirúrgico com dor em contexto perioperatório.

As técnicas não farmacológicas, podem ser classificadas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. A opção pela medida não farmacológica depende da preferência do doente, dos objetivos do tratamento e da melhor evidência (OE, 2008).

As atividades desenvolvidas foram a observação e a prestação de cuidados ao doente com o recurso às medidas não farmacológicas de alívio da dor. A sustentação

teórica, conseguida através da leitura das normas do serviço, da observação e leitura do manual de integração, da análise dos protocolos de atuação e da evidência científica foram elementos facilitadores na aplicação das medidas não farmacológicas e na elaboração de uma tabela com as diferentes técnicas não farmacológicas para o tratamento da dor utilizadas na unidade, identificando os benefícios, as indicações e o plano terapêutico (apêndice VII). Contribuindo desta forma, para a minha aprendizagem sobre a parte prática das técnicas e adquirir um conhecimento mais aprofundado e sustentado sobre o TENS, massagem terapêutica, diatermia, aplicação de calor húmido/seco e aplicação de gelo, transferindo posteriormente este conhecimento para a minha prática em contexto perioperatório. Aquando do ensino ao doente e família exerci uma prática baseada na evidência sobre os benefícios das medidas não farmacológicas aplicadas ao doente cirúrgico.

A unidade fornece tratamentos invasivos e não invasivos farmacológicos e não farmacológicos no tratamento da dor, especificamente, bloqueios epidurais; infiltrações de pontos dolorosos; diatermia; mesoterapia; ozonoterapia, bandas neuromusculares, massagem terapêutica, musicoterapia; mesoterapia; reiki; acunputura; EMAF. As medidas não farmacológicas mais aplicadas pelos enfermeiros no alívio da dor: massagem terapêutica, estimulação eléctrica transcutânea (TENS), aplicação de calor húmido e ainda sessões de diatermia. Houve a oportunidade de interagir com vários doentes aplicando a medida não farmacológica - diatermia, que consiste na aplicação de calor, realizada por meio de corrente eléctrica, o calor penetra nos tecidos mais superficiais (epiderme) e nos tecidos mais profundos (músculos), é uma técnica que pode ser combinada com terapia manual, permitindo tratar lesões músculo-esqueléticas. Estas sessões são efetuadas pelos enfermeiros 3 vezes/semana, cada sessão com a duração de 20 a 30 minutos. No decorrer do tratamento era possível conhecer o doente, realizar colheita de dados, conhecer os seus antecedentes, compreender a história da dor, as implicações/limitações nas atividades de vida diária. Avaliada a dor no momento e na última semana, utilizando a escala numérica ou a qualitativa, questionados sobre os fatores que a desencadeavam e as de alívio, ainda era possível conversar e escutar atentamente o doente no momento da aplicação da medida não farmacológica. Aproveitado também para reforçar o ensino nomeadamente, a importância de cumprir o plano terapêutico prescrito pelo médico para otimização dos resultados e informar que o alívio da dor é um processo individual e que há pessoas que sentem alívio nos primeiros dias após

o tratamento e outras pessoas só depois de várias sessões. No final da sessão era novamente avaliada a dor e valorizado o feedback do doente de forma a compreender o benefício da medida não farmacológica aplicada. Manifestado pela maioria das pessoas um relaxamento muscular e alívio da dor provocado pelo efeito imediato do calor. Entregue aos doentes de 1ª vez um folheto informativo sobre a técnica não farmacológica aplicada, onde consta o contacto da Unidade, para o caso de se verificar agravamento da dor ou existência de dúvidas.

A população que recorreu a este tratamento e com quem interagi foram maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 28 anos e os 70 anos, sobretudo com dores lombares, cervicais e ombro. Uma das interações que suscitou particular interesse foi com uma doente com dor crónica pós-cirúrgica, na face posterior do hemitórax direito e ombro direito, submetida em 2012 a lobectomia por toracotomia, devido ao diagnóstico de neoplasia do pulmão. Após nove anos mantinha dor que caracterizava tipo “mordedura”, constante, com uma intensidade moderada (escala qualitativa), interferindo nas atividades de vida, com limitação dos movimentos ao nível do braço direito, referindo:” para limpar a minha casa tenho de interromper frequentemente e descansar”, “o simples uso do soutien provoca-me desconforto”. Enquanto prestava os cuidados, foi reforçada a importância de manter a terapêutica farmacológica em simultâneo com as medidas não farmacológicas, diatermia e o calor húmido, para o alívio da dor. Efetuado o ensino sobre a aplicação de calor húmido no domicílio nos locais de dor, 3 a 4 vezes ao dia durante 15 a 20 minutos aliviando a dor. A doente refere ter dificuldades em cumprir porque trabalha, não tendo muito tempo para o aplicar. Incentivada a usar algumas estratégias, enquanto está no seu local de trabalho, na sala de refeição no momento de pausa, o aquecer uma bolsa e envolver com um pano húmido, usar um saco para não molhar a sua roupa e aplicar enquanto está sentada a almoçar. Outra hipótese sugerida foi a aplicação à noite enquanto está sentada a ver televisão. Assim, poderá aplicar duas vezes por dia.

Surgiu a oportunidade de assistir a outras terapias não farmacológicas realizadas por outros profissionais de saúde, nomeadamente, psicólogos e terapeutas. A enfermeira orientadora proporcionou a minha observação e participação nestas sessões, nomeadamente reiki, para alívio da dor e sessões de grupo entre psicólogo e doentes com dor, com o objetivo de promover a distração e a partilha do sofrimento, das suas vivências e limitações causadas pela dor, usando para isso a

musicoterapia. Os grupos eram constituídos por 4 a 5 doentes, cada um escolhia um instrumento musical (maraca, pandeireta, flauta, guitarra, etc.) bem como o psicólogo e eu própria quando interagi com o grupo. Da minha análise, estas sessões de canto e com instrumento musical são promotoras de bem-estar nos doentes, eram momentos de distração do foco álgico, foram observados rostos sorridentes e partilhados risos e boa disposição. A musicoterapia enquanto medida não farmacológica é pouco utilizada, mas, no meu entender, é uma medida que deveria ser desenvolvida porque traz conforto, apoio emocional e psicológico para doentes que estão em sofrimento.

Foram desenvolvidas as atividades previstas e surgiram outras atividades que não estando previstas surgiram a pedido da enfermeira chefe, nomeadamente, a realização de um folheto para fornecer aos doentes sobre a aplicação de calor húmido, como medida não farmacológica de alívio da dor (apêndice VIII). Foi analisado pela Diretora clínica e aceite para implementação na unidade de dor. É uma das medidas não farmacológicas mais aconselhadas ao doente para o alívio da dor e de fácil aplicabilidade no domicílio. A realização do folheto permitiu-me por um lado aprender como se faz um instrumento de apoio informativo, por outro lado analisar e refletir sobre a importância da aplicação das medidas não farmacológicas em complemento com as medidas farmacológicas no alívio da dor. Com este instrumento foi possível mobilizar os conhecimentos adquiridos e desenvolver no meu serviço um folheto informativo sobre a gestão da dor, para entregar ao doente no momento da visita pré-operatória, com a inclusão de medidas não farmacológicas, designadamente, a aplicação de gelo no doente cirúrgico. A realização do folheto informativo é importante, pois integra o sistema de apoio educativo de Orem (1995), na medida em que a pessoa necessita apenas de orientação para gerir melhor a sua dor e através da informação contida neste instrumento é promovido o seu autocuidado.

Neste centro multidisciplinar é dada grande importância à informação escrita como complemento do ensino oral, é entregue aos doentes os folhetos sobre as várias intervenções farmacológicas e não farmacológicas. De acordo com Faustino (2012) o ensino oral deve ser complementado com material escrito, para maior segurança do doente/família, nomeadamente, esquemas terapêuticos e folhetos informativos.

A elaboração do folheto contribuiu para o processo de aquisição de competências gerais e específicas de Enfermeiro especialista, uma vez que exigiu pesquisa da melhor evidência científica. Ainda, desenvolvidas as competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011): “Avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico”; “Adota medidas não farmacológicas no alívio dos sintomas”; Utiliza estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do autoconhecimento e das capacidades das pessoas com doença crónica incapacitante, seus cuidadores e familiares”; Incentiva ativamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências.

O último objetivo definido para este campo de estágio: **Analisar a minha prática de cuidados no âmbito da avaliação e gestão da dor ao doente oncológico e família em contexto de Unidade Multidisciplinar de Dor.** Inicialmente realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a melhor evidência científica disponível sobre a educação ao doente oncológico e família na avaliação e gestão da dor. No decorrer do estágio houve dois momentos, um inicial de observação da prática dos peritos e uma análise dos cuidados prestados, nomeadamente, as consultas, os tratamentos invasivos e não invasivos farmacológicos e não farmacológicos. Num outro momento, a minha prática de cuidados na realização das consultas de 1ª vez, incluindo a colheita de dados, o estabelecer uma relação com o doente e família, e a avaliação da dor com as escalas adotadas na clínica. A utilização de instrumentos de avaliação da dor é uma premissa essencial para uma adequada caracterização da mesma (Ritto & Rocha, 2012). É essencial monitorizar, reavaliar e registar a dor sistematicamente, para facilitar o tratamento e a comunicação entre os profissionais (DGS, 2010). Ainda a realização dos ensinamentos ao doente com dor e à família e a execução de uma panóplia de medidas não farmacológicas.

Na realização das consultas de 1ª vez surgiu uma interação com uma doente que suscitou grande preocupação e perplexidade tamanha a complexidade da pessoa e das suas vivências. A Sr.ª A.B., uma idosa de 70 anos de idade, sobrevivente oncológica, teve duas neoplasias distintas. Foi submetida em 2017 a foraminotomia de L5 por estenose de recesso e após cirurgia de coluna falhada desenvolve dor crónica e é referenciada pela neurocirurgia ao centro multidisciplinar por dor descontrolada, de intensidade nível 7 (escala numérica) ao nível da região cervical, região lombar, nádegas com irradiação para os membros inferiores. Tem

antecedentes pessoais relevantes de depressão e duas tentativas de suicídio. À primeira abordagem demonstra ansiedade com períodos de labilidade emocional, com humor depressivo, viúva, com filhos mas vive sozinha, com pensamentos negativos e ideação suicida (diagnosticados pela psiquiatria) verbalizando em consulta:” Tenho medo que estas dores possam estar relacionadas com o cancro, podem ser metástases”,” tenho pensamentos maus”, “...estou muito sozinha naquela casa tão grande”, “Tudo me passa pela cabeça”, ...” O que é que eu ando cá a fazer?”.

A dor é um dos sintomas mais frequentes e angustiantes em doentes com cancro (Jahn et al.,2010). O sofrimento da Sr.^a A.B. era visível, com dor descontrolada, com uma tristeza evidente, referindo que se sentia triste com o seu envelhecimento, com a solidão sentida, com o medo da recidiva que induzia a pensamentos negativos. Perante esta interação, inevitavelmente, emerge o exercício reflexivo, posto isto, é apresentado por escrito uma reflexão crítica de aprendizagem, segundo o ciclo de Gibbs (apêndice IX).

A dor para o doente oncológico pode representar agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia, do bem-estar e qualidade de vida, afetando todas as dimensões com repercussões na sua vida e na dos familiares (Izzo et al.,2019). A estratégia de intervenção adotada foi a escuta ativa, com verdadeiro interesse e sentido de responsabilidade ética perante o que estava a ser exposto pela doente através de linguagem verbal e não verbal, compreendi e interpretei o seu pedido de ajuda. Compreendida uma imensa revolta, solidão e tristeza. Na interação desenvolvida emerge a necessidade urgente de encaminhamento de apoio psicológico, assim, questionei previamente a Sr.^a A.B. sobre o eventual interesse numa consulta de psicologia existente na unidade de dor, no sentido de a ajudar na sua tristeza, desinteresse pela vida e nos pensamentos ditos “maus”. Abandonou as consultas de psiquiatria há alguns anos por vontade própria, no entanto, mostrou interesse na alternativa apresentada. Foi agilizada a consulta através da minha conversação e apresentação do caso clínico à psicóloga da equipa. Reforçada ainda a inclusão de musicoterapia na consulta de psicologia, sessões de pequenos grupos, realizado quinzenalmente por psicólogos, com efeitos benéficos no alívio da dor, através da distração e da partilha com outras pessoas com situações álgicas idênticas.

Uma boa comunicação entre doentes e profissionais de saúde é relatada como o fator mais importante para a prática médica eficaz, não apenas porque identifica os problemas de maneira rápida e clara, mas também porque define as expectativas e

ajuda a estabelecer a confiança entre o doente e o profissional (Subramanian et al, 2016). Após a análise e reflexão crítica da minha prática de cuidados no âmbito da educação foi compreendida a importância do ensino individualizado, atendendo à singularidade da pessoa, de forma a ajudá-la a alcançar os melhores resultados, promovendo a sua participação na tomada de decisão e no seu autocuidado, no entanto, não foi realizado o ensino completo por compreender que o doente não tinha capacidades naquele momento de o interiorizar. A intervenção de enfermagem foi essencialmente direcionada para a escuta ativa, para o encaminhamento para as sessões de diatermia e aplicação de calor húmido (medidas não farmacológicas), para a consulta de psicologia e para alguns ensinamentos considerados essenciais. A Sr.^a A.B. demonstrou relutância na toma da medicação analgésica, não aderindo à prescrição médica, referindo: “só faço o paracetamol quando estou desesperada com dores, evito tomar medicamentos”, perante esta constatação senti necessidade de reforçar o ensino sobre a importância de cumprir o plano terapêutico, com a frequência e a dosagem indicada, na hora certa e pela via certa para diminuir a sua dor e evitar a exacerbação.

Ao alicerçar-me na teoria de Orem, durante a interação com a Sr.^a A.B, foi possível avaliar a sua capacidade de autocuidado, a sua motivação, habilidades e determinada as suas necessidades de autocuidado. Neste sentido, foi selecionado um dos sistemas de enfermagem, o sistema de apoio-educativo. Este sistema ajuda a pessoa a reduzir o seu défice de autocuidado, a melhorar a sua capacidade de autocuidado e assistir às suas necessidades de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, através do ensino. De acordo com a (OE,2004), as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais no que se refere às práticas de cuidados à pessoa com dor evidencia a importância da comunicação consistente, da informação pertinente, precisa, simples e de fácil compreensão relativa ao estado de saúde da pessoa, através da oralidade, da escrita e via eletrónica, para o doente, família e equipa multidisciplinar.

No decorrer deste estágio a Escola Superior de Enfermagem (ESEL) realizou as 1^{as} Jornadas de Enfermagem Avançada. Tive a oportunidade de participar neste evento científico, que se traduziu num momento de aprendizagem, uma vez que exigiu a elaboração de um resumo do projeto em fase de conceção (apêndice X) para o submeter e participar com uma comunicação por poster, que foi aceite. Poster cujo título é a “Promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na

avaliação e gestão da dor: Intervenção de Enfermagem Perioperatória”. Foi mais um processo que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências. Foram desenvolvidas ainda outras atividades que não estando previstas surgiram por convite da Enfermeira chefe e enfermeira orientadora, concretamente, a participação nas jornadas anuais sobre dor, com o patrocínio científico da APED e da ordem dos médicos. As jornadas foram interessantes e permitiram a reflexão sobre a importância da graduação dos enfermeiros em dor na prática diária (apêndice XI). As competências desenvolvidas neste objetivo foram as competências de Mestre: “Possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde”, “Aplica os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”, “Demonstra capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas ou emitir juízos de valor, incluindo reflexões sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais”, “Possui capacidade de comunicar as suas conclusões e conhecimentos de forma clara”; “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avaliar a sua compreensão e prestar esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem-estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

2.3. Bloco Operatório do Hospital C

O Bloco Operatório do Hospital C é o local onde exerço funções há cerca de 20 anos, está integrado num Centro Hospitalar Universitário da grande Lisboa, de cariz público, altamente diferenciado em saberes e tecnologias, com a missão na área da prestação direta de cuidados de saúde, formação, inovação e desenvolvimento científico e de investigação. O Bloco Operatório é constituído por 6 salas operatórias e o seu funcionamento é de 2ª a 6ª feira, das 8 horas às 22 horas. Existe cirurgia major programada e cirurgia de ambulatório com diversas especialidades cirúrgicas, como Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Estomatologia, Broncologia, Oftalmologia, Ginecologia, Cirurgia Geral e endócrina e ainda Técnicas invasivas no tratamento da dor crónica. A maioria da população

oncológica que é intervencionada neste bloco são das especialidades de Cirurgia Torácica, Broncologia, Cirurgia Endócrina e ainda doentes oncológicos com necessidade de colocação de cateter de longa duração na subclávia para início do tratamento com quimioterapia.

A equipa é constituída por 17 enfermeiros, incluindo a responsável do serviço, com idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos. Ainda 6 assistentes operacionais, 3 maqueiros, uma administrativa e uma equipa não residente de anestesiistas e cirurgiões. Os enfermeiros exercem funções de enfermeiro de anestesia, com a função acrescida da visita pré-operatória realizada na véspera da cirurgia, ainda, a função de enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante, um total de 3 enfermeiros por sala. Alternam de função semanalmente nas diversas especialidades, por equipas.

O último estágio decorreu neste serviço, no Bloco Operatório Central, no período de 20.12.2019 a 7.02.2020, no total de 6 semanas.

Os objetivos para este campo de estágio são: divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto, promover a capacitação da equipa de enfermagem na promoção do autocuidado ao doente oncológico e família na avaliação e gestão da dor no período perioperatório e implementar intervenções de enfermagem no âmbito do ensino estruturado ao doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor na VPO e acolhimento no bloco.

Assim, em contexto profissional, foi definido como objetivo geral: *Promover a melhoria de cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado ao doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor em contexto perioperatório.* No sentido, de atingir este objetivo geral foram estabelecidos três objetivos específicos. Assim, o primeiro objetivo específico delineado e atingido: **“Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto”**. Numa fase inicial foi conversado informalmente com os colegas e explicado o que se pretendia com o projeto de forma a atingir a melhoria da qualidade de cuidados e aumentar o nível de satisfação do doente. No sentido, de divulgar o projeto à equipa de forma detalhada foi criado um plano de sessão (apêndice XII) que foi entregue à enfermeira chefe e foi agendada formação para dia 07.02.2020 intitulada: “Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de Enfermagem no Perioperatório”, com a finalidade de divulgar os objetivos definidos, a questão de investigação, os critérios de inclusão, a metodologia desenvolvida para a

implementação do projeto através dos campos de estágio e da revisão Scoping. Nomeados os instrumentos de apoio em fase de construção (checklist, guia orientador de boa prática e folheto informativo) como elementos facilitadores da implementação do ensino sobre a avaliação e gestão da dor. Foram solicitadas escalas de dor à Grunhertal que foram entregues a cada enfermeiro e reforçada a importância da continuidade da avaliação da dor no pré-operatório e intra-operatório.

As competências desenvolvidas neste objetivo específico foram as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019): “Identifica oportunidades de melhoria contínua”; “Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade”; “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática”; “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho” “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos “.

O 2º objetivo definido no meu contexto profissional: **“Promover a capacitação da equipa de enfermagem na promoção do autocuidado ao doente oncológico e família na avaliação e gestão da dor no período perioperatório”**. No sentido de promover a capacitação dos enfermeiros para este projeto foi imprescindível a realização de uma sessão formativa. Assim, foram apresentados os objetivos, a metodologia de estágios e refletido sobre as temáticas que emergiram da revisão scoping. Expliquei à equipa a finalidade do projeto, qual a intervenção de enfermagem na avaliação e gestão da dor no período perioperatório e o que é esperado de cada elemento para que se implemente o projeto de melhoria no bloco operatório. Importou, assim, no meu entender divulgar a melhor e mais recente evidência científica à equipa de enfermagem. Salientei que a dor é um dos sintomas mais frequentes e angustiantes em doentes com cancro, que é destacada a necessidade de adotar programas de educação pré-operatória bem estruturados, de forma a permitir uma abordagem holística com uma comunicação centrada na pessoa e inovadora no ensino perioperatório. Contribuindo desta forma, para o empoderamento do doente oncológico cirúrgico e família (promoção da autonomia, promoção da participação, promoção de capacidades), aumentar os seus índices de satisfação, a redução de complicações pós-operatórias e melhorar os níveis de literacia da população. Reforçado que a gestão eficaz da dor pós-operatória é uma das responsabilidades mais importantes do enfermeiro perioperatório, no entanto, apesar de ser parte integrante e importante dos cuidados de enfermagem permanece inadequada (Fatma

& Serife 2017). Segundo estes mesmos autores, 97,1% dos doentes no período pós-operatório relataram ter experimentado dor, uma dor moderada a intensa, 87,4% relata dor no local da incisão cirúrgica e 54,4% relatam restrições na vida diária devido à severidade da dor. Perante estes resultados, torna-se essencial, o enfermeiro avaliar a dor do doente, valorizá-la e intervir, para diminuir a dor e promover o autocuidado. Uma intervenção de suporte educativo, desenvolvida com base na teoria do autocuidado de Orem, aumenta a capacidade de autocuidado do doente. E, de acordo com a identificação das necessidades em autocuidado da pessoa, a ajuda do enfermeiro poderá assumir-se como: orientar, ensinar e providenciar recursos no sentido de promover o desenvolvimento pessoal na área da gestão da dor. Avaliar a dor é a fase inicial de um conjunto de ações que tem como desígnio o controlo algico adequado, assim, a dor deve ser sistematicamente avaliada e desenvolvidas intervenções ajustadas à sua intensidade com a continuidade de cuidados no alívio da dor do doente (OE, 2015). As informações de rotina sobre dor pós-operatória dadas aos doentes pelos profissionais de saúde são geralmente breves e inadequadas, por causa do tempo limitado disponível para cada doente, na entrevista na véspera da cirurgia, e é testemunhado pelos doentes que não lhes é dado o tempo para colocar as suas questões e esclarecimento de dúvidas (Mavridou, Manataki, Arnaoutoglou, & Damigos, 2017). Os doentes atribuem grande importância à informação pré-operatória na gestão da dor no pós-operatório, percecionando-a como uma ferramenta para os próprios se responsabilizarem pelo tratamento da sua dor, promovendo o autocuidado no pós-operatório e melhorar a gestão da dor (Andersson et al, 2015).

Esta informação pré-operatória é facilmente fornecida no bloco operatório do hospital C, uma vez que está implementada a visita pré-operatória aos doentes com internamentos superiores a 24 horas. Por norma, a visita é efetuada na véspera da cirurgia pelo enfermeiro de anestesia, mas não é realizado o ensino sobre a dor de forma estruturada e sistematizada pela equipa de enfermagem. Neste sentido, no meu entender, é indispensável a elaboração de um programa de educação ao doente e família, que está contemplado neste projeto. A educação e as avaliações da dor pós-cirúrgica, são consideradas elementos essenciais que podem melhorar a qualidade da recuperação, contribuir para a alta e influenciar fortemente a satisfação do doente (Bruckenthal & Simpson, 2016).

A incorporação de um programa educacional sobre dor como norma de atendimento a doentes com cancro com dor, pode melhorar os resultados na diminuição dessa mesma dor, melhorar a satisfação com o tratamento e diminuir as barreiras sobre o tratamento da dor em doentes com cancro (Yildirim, Cicek, & Uyar, 2009). Em geral, os doentes com cancro precisam ser educados adequadamente desde o momento do diagnóstico à alta pós cirúrgica, permitindo a gestão da sua saúde (Park et al., 2017). Com a implementação de iniciativas educacionais simples e económicas, os enfermeiros podem aprimorar as práticas educacionais focadas na redução das complicações pós-operatórias e no aumento da satisfação do doente em regime de ambulatório (Liebner, 2015). Para promover o autocuidado na gestão da dor é importante a intervenção do enfermeiro na orientação e na transmissão de informações aos doentes oncológicos, a fim de desenvolverem habilidades com eficácia (Koller et al., 2013).

Nas diretrizes da Sociedade Americana da Dor a informação adequada e a transmissão de conhecimento sobre o alívio da dor ao doente é considerado um indicador de qualidade (Andersson et al, 2015). Foi reforçada a norma de boa prática da DGS (2003), relativa ao registo sistemático da intensidade da Dor e da utilização de escalas validadas internacionalmente para mensuração da intensidade da Dor, através da “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces.

Após esta análise e reflexão sobre a evidência científica com a equipa, considero ter dado um passo no sentido da sensibilização para a importância da intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família no que concerne à dor.

Apresentei e expliquei aos enfermeiros os instrumentos criados, nomeadamente a checklist e respetivo guia orientador enquanto instrumentos de trabalho que facilitam o ensino. A checklist (apêndice XIII) como um instrumento de verificação, composto por um conjunto de ações com uma determinada sequência e que devem ser lembradas e/ou seguidas pelos enfermeiros no momento do ensino. O seu objetivo é sistematizar e orientar o enfermeiro no ensino específico sobre a gestão da dor. O guia orientador (apêndice XIV) pretende ajudar o enfermeiro na aplicação da checklist, explica detalhadamente cada uma das ações, norteia-se através do acrónimo AEI, representando assim a letra **A** apresentar-se ao doente e família, o enfermeiro diz o seu nome, apresenta-se como enfermeiro do Bloco Operatório e

explica qual o objetivo da sua presença(conhecer a pessoa com doença oncológica que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico e família, validar alergias, conhecer os antecedentes pessoais e cirúrgicos, compreender as suas vivências cirúrgicas anteriores e a sua experiência de dor, explicar procedimentos perioperatórios, fazer ensinios, nomeadamente sobre a dor, o esclarecimento de dúvidas e a partilha de receios),o **E** promover o envolvimento da família no momento da realização da visita pré-operatória, preferencialmente no horário de visitas para os integrar como parceiros de cuidados no período de internamento e no pós alta, no domicílio. A família deve ser convocada para desenvolver um papel ativo na prestação de cuidados ao doente oncológico, na tomada de decisão e no apoio emocional e assistencial. A palavra **I** do acrónimo pretende avaliar o interesse do doente e família, ou seja, a intervenção inicial do enfermeiro é avaliar, tentar compreender se o doente está confortável, avaliar a sua capacidade cognitiva, avaliar o seu estado de orientação e questionar o doente e família (caso esteja presente), se estão interessados e recetivos para a informação que vai ser fornecida sobre os ensinios relativos ao período perioperatório. Salvaguardados estes itens do acrónimo (**A**presentação ao doente, **E**nvolvimento da família e o **I**nteresse do doente no ensino) é expectável o avanço para o ensino propriamente dito, com a checklist como linha orientadora, devidamente estruturada. O passo seguinte é a validação e/ou o ensino ao doente e família. Em algumas situações é apenas validar e reforçar algo em concreto, porque o doente já poderá ter conhecimentos e experiências anteriores, noutras situações justifica-se a realização do ensino na íntegra por ser a primeira experiência cirúrgica. O ensino consiste em explicar que é expectável perante um ato cirúrgico a ocorrência de dor, mas uma dor controlada. Reforçado aos doentes que são administrados analgésicos opióides e não-opiódos com início na indução anestésica e o longo de todo o procedimento cirúrgico, com monitorização dos parâmetros vitais, nomeadamente a tensão arterial e a frequência cardíaca. No caso destes parâmetros aumentarem há uma atuação por parte da equipa anestésica (anestesista e enfermeiro de anestesia) na administração de analgesia.

Foi reforçado à equipa a importância de seguir as regras da aplicação das escalas de avaliação da dor emanada pela DGS (2003), nomeadamente o ensino prévio à sua utilização, assegurar que o doente compreende, que a intensidade da dor registada seja sempre a referida pelo doente.

No sentido de obter a compreensão e a adesão da equipa foram demonstrados e analisados graficamente os resultados da aplicação do ensino obtidos no meu estágio clínico à equipa de enfermagem na sessão formativa.

O ensino com a aplicação da checklist foi implementado a 18 doentes oncológicos num período de 4 semanas 12 doentes e família na VPO e 6 doentes no momento do acolhimento no Bloco (sala de indução). Os tipos de cancro nesta amostragem foram pulmão, pleura, arcos costais, timo, tiróide e supra-renal. A maioria dos doentes eram do sexo masculino, a idade variou entre os 32 anos e os 79 anos, na especialidade de cirurgia endócrina e cirurgia torácica. Reforçado à equipa de enfermagem que foi possível aplicar a ensino/checklist na visita pré-operatória e no acolhimento no bloco operatório e expliquei qual a sua relevância e quais as limitações sentidas. Salientei, que o momento e local ideal para se efetuar a entrevista e respetivo ensino é no período correspondente a VPO, por existir um espaço adequado, maior privacidade, mais tempo para a aplicação do ensino/checklist e possibilidade para o doente esclarecer permite

Compreendi que a realização da VPO no serviço cirúrgico é o momento e local ideal para se efetuar a entrevista e respetivo ensino, possibilita a presença e o envolvimento dos familiares, bem como permite o esclarecimento de dúvidas por parte do doente e família. No entanto, foi possível verificar que no momento do acolhimento no Bloco a aplicação do ensino/checklist é possível ser efetuada na sala de indução, mas com algumas limitações. Uma dessas limitações é a menor privacidade do doente, a menor disponibilidade por parte do enfermeiro e a maior ansiedade por parte do doente, não será, portanto, o momento ideal, mas é desejável a realização do ensino sobre a avaliação e a gestão da dor devido ao regime de ambulatório, curta permanência hospitalar. A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA, 2013) reforça a atuação dos profissionais das unidades de cirurgia ambulatória como agentes de ensino, salientando, o ensino sobre avaliação da dor (auto e heteroavaliação), o ensino sobre a terapêutica analgésica, sobre o autocuidado no controlo da dor, promovendo suporte emocional e psicológico do doente e família.

A sessão formativa contou com a participação de cerca de 80% dos elementos da equipa, percentagem prevista como indicador de avaliação. Considero ter atingido o objetivo de promover a capacitação da equipa para a avaliação e gestão da dor, nomeadamente, para o ensino uniformizado e estruturado com vista ao autocuidado do doente oncológico cirúrgico. Foi meu propósito, promover o desenvolvimento

profissional no âmbito da formação contínua e contribuir para a educação dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente oncológico cirúrgico no período perioperatório.

No final da sessão foi aplicado à equipa um inquérito de avaliação da sessão de formação, cuja avaliação foi de extremamente satisfeitos.

As competências desenvolvidas neste objetivo específico foram as específicas do enfermeiro especialista em oncologia (EONS): “A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica” “A avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro”, “Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica”

O terceiro objetivo:” **Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do ensino estruturado ao doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor na VPO e acolhimento no bloco”**

A implementação do projeto no meu contexto profissional é o culminar deste percurso académico. A intervenção de enfermagem em contexto perioperatório desencadeia-se preliminarmente na avaliação pré-operatória, com uma comunicação eficaz entre o profissional, doente e família, ter o conhecimento da sua patologia associada, o conhecimento da localização a operar, a natureza e a duração da cirurgia, do tipo e extensão da incisão e dos cuidados anestésicos peri-operatórios. A minha interação com os doentes em contexto de estágio passou pela VPO e pelo acolhimento no bloco. Assim, na véspera da cirurgia, dirigia-me ao serviço cirúrgico para realização da visita pré-operatória aos doentes e eventualmente aos familiares, caso, estivessem presentes. Na perspetiva da AESOP (2006), a visita pré-operatória é considerada uma intervenção de enfermagem, no sentido de melhor satisfazer as necessidades dos doentes tendo em vista a humanização dos cuidados no bloco operatório. A minha intervenção à chegada aos serviços cirúrgicos passou pela conversa e validação com os colegas relativamente aos doentes que iriam ser submetidos a cirurgia oncológica, seguidamente, eram consultados os processos clínicos e efetuada a colheita de dados, ou seja, a primeira fase da VPO. Neste momento eram colhidos os dados e efetuado o registo em documento próprio (folha de enfermagem da visita pré-operatória) o diagnóstico oncológico, a cirurgia proposta, a lateralidade, o cirurgião principal, os seus antecedentes pessoais e cirúrgicos, as alergias conhecidas, a história atual de doença, a existência de exames de rotina

(ECG, análises e radiografia) recentes, a consulta de outros relatórios clínicos pertinentes. Acautelado este conhecimento geral, seguiu-se a entrevista com o doente/família. A interação com os doentes coincide com a 2ª fase da VPO, ou seja, a entrevista. De acordo com, Phaneuf (2005, p. 274), *“a entrevista de informação e de ensino é uma estratégia pedagógica de grande relevância que promove a autonomia da pessoa cuidada, considerada em si, um processo com a finalidade de aumentar ou aprofundar os conhecimentos do doente relativos à sua saúde e ao seu tratamento”*. A VPO foi preferencialmente realizada no horário de visitas para promover a participação dos familiares. Após conhecimento prévio do doente, procedi à minha apresentação, providenciando um local calmo e com alguma privacidade, ou fechava as cortinas ou recorriamos ao refeitório dos doentes, para dar início à entrevista de forma individualizada e tranquila. Sentada junto dos doentes e com uma comunicação precisa e adequada à pessoa ou pessoas intervenientes, com uma linguagem clara e sucinta, uma atitude não formal, demonstrei disponibilidade para os escutar. É essencialmente através da escuta que ficamos a saber as expetativas dos doentes, as suas necessidades, as suas preocupações relacionadas com a doença, com a cirurgia e outras, ainda as suas limitações e dúvidas (AESOP, 2006). A VPO promove a interação entre o enfermeiro do bloco e o doente e favorece a comunicação (AESOP, 2006). A comunicação foi utilizada como um “conjunto de coisas simples que podem ser ditas e feitas, que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem. As perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos” (Querido et.al., 2016, p.816). Inicialmente validados os antecedentes pessoais e cirúrgicos com o próprio doente e questionado da existência de dor prévia ao ato cirúrgico. Expliquei todos os procedimentos perioperatórios ao doente e de seguida alertei para a problemática da dor cirúrgica expectável. Efetuei o ensino sobre a dor, norteado pela checklist elaborada.

A OE (2008) reforça a importância do empenho da equipa na abordagem da dor, viabilizando a sua avaliação, o diagnóstico, prevenção e tratamento, com a inclusão e participação do doente que sente dor e da família enquanto parceiros de cuidados.

No decorrer de uma VPO tive a oportunidade de confrontar e refletir sobre as emoções negativas, como a tristeza e a ansiedade, causadas pelo conhecimento do diagnóstico oncológico, da iminência de um ato anestésico/cirúrgico, dos riscos

inerentes, do prognóstico e subjacente o medo. Na interação que irei descrever, também foi possível, compreender a relevância do papel da família como cuidador e promotor do bem-estar do doente oncológico. O Sr. ° D. internado no serviço de cirurgia torácica, de 76 anos, com neoplasia do pulmão, proposto para Lobectomia esquerda por toracotomia, apresentava um fâcies triste e apreensivo, acompanhado pela sua esposa. Apresentei-me ao Sr. ° D. e à esposa, explicando o objetivo da minha visita. Questionado o doente se autorizava a presença da esposa na entrevista, tendo o mesmo autorizado. Durante a conversa foi revelador o seu estado anímico, a sua descrença na cirurgia e na hipótese de ficar curado, com discurso negativo, referindo: “Sr.ª Enfermeira agora com esta idade, com esta doença má, vão tirar-me o pulmão, para quê? Para morrer mais depressa, para sofrer! Mais valia morrer!”. Escutei este discurso e senti necessidade de tranquilizar e esclarecer o doente, explicando a importância da remoção do tumor, da necessidade de remover apenas uma parte do pulmão, que é possível viver sem essa parte, que o restante pulmão consegue fazer a sua função, na tentativa de corrigir falsas crenças relativas ao ato cirúrgico e ver a cirurgia como um benefício, transmitindo confiança na equipa que o vai operar. Demonstrei uma atitude encorajadora e positiva com o objetivo de dar esperança na melhoria do seu estado de saúde. Considero que a qualidade da minha comunicação terá contribuído para promover a adesão à cirurgia, melhorou as expectativas do doente e da esposa e apoiou-os na tomada de decisão. A autora Campos (2017) corrobora esta minha afirmação, reforçando que a comunicação terapêutica é um instrumento benéfico, porque promove uma melhor adesão por parte do doente ao tratamento e simultaneamente a otimização dos cuidados. Assim, as formas de comunicar influenciam o desenvolvimento da consulta pré-operatória (Pettersson et. al. 2018).

Avaliei a situação, analisei a pessoa que se encontrava à minha frente e ponderei a pertinência do momento e o interesse do doente para o ensino sobre a dor, questionei-o diretamente se gostaria que eu explicasse sobre a dor que provavelmente iria sentir, o que poderia fazer para a minimizar e facultar-lhe ferramentas para melhor gerir a dor. Respondeu afirmativamente o seu interesse, mas referindo, “é a minha mulher que cuida de mim, é bom que ela ouça”. Os 3 pressupostos do acrónimo AEI foram validados, a apresentação, o envolvimento do familiar e o interesse do doente e posteriormente efetuado o ensino. Apesar, do discurso negativo e descrente o doente assinou o consentimento para a anestesia e

cirurgia e durante o ensino mostrou-se atento e interessado, questionando se ia sentir algum desconforto enquanto estava a ser operado, onde era o local de incisão e se a dor era intensa depois da cirurgia. Respondidas todas estas dúvidas, foi promovido o envolvimento da esposa, permitindo à sua cuidadora principal ter acesso às informações necessárias para lidar com a dor no pós-operatório. Apresentei as escalas de dor e reforcei a importância do Sr. ° D. avaliar a sua própria dor através das mesmas. Foi informado que assim que desperta da anestesia será questionado se tem dores e que ao longo de todo o internamento, torna-se imprescindível a autoavaliação da dor e a sua referência. Verifiquei a participação ativa da esposa que verbalizou a importância de estar presente, agradecendo a oportunidade e referindo: "Sabe Sr.^a enfermeira o meu marido depende de mim para tudo, sou eu que cuido dele e ouvir esta informação deixa-me mais descansada, porque sei que posso ter alguns cuidados que o vão ajudar a recuperar". Referia-se à informação/ensino sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis para alívio da dor, como: Administração de terapêutica prescrita em esquema e em SOS; a gestão dos efeitos secundários (náuseas, vômitos, obstipação); o posicionamento de conforto; aplicação de gelo; massajar a zona dolorosa, se possível; o questionar/avaliar a dor com frequência e o relatar a dor aos profissionais de saúde. A satisfação com a gestão da dor ocorre com mais frequência quando os profissionais de saúde incluem os doentes e familiares como parceiros informados (Rejeh & Vaismoradi, 2010). Identifiquei os problemas reais do doente e garanti que o doente e a esposa receberam e compreenderam a informação. No domínio de competências, Benner definiu como *Função de ajuda "proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes"* (Benner, 2001, p.90), o enfermeiro deve fomentar a participação e valorizar o papel ativo dos familiares no tratamento do doente, fornecendo-lhes as informações necessárias para um apoio efetivo. O tempo da entrevista foi adaptado às necessidades de ambos, com abertura para a partilha de medos e esclarecimento de dúvidas. No final da mesma, foi reforçado positivamente o interesse do doente e a participação ativa da esposa.

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental no processo de recuperação do doente oncológico, uma vez que promove suporte emocional e informativo sobre os cuidados necessários à reabilitação. Proporciona também tranquilidade e conforto perante os sentimentos e as expectativas. Cabe ainda ao enfermeiro orientar para a alta e direcionar a pessoa para o autocuidado, para a

superação no processo de confronto com a doença com o propósito de atingir uma recuperação e reabilitação mais saudáveis e menos dolorosas (Coelho et al., 2010). O sistema de enfermagem apoio-educativo de Orem está patente na interação com este doente e família, na medida, em que o doente apesar de apreensivo e negativo em relação à sua situação, tem recursos para alcançar as suas necessidades de autocuidado terapêutico, mas necessita do apoio da esposa e do enfermeiro para adquirir conhecimentos e apoio na tomada de decisões. Assim, a intervenção de suporte educativo desenvolvida com base na teoria de autocuidado de Orem pode ajudar os profissionais de saúde a identificar e atender às necessidades de autocuidado dos doentes (Mohammadpour et al., 2015). É importante reduzir as barreiras relacionadas com o doente na gestão da dor, a fim de diminuir a intensidade e a interferência da dor nas atividades diárias, além de melhorar a adesão e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Jahn et al., 2010). No caso do Sr. ° D., as barreiras aparentam ser a falta de informação e algumas crenças como possível barreira. O tempo da entrevista foi adaptado às necessidades do doente e da esposa, com abertura para a partilha de medos e esclarecimento de dúvidas. Relativamente à implementação do ensino no acolhimento no Bloco, senti maior dificuldade porque o tempo é mais limitado e não consegui a privacidade, um local tranquilo, sem interrupções. Apesar das limitações na aplicação do ensino consegui o meu objetivo, no entanto, após análise e reflexão conclui que os doentes oncológicos internados no mesmo dia da intervenção cirúrgica, em regime de ambulatório, necessitam ainda mais deste ensino, de informações e esclarecimentos devido à curta permanência hospitalar. É necessário repensar estratégias para melhorar o ensino aos doentes oncológicos de ambulatório e o seu acompanhamento.

Considerarei pertinente a elaboração de um folheto informativo sobre como gerir a dor para ser entregue ao doente e família (apêndice XV). O folheto será entregue ao doente como meio de comunicação, como reforço do ensino, de fácil leitura e fácil acesso. De acordo com os autores Andersson et al (2015) a maioria dos doentes expressam que uma combinação de informação oral e escrita sobre o tratamento da dor pós-operatória tornava mais fácil a assimilação e compreensão da informação e a autora Liebner (2015) reforça a importância de instruções verbais em conjunto com materiais educacionais escritos para fornecer educação ao doente.

Desenvolvidas as atividades previstas previamente planeadas para este estágio e outras atividades que não estando previstas surgiram como pertinentes por

serem orientadoras da prática dos enfermeiros como a elaboração de um fluxograma (apêndice XVI), com a finalidade de representar graficamente o percurso do doente oncológico cirúrgico e família no período perioperatório e a respetiva intervenção de enfermagem no ensino sobre a avaliação e gestão da dor. Este instrumento é útil pois permite compreender a aplicação do ensino em regime de internamento ou em regime de ambulatório.

Em função das situações vivenciadas em contexto de estágio, foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista em oncologia. Competências como um conjunto de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que são necessários aos enfermeiros da área oncológica para efetivar o seu trabalho com segurança e eficácia (EONS, 2018). As competências específicas do Enfermeiro Especialista em oncologia desenvolvidas foram: “Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avalia a sua compreensão e presta esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica (EONS, 2013)”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem-estar da pessoa com doença oncológica, como: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” ; “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013) “Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011);

3. AVALIAÇÃO

Redigir este relatório de estágio exigiu uma capacidade de reflexão sobre a prática e um pensamento crítico articulado com a evidência científica. Ao avaliar todo o percurso realizado e as vivências experienciadas é possível identificar os pontos fortes e os pontos fracos. Assim, considero como ponto forte os estágios clínicos, orientados para a educação de adultos, na qual cada um de nós fez uma caminhada alicerçada na responsabilidade da sua própria aprendizagem e desenvolvimento de competências, mas contando sempre com o apoio e orientação do docente orientador da ESEL e do enfermeiro de referência. Senti que os profissionais das equipas multidisciplinares aceitaram a minha participação nas consultas presenciais e telefónicas, incentivaram inclusive a minha participação ativa na aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor e sugeriram-me a realização de um folheto informativo sobre aplicação de calor húmido/ seco para fornecer ao doente como suporte informativo. Notório a colaboração e o interesse demonstrado pelos enfermeiros chefes, pelos enfermeiros de referência em estágio e de todos os outros colegas na minha aprendizagem e no desenvolvimento do projeto. A apreciação escrita realizada pelos enfermeiros de referência salientou que o meu projeto reflete sensibilidade e assertividade na forma como apresento o problema e adequo-o às intervenções propostas ao que pretendo atingir. Reforçaram ainda a minha relação e o enfoque no doente/cuidador.

Considero que estabeleci em todas as interações com os doentes e seus familiares uma relação de ajuda e de confiança, um envolvimento baseado no respeito e centrado na pessoa.

A passagem por um dos campos de estágio, direcionado para a doença oncológica, foi muito exigente psicologicamente, mas enriquecedora e gratificante, permitindo o confronto e a compreensão do impacto da doença e da dor na vida de cada pessoa e família, a partilha das suas preocupações, os seus medos, o desenvolver a escuta e a compaixão. Sem dúvida nenhuma, um local e momento que conduziu a uma reflexão profunda sobre a existência do Ser humano e a doença oncológica. Tomei a iniciativa junto da enfermeira de referência solicitar a minha participação no cuidado direto ao doente no alívio da dor através das medidas não farmacológicas, medidas para as quais não tendo eu o conhecimento e a prática, pretendi desenvolvê-las nomeadamente, a aplicação de TENS, diatermia, massagem,

entre outras. A minha realidade em bloco passa essencialmente pela aplicação de medidas farmacológicas e a possibilidade de praticar estas medidas não farmacológicas traduziu-se numa oportunidade de aprendizagem, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal e consequentemente para a melhoria da qualidade de cuidados. Outra das atividades em estágio que contribuiu para o meu enriquecimento e desenvolvimento de competências ao nível do ensino sobre a dor foi a participação ativa nas consultas de dor presenciais e telefónicas. Compreendi que são um meio privilegiado de proximidade e relação com os doentes e família, promotoras de uma avaliação sistemática da dor, veículo de transmissão de informação. Constatei nos campos de estágio a importância do trabalho em equipa para o tratamento da dor, considerada por todos como um desafio, devido à sua variabilidade individual e natureza multidimensional. O convite para participar nas 27^a Jornadas de Dor do Centro Multidisciplinar, com o patrocínio científico da APED, foi também um ponto forte no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre. Contribuíram para a atualização de conhecimentos sobre a temática e ainda a reflexão sobre a necessidade de maior investimento das organizações e dos profissionais de saúde na formação em dor, de forma a garantir o bem-estar e satisfação do doente. Além da aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico Cirúrgica da OE e da EONS conforme fui explanando ao longo dos capítulos anteriores, este percurso permitiu-me também desenvolver competências de Mestre nomeadamente, a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares confrontados nas unidades de dor, lidando com questões complexas como o sofrimento humano e a ideação suicida, tentando encontrar soluções, como o encaminhamento para a psicóloga e incluindo as reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas. E ainda o desenvolvimento de competências que me permitam desenvolver aprendizagens autónomas e auto-orientadas ao longo do meu percurso de vida.

Como limitações ou pontos fracos considero a existência de poucos estudos científicos sobre dor, ensino e autocuidado direcionado para a população oncológica cirúrgica, e outra das dificuldades foi o desenvolvimento do ensino no intraoperatório, nomeadamente, no acolhimento, devido aos constrangimentos referidos. Considero o aspeto referido uma lacuna na implementação do projeto, no entanto, é meu objetivo e da equipa determinar uma estratégia para ultrapassar este obstáculo, aumentando

o índice de satisfação do doente de ambulatório (curta permanência hospitalar), promovendo o seu autocuidado na gestão da dor. De uma forma geral, considero que o projeto contribui para a melhoria da qualidade de cuidados, na medida em que permite à equipa de enfermagem uma intervenção educacional sistematizada e uniformizada ao doente oncológico cirúrgico, com instrumentos de apoio à prática (checklist do ensino, guia orientador e folheto informativo sobre a gestão da dor), facilitando o empoderamento do doente e família na avaliação e gestão da dor, promovendo o autocuidado e o envolvimento da família como parceira de cuidados e com uma participação ativa na tomada de decisão.

4. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

A atividade cirúrgica oncológica tem grande relevância, quer ao nível do acesso ao diagnóstico como ao início do processo terapêutico. A cirurgia provoca dor à pessoa, a dor persiste como o sintoma pós-operatório mais referido, apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos. Este sintoma tem grande impacto na vida do doente oncológico, ao nível do seu bem-estar físico e emocional, condicionando-o nas atividades de vida diária. Cuidar de uma pessoa com dor é um grande desafio e exige uma intervenção da equipa de cuidados, com início na avaliação pré-operatória, com uma comunicação eficaz entre o doente e a equipa. O enfermeiro pelo contacto próximo pode ter uma intervenção diferenciadora no cuidado ao doente oncológico cirúrgico com dor, ao nível da avaliação, diagnóstico e prevenção através do ensino/educação. O enfermeiro é o profissional de saúde com maior competência para assumir um projeto de avaliação e controlo da Dor, concretamente um Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, visto que o Enfermeiro Especialista desenvolveu capacidades de conceção, gestão, supervisão de cuidados, capacidades formativas e de investigação. Ao longo deste percurso acredito ter conseguido através do relatório de estágio, fundamentar a pertinência do projeto e responder à questão de partida: Qual a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório?

Importa, evidenciar, que a metodologia de projeto com os três estágios, em contextos distintos, foram espaços importantes de formação, abertos ao contacto próximo com peritos na área, permitindo a análise e o julgamento crítico relativo à intervenção do enfermeiro sobre as boas práticas, tão necessárias para garantir cuidados humanizados e de qualidade. Desta forma, para produzir cuidados de qualidade foi fundamental um conhecimento sustentado na evidência científica, na opinião de peritos e alicerçado nas teorias de enfermagem, com o desenvolvimento de competências como especialista e mestre. Dei especial enfoque nas competências comunicacionais como a escuta ativa (escutar a mensagem informativa e emotiva do doente oncológico cirúrgico e família), estar em relação com o outro, potencializar a empatia, a compaixão e promover a literacia em saúde, com o empoderamento do doente e família, favorecendo assim, o autocuidado. Como competência do enfermeiro especialista em oncologia

assumi o papel de agente de ensino no processo complexo da doença oncológica, de ajuda à pessoa e família na sua trajetória de doença, auxiliando no processo de decisão ativa e informada, fornecendo informação sobre a doença e a gestão dos tratamentos, aumentando a qualidade dos cuidados prestados, com uma abordagem presente e atenta, ou seja, uma intervenção educacional, priorizando o cuidar centrado no doente. O projeto assentou na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que esta teoria identifica as necessidades de autocuidado dos doentes e perspectivas intervenções de enfermagem para apoiá-los, nomeadamente, as de suporte-educativas. Os aspetos mais marcantes no desenvolvimento do projeto em estágio foi a interação com doentes oncológicos terminais, o confronto com a dor intensa difícil de debelar, com o sofrimento e com a desesperança visíveis no rosto e discurso das pessoas permitindo a compreensão do conceito de dor total. Esta constatação reforça assim a premência da implementação do projeto, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de cuidados de enfermagem avançada nos ensinamentos centrados nas necessidades dos doentes e família, no âmbito da avaliação, gestão e controlo da dor no período perioperatório, promovendo o autocuidado. Em Bloco Operatório a abordagem da dor deverá ser multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, anestesistas e cirurgiões para uma melhor eficácia. Foi compreendida a importância de fomentar o envolvimento da família como parceira nos cuidados de enfermagem, essencial no apoio emocional e na gestão da dor do doente oncológico cirúrgico, especialmente no domicílio. O apoio emocional é essencial neste período de grande fragilidade, de inquietação e de medos. O doente é confrontado com o internamento, com o afastamento da família, dos seus pertences, das suas rotinas, com a cirurgia, com a anestesia, com a doença oncológica/prognóstico e com a dor. Todos estes fatores induzem a grande instabilidade para a pessoa no período perioperatório e o enfermeiro pode e deve facilitar esta partilha, este envolvimento da família. Assim, a participação da família no momento da realização da visita pré-operatória permite apoiar o doente oncológico na tomada de decisão, facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades assistenciais no período pós-alta, no domicílio, nomeadamente, na vigilância da toma da terapêutica, dos possíveis efeitos secundários, no incentivo à aplicação de medidas não farmacológicas (auxílio na mudança de posição, a massagem, a aplicação de gelo) e no agilizar/alertar sobre o eventual agravamento da dor aos profissionais de saúde.

Com a formação aos colegas, a sistematização e uniformização do ensino, a aplicação da checklist e guia de apoio à prática e a entrega ao doente de um folheto informativo para reforço do ensino é expectável que o projeto conduza a resultados significativos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, garantindo a satisfação do doente oncológico cirúrgico e família, promovendo o seu autocuidado. Concomitantemente, permite o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada, nomeadamente competências clínicas nos ensinamentos no período perioperatório, na avaliação da dor no intraoperatório, e ainda na identificação da necessidade de melhoria da qualidade de cuidados, na iniciativa do processo de mudança, na sua liderança, condução e formação da equipa de enfermagem. Na fase inicial deste percurso encontrava-me no nível de iniciada avançada de Benner no âmbito da promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico na avaliação e gestão da dor, uma vez que sou detentora de uma Pós-graduação em Anestesiologia e Controlo da Dor, pertenço a um grupo de trabalho institucional designado de “Hospital sem Dor” e ainda sou o elo de ligação da dor no bloco. Todos estes fatores conduziram à aquisição de alguns conhecimentos na área. Entendo que ao longo deste percurso, atingi os objetivos a que me propus e nesta fase final consegui posicionar-me no nível de enfermeira proficiente, compreendendo as situações na sua globalidade.

Futuramente, pretendo dar continuidade a este projeto, que foi integrado no plano de formação em serviço pelos superiores hierárquicos e demonstrado pelos mesmos o interesse no seu desenvolvimento no sentido de melhoria da qualidade de cuidados em BO. Apesar dos obstáculos previsíveis como a falta de enfermeiros, impossibilitando por vezes a realização da VPO a aplicação da checklist/ensino aos doentes em regime ambulatorio e no acolhimento em BO, compreende-se a relevância do ensino devido à curta permanência hospitalar. Pretende-se em equipa dar continuidade a este projeto e num futuro próximo equacionar a inclusão do ensino sobre a dor no projeto de Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa com doença oncológica/Família no período pré e intra-operatório. Propõe-se que o enfermeiro de anestesia, no próprio dia da cirurgia se desloque ao serviço de ambulatorio para conhecer o doente, explicar os procedimentos perioperatórios e realizar os ensinamentos. Outra das situações ponderadas passa pela implementação de uma consulta telefónica prévia à cirurgia ou desenvolver uma parceria com a consulta (consulta de enfermagem

que é realizada por norma uma semana antes da cirurgia, coincidente com a consulta de anestesia) e com os serviços cirúrgicos, no sentido de se proceder a um programa educacional sobre a avaliação e gestão da dor com início na consulta e reforçado em todo o percurso hospitalar.

Pretendo manter as auditorias aos registos de enfermagem sobre a avaliação da dor e respetivas intervenções intraoperatórias e treinar a equipa na aplicação do ensino/checklist, com o apoio de sessões formativas. É também minha intenção desenvolver um papel ativo no seio da equipa multidisciplinar, participando no programa ERAS, em fase inicial no Hospital.

Seguramente é meu objetivo manter a formação contínua e atualizada nas áreas da Dor e Comunicação na vertente enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2015). Entender a dor oncológica. Grunenthal.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). A Dor. Acedido a 25-07-2019. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972853521X.
- Alves, P., & Ferreira, M. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *ONCONEWS*, 38, 6-14 DOI:10.31877/on.2019.38.01
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634–41. DOI:10.1016/j.pmn.2014.12.003.
- Araújo, C. A. (2014). Um contributo para o desenvolvimento de arquétipos: revisão integrada da literatura sobre a "dor". (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9489>
- Araújo, L., & Romero, B. (2015). Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Revista Dor*, 16(4), 291-29. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*.
- Beck, S., Brant, JM., Donohue, R., Smith, E., Towsley, G. Berry, P. & Donaldson, G. (2016). Oncology Nursing Certification: Relation to Nurses' Knowledge and Attitudes About Pain, Patient-Reported Pain Care Quality, and Pain Outcome. *ONCOLOGY NURSING FORUM*. 43(1), 67-76. doi: 10.1188/16.ONF.67-76
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centered care. *Open Journal of Nursing*, 3: 563-567. doi: 10.4236/ojn.2013.38077.

- Bruckenthal P. & Simpson. M. (2016). The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *AORN Journal*, 104, (6), S17-S22. [DOI:10.1016/j.aorn.2016.10.013](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013).
- Campos, C.M. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista Psiogos*, 15(1), 91-101. DOI: 10.25752/psi.9725
- Cardoso, A. (2014). Controlo da dor em pacientes oncológicos. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (CIPE). (2011). versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coelho, M.S., Sampaio, M.S.B., Pereira, E.R., Martins, C.C., Silva, R.M.C, & Medeiros, CL. (2010). Women mastectomized: a proposal of self care based on Michel Foucault's ideas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1), 311–18. <https://doi.org/10.5205/reuol.472-5699-1-LE.0401201039>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- CIPE® versão 2018. Acedido em 29.07.2019, disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Decreto-Lei nº 66/2018, de 16 de agosto. Aprova o regime jurídico de reconhecimento de graus académicos e diplomas de ensino superior atribuídos por instituições de ensino superior estrangeiras. Diário da República nº.157/2018, Série I, de 2018-08-16 de. Acedido a 30.04.2020. Disponível em: [116068576 \(dre.pt\)](https://dre.pt/116068576)
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Portugal - *A dor com 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR). Acedido em 14/06/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...da.../circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Portugal – Doenças oncológicas em números: 2013. Lisboa: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Portugal: doenças oncológicas em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Acedido a 01.05.2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde. (2015) *Portugal - Doenças Oncológicas em Números*. Acedido em: 25-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Doença*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2017). Acedido a 20/01/2021. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/estrategia-nacional-contra-a-dor>
- European Oncology Nursing Society. (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4^a ed.). Bruxelas: European Oncology Nursing Society. Acedido em 5 de dezembro de 2019. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search='competences 2013'>
- European Oncology Nursing Society. (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido em 05-12-2019. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>.
- European operating room nurse association. EORNA. (1997). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing – Third Edition 2019*. Acedido em 15-05-2021. Disponível em: <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019-3/>.
- Fatma, A., & Serife, K. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1456–64.
- Frossard, A., De Castro Miller, T. (2019). Cuidados Paliativos Oncológicos: o cuidar na perspetiva dos profissionais de saúde. *Revista Sustinere - Revista de Saúde e Educação*, 7 (2).
- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In: A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos*. 3^a edição, pp. 653-664. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Faustino, S. (2012). Dor crónica. In: *Manual da Dor Crónica*. Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Clínica da Dor. IPO
- Fink, R.M., & Brant, J.M. (2018). Complex Cancer Pain Assessment. *Hematology/oncology clinics of North America*, 32(3), 353-369. Doi: 10.1016/j.hoc.2018.01.001

- Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França C., & Ferreira. A.C. (2007). Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica. *Revista APED*, 15(1), 37-40.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 749 – 760). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência, pp.497. ISBN 972-8383-83-5.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (1979) Pain Definition. Bonica JJ. The need of a taxonomy. *Pain*, 6(3):247-8. doi: 10.1016/0304-3959(79)90046-0
- ICN, I.C (2008). *Nursing Care Conti Competencies*. Genebra. Switzerland: Copyright.
- Izzo, J.M., Cunha, A.M., Cesariano, C., & Martins, M. (2019). O impacto da dor crónica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de seus cuidadores. *BrJP*, 2(4), 336-41. DOI: 10.5935/2595-0118.20190062
- Jahn, P., Kitzmantel, M., Renz, P., Kukk, E., Kuss, O., Thoke-Colberg A, ..., Landenberger M. (2010). Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. *Trials*, 11, 29. DOI: 10.1186/1745-6215-11-29.
- Koller, A., Miaskowski, C., De Geest, S., Opitz, O., & Spichiger, E. (2013) Supporting self- management of pain in cancer patients: methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 1-8. DOI: 10.1016/j.ejon.2012.02.006.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), 381-7. DOI: 10.1016/j.aorn.2009.06.022.
- Liebner, L.T. (2015). I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients. *AORN Journal*, 101(4), 416–27. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.016>
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no Bloco Operatório. *Revista Nursing*, 187: 25-28.
- Luna, A. (2014). Importância da visita pré-operatória de enfermagem: a satisfação do cliente (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal.

- Machado, G. C., Ouro, E. T. R., do & de Santana, F. P. G. de. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 2(2), 33.
- Martins, M., & Lopes, M.A., (2010). Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Revista Pensar Enfermagem*, 14, (1), 39-57.
- Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D. (2017). A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 438–444. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.06.008>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory, models and methods*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F. Morlion, B., Neugebauer, E., ... Joseph Pergolizzi. (2015). Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Current Medical Research and Opinion*, 31(11), 2131-43. DOI:10.1185/03007995.2015.1092122
- Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer, E.A.M., Osterbrink, J., Benhamou, D., Betteridge, N., & Schäfer, M. (2018). Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators. *Current Medical Research and Opinion*, 34(1), 187-96. DOI: 10.1080/03007995.2017.1391081
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3.
- Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12):1686-92. DOI: 10.1111/jocn.12775.
- Observdor, Centro Nacional de Observação em Dor (2010). *Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal*. Relatório Final. Acedido em 07-06-2021. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/diversos/flip/estado_da_arte_do_ensino_da_dor_em_portugal/inicio.html
- Organização Mundial da Saúde (2014). MediaCentre: Cancer [em linha]. World Health Organization (WHO). Acedido em 05-07-2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

- O'Donnell, K.F. (2015). Preoperative pain management education: a quality improvement project. *J Perianesth Nurs*, 30(3), 221-7. DOI: 10.1016/j.jopan.2015.01.013.
- O'Donnell, K.F. (2018). Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project. *Journal Perianesth Nursing*, 33(6),956-63. doi:10.1016/j.jopn.2017.11.001.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia de boa prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa decreta uma competência. Diário da República, 2.ª série - N.º 78 - 22 de abril de 2015.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th Ed.) New York: Mosby.
- Orem, D.E (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed). St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: Mosby.
- Owen, R., & Jeffrey, D. (2008). Communication: common challenging scenarios in cancer care. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1163-8. doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.029
- Otto, S. (2000). Enfermagem em Oncologia. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Park, K.A., Oh, Y.J., Kim, K.M., Eum, S.Y., Cho, M.H., Son, Y.H., ..., Park, C.S. (2017). Navigation programs, are they helpful for perioperative care with thyroid cancer patients?. *European Journal of Cancer Care*, 26(4), e12592. <https://doi.org/10.1111/ecc.12592>.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau, Formação em Saúde, Lda. ISBN:978-989-8269-17-1
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C...., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a

- personcentred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2904–16.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pilatto, M. (2011). Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Acedido a: 01/02/2020. Disponível em <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Querido, A. et. al (2016). *Comunicação*. In: Neto, I. & Barbosa, A. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 3.^a edição. ISBN: 978-972-9349-37-9
- Razera, A. P., & Braga, E. M. (2011). The importance of comm. unication during the postoperative recovery period. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 632–37. DOI:S0080-62342011000300012
- Rejeh, N., & Vaismoradi, M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 67-73. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2009.00488.x.
- Ritto, C., & Rocha, F. (2012). Avaliação da Dor. In: Associação Nacional para o estudo da Dor Crónica Oncológica. Manual da Dor Crónica. Clínica da Dor. IPO. pp.101- 124.
- Ritto, C., Rocha, F.D., Costa, L., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P.R., ...Faustino, S. (2017). *Manual de Dor Crónica*. 2ªedição Lisboa. Fundação Grünenthal.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, B. Ramos, A., Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6(1), 51.
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no préoperatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 7-15.

- Schmidt, M, . et al. (2015). Patient Empowerment Improved Perioperative Quality of Care in Cancer Patients Aged 65 Years– A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 10(9), e0137824. DOI: [10.1371/journal.pone.0137824](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137824)
- Subramanian, P., Ramasamy, S., Ng, K. H., Chinna, K., & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 232–38. DOI:10.1111/ijn.12363
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Waller, A., Forshaw, K., Bryant, J., Carey, M., Boyes, A., & Sanson-Fisher, R. (2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient Education & Counseling*, 98(12), 1540–1549. DOI: 10.1016/j.pec.2015.05.008
- Yildirim, Y.K., Cicek, F., & Uyar, M. (2009). Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. (2009). *Pain Management Nursing*, 10(4), 220-8. DOI: 10.1016/j.pmn.2007.09.004.
- Zhou, L., Liu, X.L., Tan, J.Y., Yu, H.P., Pratt, J., & Peng, Y.Q. (2015) Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review. *International Nursing Review*, 62(2), 218-30. <https://doi.org/10.1111/inr.12172>

APÊNDICES

APÊNDICE I. Revisão Scoping

Revisão Scoping

Intervenção de Enfermagem na promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da dor - Intervenção de Enfermagem no Perioperatório: Revisão Scoping

Background:

As doenças oncológicas são uma causa de morbilidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2017). O cancro é a segunda causa de morte a nível mundial, tendo provocado 8,8 milhões de mortes no ano de 2015 (WHO, 2018). Em Portugal o cancro foi a causa de morte que mais subiu nos últimos anos (DGS, 2017).

Atualmente, há múltiplos tratamentos dirigidos ao cancro que incluem a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a imunoterapia. A Direção Geral da Saúde (2015) verificou que de uma forma global, assistiu-se, a uma melhoria na acessibilidade dos doentes aos tratamentos oncológicos registando-se, em simultâneo, um aumento do número de cirurgias efetuadas. A cirurgia é um acontecimento crítico, uma realidade, muitas vezes, inesperadamente imposta, provocando alterações significativas na vida de cada um, nos padrões fundamentais da vida quer ao nível individual quer ao nível familiar produzindo mudanças de papéis, nas identidades, nas relações, nas capacidades e nos comportamentos, com implicações no bem-estar e na saúde (Santos, Martins, & Oliveira, 2014).

A cirurgia provoca dor à pessoa, que é definida pela IASP (1986) como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões*”. De acordo, com a APED (2018), esta definição significa que a dor não é só uma sensação, mas sim, um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser observada segundo um modelo biopsicossocial.

A dor é o sintoma mais temido e gerador de maior angústia relatada pelas pessoas com doença oncológica (Fink & Brant, 2018). O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE) descreve o fenómeno dor: “*como algo alterado, como uma Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência*

subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”

O pré-operatório é um período com uma envolvimento emocional significativa quer para o doente, quer para os familiares ou cuidadores significativos, por este motivo torna-se necessário que a preparação psicológica tenha início com o contacto entre o enfermeiro/doente ainda antes da cirurgia. Neste contexto a avaliação pré-operatória é imprescindível e deve ser contínua ao longo de todo o processo cirúrgico (Santos, Martins & Oliveira, 2014).

A American Association of Operating Room Nurses (AORN) enuncia que o enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia e clarifica também que as intervenções de cuidados holísticos podem incluir a comunicação terapêutica e deve começar no período pré-operatório (AESOP, 2006). De acordo, com Suhonen & Kilpi H. (2006) as necessidades de informação pré-operatória para os doentes cirúrgicos são a dor, o controlo da dor, o autocuidado, o pós-operatório e as alterações psicológicas. Schmidt, et.al (2015) reforçam que fornecer educação pré-operatória é uma forma de capacitação do doente, incluindo as informações sobre as limitações pós-operatórias. Assim, a visita pré-operatória efetuada ao doente oncológico é essencial para responder a necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, a cirurgia e suas complicações, formas de adaptação no período pós-operatório e o autocuidado (Pereira et.al, 2016; Mello, Lucena & Echer, 2010).

O autocuidado de acordo com Orem (1991) é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Orem identificou as necessidades de autocuidado dos doentes e respetivas medidas de enfermagem para apoiá-los, em parte compensatórias, totalmente compensatórias e de suporte-educativas.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do desempenho do enfermeiro como agente educador, na promoção do potencial de saúde adaptativo

aos processos vitais, no crescimento e desenvolvimento e no fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo doente. Nesta medida, os enfermeiros devem informar o doente sobre o que é expectável relativamente à dor após um ato cirúrgico, corrigir os mitos e ideias erradas e fornecer explicações quando se produzem mudanças físicas sobre como gerir a dor, com recurso à avaliação e às medidas existentes de alívio da dor (Benner, 2001). As informações transmitidas no pré-operatório, a forma como foram transmitidas e a quantidade de informação influenciam a recuperação pós-operatória e a participação do doente oncológico na sua recuperação (Santos et. al, 2010).

O tratamento da dor é um dos maiores desafios para os enfermeiros que cuidam de doentes durante o período pós-operatório e poderá ser ainda mais desafiador para os doentes que têm de gerir a sua própria dor após a alta da instituição de saúde (O'Donnell,2018). Importa, referir, que” *o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde*” (DGS, 2003, p.1)

A implementação eficaz de cuidados centrados na pessoa só é possível com base no diálogo entre o doente e o profissional exigindo o desenvolvimento de competências profissionais. A abordagem centrada na pessoa exige que os profissionais de saúde sejam especializados em ouvir as narrativas dos doentes e adquiram conhecimento sobre como as experiências de sintomas podem ser expressas e interpretadas individualmente (Brink & Skott, 2013).

Tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados no período perioperatório e de forma a melhorar o índice de satisfação do doente oncológico cirúrgico e família, importa, compreender qual a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado na avaliação e gestão da dor. Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas Medline e Cinahl no sentido de encontrar revisões da literatura sobre o tema sem sucesso, pelo que delineámos como questão de investigação para esta scoping: Qual a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório?

Para a realização desta scoping foi seguida a metodologia de Joanna Briggs.

QUESTÃO DE REVISÃO

A questão da revisão apresenta-se segundo a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). A **P** (população) é representada pelo doente oncológico cirúrgico e família o **C** (conceito) diz respeito à intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado na avaliação e gestão da dor e o **C** (contexto) integra a período perioperatório. Esta mnemónica traduz-se na seguinte **questão de investigação**: Qual a intervenção de enfermagem que promove o autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório?

OBJETIVO

O objetivo desta revisão scoping é mapear a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem na avaliação e gestão da dor ao doente oncológico cirúrgico e família em contexto perioperatório. A questão de partida foi essencial para orientar a pesquisa realizada. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão no sentido de obter estudos que evidenciam a questão formulada.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos artigos são apresentados. São eles a população; conceito; contexto; tipo de texto; idioma de publicação e disponibilidade do texto e data de publicação.

Quadro nº 1: Apresentação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos artigos da revisão.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	Doente oncológico cirúrgico; Adulto (Idade superior ou igual a 18 anos); Família	População pediátrica
CONCEITO	Promoção do autocuidado na avaliação e gestão da dor, Intervenção de enfermagem	Artigos que não contemplem o conceito descrito.
CONTEXTO	Período Perioperatório	Artigos que não contemplem o período perioperatório
TIPO DE TEXTO	Todo o tipo de literatura existente: Revisões da literatura; estudos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento; opiniões de peritos; reflexões críticas; guidelines; relatórios; estudos de caso, outros.	—
DATA DA PUBLICAÇÃO	2009-01-01 a 2019-12-31	Anterior a janeiro de 2009
IDIOMA DA PUBLICAÇÃO	Português, Inglês, ou Espanhol	Documentos com outro idioma
DISPONIBILIDADE DE TEXTO	Full text, gratuitos	Ausência de full text; Pagos;
DISPONIBILIDADE DE TEXTO	Full text, gratuitos	Ausência de full text; Pagos;

ESTRATÉGIA DA PESQUISA

A estratégia de pesquisa pretendeu encontrar documentos publicados e não publicados. Através da plataforma EBSCOhost foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text por forma a extrair as palavras em linguagem natural que remetiam aos critérios de inclusão. Seguindo-se uma análise dos títulos e resumos indexados usados para descrever o artigo.

Tendo em conta o grau de relevância de cada documento, foram identificados como termos de pesquisa: “surgical patients”; “cancer patients”, “patient education”, “pain management” “treatment related pain” pain postoperative,” “preoperative education”, “preoperative care, ”preoperative nursing”. Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL Complete, recorreu-se ao CINAHL Headings para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 104 estudos. Aplicado como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2009-01-01 a 2019-12-31 e a existência de disponibilidade do texto integral e gratuito. Pela leitura do título e do resumo dos estudos foram excluídos 90 artigos, que não reuniam os critérios de inclusão, pois, não integravam a população adulta, o contexto perioperatório, nem o conceito relativo à intervenção de enfermagem. Assim, foram selecionados 14 artigos que correspondiam aos critérios pré-estabelecidos. Alguns dos artigos pagos foram conseguidos através da colaboração das bibliotecárias da ESEL.

Na estratégia de pesquisa realizada na base de dados *Medline Complete* seguiu o mesmo procedimento. Como tal foi utilizado o *MeSH2015* para encontrar os termos indexados a cada termo de pesquisa. Os termos de pesquisa foram ligeiramente diferentes dos utilizados na CINAHL, desta forma utilizei os seguintes termos: “patient education”, “patient education as topic”, “patient education handout”, “pain postoperative”, “preoperative period” , “preoperative care”, “postoperative period”; “postoperative care”, “pain”, “oncology nursing”. Foram utilizadas as expressões booleanas OR e AND e foram encontrados 14 artigos. Aplicado como limitadores da pesquisa um período de tempo, assim foram selecionadas as publicações compreendidas entre 2009.01.01 e 2019.12.31. Após leitura dos títulos e do resumo foram excluídos 11 artigos, devido à idade dos participantes, à população não ser cirúrgica e o contexto não ser o período perioperatório, emergindo apenas 3 artigos que vão ao encontro aos critérios de inclusão.

Apresentação de Resultados

A partir da pesquisa anteriormente referida, obtiveram-se 104 resultados na CINAHL e 14 resultados na MEDLINE, totalizando 118 artigos. Apresentados esquematicamente na ilustração.

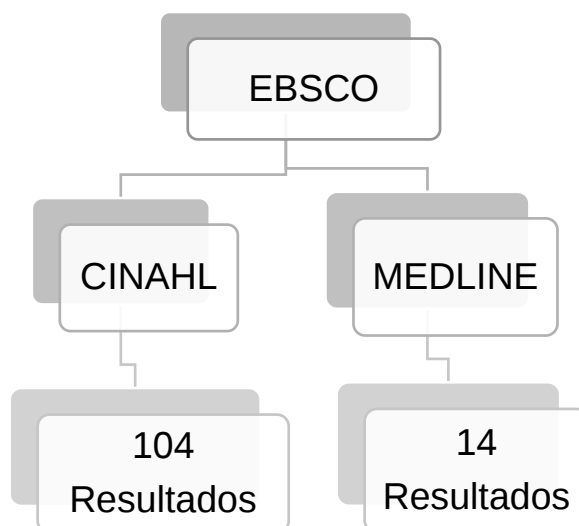


Ilustração 1 - Fluxograma de resultados obtidos, após pesquisa.

De seguida eliminei os resultados repetidos. A partir da leitura dos títulos dos artigos foram eliminados aqueles que não contemplavam os critérios de inclusão, conceito e contexto. Por escassez de artigos direcionados exclusivamente para a população oncológica cirúrgica, tive a necessidade de abranger os estudos aplicados ao doente cirúrgico no geral. Efetuada uma leitura integral dos restantes artigos considerando os critérios de inclusão e exclusão e assim foram selecionados 17 artigos que vão de encontro à questão de partida.

Estão expostos no quadro abaixo os documentos selecionados para este estudo após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão.

Referências Bibliográficas dos artigos selecionados para a scoping
Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D. (2017). A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> , 32(5), 438–444. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.06.008
Kruzik N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. <i>AORN Journal</i> , 90(3), 381–387.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022>

Fatma, A., & Serife, K. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1456–1464. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127731939&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Liebner, L. T. (2015). I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients. *AORN Journal*, 101(4), 416–427. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.016>

Park, K. A., Oh, Y. J., Kim, K. M., Eum, S. Y., Cho, M. H., Son, Y. H., ... Park, C. S. (2017). Navigation programs, are they helpful for perioperative care with thyroid cancer patients? *European Journal of Cancer Care*, 26(4), n/a-N.PAG.

<https://doi.org/10.1111/ecc.12592>

Subramanian, P., Ramasamy, S., Ng, K. H., Chinna, K., & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(3), 232–238. <https://doi.org/10.1111/ijn.12363>

Rejeh N, & Vaismoradi M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00488.x>

Waller, A., Forshaw, K., Bryant, J., Carey, M., Boyes, A., & Sanson-Fisher, R. (2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient Education & Counseling*, 98(12), 1540–1549. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.008>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a personcentred intervention. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(13–14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>

O, C. G., Coates, V., & O, N. S. (2014). Randomised controlled trial of a tailored information pack for patients undergoing surgery and treatment for rectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 183–191.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.011>

Razera, A. P., & Braga, E. M. (2011). The importance of communication during the postoperative recovery period. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 632–637. <https://doi.org/dx.doi.org/S0080-62342011000300012>

Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634–641.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>

Bruckenthal, P., & Simpson, M. H. (2016). The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *AORN Journal*, 104, S17–S22.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013>

Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. (2009) Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. (2009). <i>Pain Manag Nurs</i> . Dec;10(4):220-8. https://doi: 10.1016/j.pmn.2007.09.004 .
Coelho MS, Sampaio MSB, Pereira ER, Martins CC, Silva RMC, & Medeiros CL. (2010). Women mastectomized: a proposal of self care based on Michel Foucault's ideas. <i>Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE</i> , 4(1), 311–318. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105205206&lang=ptpt&site=ehost-live
Jahn P, Kitzmantel M, Renz P, Kukk O, Thoke- Colberg A, Horn I, Landenberger M. (2010) Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. Mar 22; 11:29. https://doi:10.1186/1745-6215-11-29
Zhou L, Liu XL, Tan JY, Yu HP, Pratt J, Peng YQ. (2015) Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review. <i>Int Nurs Rev</i> . Jun; 62(2): 218-30. https://doi.org/10.1111/inr.12172

Tabela 1. Referências Bibliográficas dos artigos selecionados para a scoping.

Ao pesquisar estes artigos científicos surgiram outros sobre a mesma temática. Após leitura integral, validados os critérios de inclusão e compreendido que estas pesquisas são um importante contributo para dar resposta à questão de investigação, considere este modo, incluir mais estes 2 artigos na revisão scoping. No total foram incluídos 19 artigos na revisão scoping.

Descritas as referências bibliográficas na tabela 2.

Referências Bibliográficas
O'Donnell KF. (2018). Preoperative Pain Management Education: Na Evidence-Based Practice Project. <i>J Perianesth Nurs</i> . Dezembro;33(6):956-963. Doi:10.1016/j.jopn.2017.11.001
O'Donnell KF.(2015).Preoperative pain management education: a quality improvement project. <i>J Perianesth Nurs</i> . 2015 Jun;30(3):221-7. doi: 10.1016/j.jopan.2015.01.013 .

Tabela 2. Referências Bibliográficas de outras fontes

Extração de dados

Para a extração dos dados elaborei um instrumento que sintetiza os resultados relevantes dos estudos incluídos na revisão scoping, baseado na metodologia de

Joanna Briggs Institute (2015). Realizei uma leitura de todos os artigos para obter uma compreensão global de cada um e registado em tabelas, por ordem cronológica, com os seguintes campos: Título; Autor/Ano de publicação; objetivos; tipo de texto/metodologia utilizada; participantes, resultados e respetivas conclusões.

Tabela: Extração de dados referente aos resultados da pesquisa nas bases de dados eletrónicas.

Título	Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients
Autores e Ano de Publicação	Nancy Kruzik Setembro de 2009
Objetivos	Pesquisar estudos relativos aos benefícios da educação pré-operatória para doentes adultos submetidos a cirurgia eletiva em regime de ambulatório.
Tipo de texto /Metodologia	Revisão sistemática da literatura.
Participantes	Doentes cirúrgicos adultos propostos para cirurgia eletiva em Centros Ambulatoriais nos EUA.
Resultados	Evidências mostram que os doentes sofrem desnecessariamente, devido à fraca preparação pré-operatória, à inadequada informação sobre o percurso perioperatório, indicado através de relatos de dor inesperada, fadiga e incapacidade de cuidar de si. Documentado na literatura que a educação pré-operatória diminui a ansiedade e o medo da experiência cirúrgica dos doentes ambulatoriais adultos. Estudos que avaliam programas estruturados de ensino pré-operatório determinaram que o programa de ensino provou ser benéfico quando fornecido antes da experiência cirúrgica. É necessário que os enfermeiros perioperatórios tenham consciência que a educação pré-operatória sobre o processo cirúrgico deve ser individualizada, adaptada para ajudar os doentes a alcançar os melhores resultados, especialmente se o ensino for dado antes do dia da cirurgia.
Conclusões	A pesquisa mostrou que a educação pré-operatória pode melhorar os resultados dos doentes e a satisfação com a experiência cirúrgica. Ter um programa de educação pré-operatório bem estruturado permite que enfermeiros perioperatórios em centros de cirurgia ambulatorial

	forneçam uma abordagem cuidadosa e inovadora do ensino perioperatório em tempo limitado.
--	--

Título	Effects of Pain Education Program on Pain Intensity, Pain Treatment Satisfaction, and Barriers in Turkish Cancer Patient
Autores e Ano de Publicação	Yildirim yk, Cicek F, Uyar M Dezembro 2009
Objetivos	Investigar o efeito de um programa de educação sobre a intensidade da dor, a satisfação dos doentes com o tratamento da dor e as barreiras relacionadas com a gestão da dor entre doentes com cancro.
Tipo de texto /Metodologia	Os doentes foram randomizados para um programa de educação da dor ou um grupo controlo. Os dados foram colhidos através do McGill Pain Questionnaire, da Numeric Rating Scale e do Barrier Questionnaire – Revised. Após a conclusão dos questionários na primeira entrevista, os doentes do grupo programa de educação da dor receberam educação com um folheto educacional sobre dor e um programa de slides explicativo que discutia o conteúdo do folheto com os doentes e os doentes do grupo controlo receberam cuidados clínicos de rotina. Os questionários foram reaplicados aos doentes nos dois grupos 2, 4 e 8 semanas após.
Participantes	Amostra de 40 doentes hospitalizados por cancro e com dor
Resultados	Os resultados sugerem que o programa de educação da dor diminui a intensidade da dor, melhora a satisfação com o tratamento e diminui as barreiras sobre o tratamento da dor em doentes com cancro.
Conclusões	A incorporação do programa de educação da dor no padrão de atendimento de doentes com cancro com dor pode melhorar a qualidade do tratamento.

Título	Women Mastectomized: A proposal of self-care based on Michel Foucault's ideas
Autores e Ano de Publicação	Marcia Sandre Coelho, Maria Suzana de Barros Sampaio, Eliane Ramos Pereira, Carla Castilho Martins, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, Cláudia Labriola Medeiros. 2010 jan./mar

Objetivos	Analisar a literatura brasileira dos últimos dez anos acerca da intervenção de enfermagem prestada às mulheres mastectomizadas no período pós-operatório. Caracterizar os principais cuidados de enfermagem e orientações à mulher mastectomizada no cuidado de si, para efetiva recuperação e reabilitação.
Tipo de texto /Metodologia	Pesquisa bibliográfica, na base de dados Scielo, Lilacs e de fontes do Instituto Nacional do Câncer dos últimos dez anos (1999-2009), utilizando-se descritores mastectomia, enfermagem e assistência, pesquisando os cuidados de enfermagem prestados a doentes mastectomizadas no período pós-operatório.
Participantes	28 artigos encontrados, 21 estavam de acordo com o objeto proposto pelo estudo.
Resultados	A mastectomia é uma realidade dolorosa para a mulher, que se repercute sobre a autoimagem, sexualidade e desempenho dos papéis das mulheres na sociedade. Para muitas mulheres mastectomizadas, a experiência oncológica traz consigo a concepção cultural de desvalorização da feminilidade juntamente a dificuldade de aceitação e adaptação à sua nova condição de vida.
Conclusões	É fundamental a inclusão de medidas de qualidade de vida na assistência e no processo de recuperação à mulher mastectomizada a fim de se valorizar a promoção da vida e o autocuidado. A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental no processo de recuperação da mulher mastectomizada, uma vez que promove suporte emocional e informativo sobre os cuidados necessários à reabilitação pós-mastectomia, além de proporcionar tranquilidade e conforto perante os sentimentos e as expectativas. Além disso, cabe ao enfermeiro orientar para a alta e direcionar a mulher para o autocuidado e para grupos que promovem a reintegração à sociedade e a seu cotidiano familiar. A enfermagem pode atuar minimizando complicações e sofrimentos mediante cuidados e ações educativas voltadas para essas mulheres, para o cuidado de si, possibilitando superação no processo de confronto com a doença oncológica com vista a uma recuperação e reabilitação mais saudável e menos dolorosa.

Título	Improvement of pain related self-management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial
---------------	--

Autores e Ano de Publicação	Jahn P, kitzmantel M, Renz P, Kukk E, Kuss O, Thoke- Colberg A, Horn I, Landenberger M. Março 2010
Objetivos	Avaliar a melhoria do autocuidado do doente oncológico com dor através da enfermagem oncológica, de um programa de enfermagem estruturado, realizado por módulos; contribuir com evidências sobre as intervenções de enfermagem para melhorar a autogestão em doentes oncológicos com dor; reduzir as barreiras relacionadas com o doente na gestão da dor a fim de diminuir a intensidade e a interferência da dor nas atividades diárias, além de melhorar a adesão e a QVRS.
Tipo de texto /Metodologia	Estudo randomizado Métodos: Os doentes das enfermarias de intervenção receberam, adicionalmente ao tratamento padrão da dor, o programa SCION-PAIN, composto por 3 módulos: tratamento farmacológico da dor, tratamento não farmacológico da dor e gestão da alta. O programa inclui intervenções para otimizar o tratamento da dor farmacológica e não farmacológica, além da gestão e aconselhamento da alta relacionados com dor, para reduzir as barreiras dos doentes e melhorar a gestão da dor. A intervenção será conduzida por enfermeiros oncológicos treinados e inclui componentes de educação do doente, treino de habilidades e aconselhamento para melhorar o autocuidado, começando na admissão, seguida de uma sessão de reforço a cada 3 dias e um aconselhamento telefónico de acompanhamento 2 a 3 dias após a alta. Os doentes do grupo controlo receberão um tratamento padrão relativo à dor.
Participantes	Os participantes são 240 doentes com diagnóstico oncológico e dor superior a 3 dias e dor média >3/10, internados em 18 enfermarias em dois hospitais universitários.

Resultados	O programa SCION-PAIN pretende melhorar as habilidades de autogestão dos pacientes com dor de cancro. Existem três categorias que influenciam o comportamento de saúde relacionado à dor, identificado pelo modelo. São eles: (1) fatores predisponentes, como crenças, atitudes e percepções; (2) fatores facilitadores, como conhecimentos e habilidades, e (3) fatores de reforço, ou seja, feedback da família ou dos profissionais de saúde. O programa SCION-PAIN concentra-se em fatores predisponentes e facilitadores, porque as barreiras relacionadas com o doente, como conceitos errôneos sobre o uso de opióides, interferem crucialmente no estabelecimento e manutenção.
Conclusões	A dor é um dos sintomas mais frequentes e angustiantes em doentes com cancro. Para a maioria dos doentes, pode ser obtido alívio suficiente da dor se for fornecido tratamento adequado. No entanto, a dor permanece muitas vezes subtratada devido a barreiras institucionais, relacionadas com os profissionais de saúde e com o doente. As habilidades de autogestão dos doentes são afetadas pelo conhecimento, atividades e atitudes dos doentes em relação ao tratamento da dor.

Título	Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management
Autores e Ano de Publicação	Rejeh N, & Vaismoradi M. 2010
Objetivos	Explorar as perspetivas e experiências de doentes submetidos a cirurgia eletiva em relação à gestão da dor.
Tipo de texto /Metodologia	Um estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo, foi utilizado para colher e analisar a experiência de vinte doentes submetidos a cirurgia eletiva em relação à gestão da dor. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para colheita de dados. Durante a análise dos dados, três temas principais surgiram: "percepções relativas à dor", "opiniões dos doentes sobre o papel dos enfermeiros na gestão da dor" e "Interação na gestão da dor".
Participantes	20 pacientes submetidos a cirurgia eletiva, todos submetidos a cirurgia abdominal, internados em enfermarias de dois hospitais.

Resultados	Os resultados aferidos sobre as <u>percepções dos doentes relativamente à dor</u>: A maioria dos participantes acreditava na inevitabilidade da dor após cirurgia; a dor foi considerada parte normal de qualquer cirurgia sem nenhuma expectativa de alívio completo, no entanto, outros dos participantes percecionaram que as pessoas não deveriam ter que sentir dor com o conjunto de intervenções disponíveis e outros ainda esperavam uma redução natural da dor na concordância com a progressão da cicatrização; A <u>opinião dos doentes relativa ao papel dos enfermeiros na gestão da dor</u>: Esperavam que as enfermeiras considerassem as necessidades específicas de cada doente. Perceberam que os enfermeiros envolvidos não tinham tempo para cada doente, o que os fez sentir como se fossem apenas mais um. Gostariam de ser reconhecidos como seres humanos únicos. De acordo com as declarações dos participantes, por vezes os enfermeiros não se importaram com a dor sentida, não a valorizaram. A atitude dos enfermeiros perante a dor demonstrava que a dor era normal, ou considerado um evento expectável conflituando esta atitude com a dor real sentida pelos doentes. Quando os doentes não receberam alívio adequado da dor, acreditavam que os enfermeiros não tinham conhecimentos sobre a gestão da dor e, portanto, não podiam prestar atenção adequada às queixas álgicas. <u>Interação no tratamento da dor.</u> Os enfermeiros mantiveram controle total dos analgésicos recebidos pelos doentes. Os doentes sentiram que não tinham escolha no controle da dor. Fracas habilidades de comunicação por parte dos enfermeiros, falhas nas informações fornecidas sobre a dor, os fármacos, dosagem e frequência. Pelo contrário, os enfermeiros que estavam familiarizados com a gestão da dor explicaram aos doentes o processo de dor, informação sobre a administração de fármacos para alívio da dor e as causas de dor após a cirurgia.
Conclusões	É importante possuir informações sobre a dor e sua gestão. Os participantes ainda consideram a importância de saber o que esperar e entender rotinas hospitalares, ser preparado permite-lhes lidar com a dor reduzindo a sua vulnerabilidade. Os participantes acreditavam na importância da comunicação. A satisfação com a gestão da dor é mais provável quando os profissionais de saúde incluem os pacientes como parceiros informados.

Título	The importance of communication during the postoperative recovery period.
Autores e Ano de Publicação	Razera, A. P., & Braga, E. M. 2011
Objetivos	Conhecer a importância da comunicação durante as orientações pós-operatórias fornecidas pela equipe de enfermagem a doentes e/ou familiares de uma instituição e apreender a percepção destes indivíduos acerca das orientações recebidas.
Tipo de texto /Metodologia	Estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico da Comunicação Interpessoal e o referencial metodológico da Análise de Conteúdo. O estudo foi desenvolvido nas enfermarias cirúrgicas de um hospital privado do Estado de São Paulo.
Participantes	Participaram do estudo 16 doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, de urgência e/ou emergência que permaneceram, no mínimo, 3 dias internados, entrevistados no período pós-operatório mediato. Indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos e com nível de consciência que os possibilitasse a compreensão da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Resultados	Os resultados evidenciaram que a equipe de enfermagem focaliza as orientações nas técnicas, não abordando o indivíduo de forma holística. Também foi possível perceber que, quando o enfermeiro permanece afastado do doente e/ou não presta informações adequadas gera sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e sensação de falta de cuidado. Por outro lado, quando a equipe de enfermagem se fez presente com cuidado e informações coerentes, os clientes relataram um alto nível de satisfação e a sensação de ser bem cuidado. Os resultados encontrados neste estudo permite-nos considerar que, enquanto para o enfermeiro, coordenador do cuidado, a qualidade está fundamentada em aspetos de comportamento ético e competência técnica, para o doente, os atributos mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para os aspetos interpessoais, como: demonstração de carinho, informações fornecidas e orientações quanto aos procedimentos realizados, além do atendimento rápido às solicitações, saber escutar, ter competência e habilidade no cuidado,

	demonstrando humanização nos cuidados prestados perante o outro e, sobretudo, respeitar e atender suas necessidades.
Conclusões	A competência em comunicação é uma condição para o exercício da enfermagem com qualidade. A capacitação em comunicação prepara a equipe de enfermagem para serem os profissionais exigidos pelos doentes do sistema de saúde. A comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, proporcionando a compreensão do doente em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado.

Título	Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients
Autores e Ano de Publicação	Subramanian P, Ramasamy S, Ng KH, Chinna K, Rosli R. 2014
Objetivos	Explorar a experiência de dor e a satisfação dos doentes com o controle da dor no pós-operatório.
Tipo de texto /Metodologia	Foi realizada uma pesquisa transversal entre 107 entrevistados que foram submetidos a cirurgia abdominal, internados numa enfermaria cirúrgica de um hospital urbano, utilizando os Questionários de Pesquisa de Satisfação e Resultados de doentes da American Pain Society
Participantes	Um total de 107 doentes (89,9%) concordou em participar de 119 pacientes elegíveis, identificados na lista de cirurgias de laparotomia eletiva e de urgência. Internados em duas enfermarias cirúrgicas de internamento com 80 camas que atendem aos cuidados pós-operatórios.
Resultados	Verificaram-se níveis moderados a altos de intensidade da dor nas primeiras 24 horas após a cirurgia, bem como taxas moderadas a altas de interferência relacionada à dor nas atividades de vida diária. Relativamente ao nível de satisfação com o controle da dor no pós-operatório a maioria dos entrevistados (89,7%; n = 96) ficou satisfeita com os resultados do tratamento da dor e relatou que os enfermeiros responderam às queixas de dor (92,5%; n = 99). No entanto, o estudo constatou que as razões para a insatisfação do doente com a gestão da dor pós-operatória estão relacionadas com a educação pré-operatória insuficiente e à falta de comunicação entre os doentes e os profissionais

	de saúde. A boa comunicação entre doentes e profissionais de saúde foi relatada como o fator mais importante para uma prática eficaz, não apenas porque identifica os problemas de maneira rápida e clara, mas também porque define as expectativas e ajuda a estabelecer a confiança entre os intervenientes.
Conclusões	A dor ainda permanece um problema entre os doentes cirúrgicos e é necessária uma gestão eficaz da dor e educação em saúde para gerir a dor após a cirurgia. A valorização atribuída à avaliação eficaz da dor por enfermeiros e outros profissionais de saúde é crucial para identificar e determinar a experiência dolorosa do doente após a cirurgia. O treino, a formação e o desenvolvimento profissional no tratamento da dor entre grupos interprofissionais podem ter implicações no aumento da qualidade da gestão da dor.

Título	Randomised controlled trial of a tailored information pack for patients undergoing surgery and treatment for rectal cancer
Autores e Ano de Publicação	Gloria O' Connor, Vivien Coates, Siobhan O'Neil 2014
Objetivos	Avaliar os efeitos de um conjunto de informações sob medidas para doentes com cancro retal na satisfação com informações, ansiedade, e depressão
Tipo de texto /Metodologia	O Estudo utilizou um método de teste de controle randomizado. Setenta e seis doentes submetidos a cirurgia e tratamento para o cancro retal foram aleatoriamente designados para uma intervenção (n = 43) ou grupo controle (n = 33). O grupo de intervenção recebeu um conjunto de informações adaptado de acordo com seu plano de tratamento e informações pretendidas. O grupo controle recebeu as informações atualmente fornecidas a esses doentes. A satisfação com as informações foi medida usando a escala de satisfação do doente com educação para o tratamento do cancro, a ansiedade e a depressão foram medidas usando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.
Participantes	Setenta e seis pacientes submetidos a cirurgia e tratamento para cancro retal.

Resultados	Houve uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e controle nos scores pré e pós intervenção. Os doentes do grupo de intervenção expressam um nível mais alto de satisfação com as informações do que os do grupo controle. O grupo intervenção também teve um score de ansiedade significativamente menor do que o grupo controle. Não houve diferença entre os scores de depressão.
Conclusões	Os resultados sustentam a hipótese de que um conjunto de informações aos doentes com cancro retal afeta positivamente a sua satisfação. Esses resultados aprimorarão a base de conhecimento em torno do fornecimento de informações personalizadas para grupos de doentes específicos.

Título	The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions
Autores e Ano de Publicação	Andersson, V., Otterstrom-Rydberg E, Karlsson AK 2015
Objetivos	Analisar as percepções dos doentes relativa à informação pré-operatória sobre o tratamento da dor. Analisar a importância da informação pré-operatória na gestão da dor no pós-operatório.
Tipo de Texto /Metodologia	Estudo descritivo, qualitativo. As entrevistas ocorreram em um hospital público, no 2º ou 3º dia pós-operatório, entre setembro e novembro de 2010. A análise de conteúdo foi utilizada para analisar as entrevistas individuais.
Participantes	Participaram 18 doentes que foram submetidos a cirurgia.
Resultados	Os doentes que se submetem a uma intervenção cirúrgica requerem informações no pré-operatório. O estudo revelou que uma combinação de informação escrita e verbal no alívio da dor foi percebida como valiosa pelos doentes. Nas diretrizes da Sociedade Americana da Dor a informação adequada e a transmissão de conhecimento sobre o alívio da dor ao doente é um indicador de qualidade.

Conclusões	A maioria dos doentes expressaram que uma combinação de informação oral e escrita sobre o tratamento da dor pós-operatória tornava mais fácil a assimilação e compreensão da informação. Afirmaram também que as informações recebidas forneceram ferramentas para os próprios se responsabilizarem pelo tratamento da sua própria dor, promovendo o autocuidado pós-operatório e melhorar a gestão da dor.
-------------------	---

Título	I Can't Read That! Improving Perioperative literacy Ambulatory Surgical Patients
Autores e Ano de Publicação	Laura Traylor Liebner, AORN, 2015
Objetivos	Analisar como o nível de alfabetização em saúde afeta a educação do doente; analisar o uso de materiais educacionais disponíveis para doentes cirúrgicos ambulatoriais pré e pós-operatórios; Analisar o uso de intervenções educacionais baseada na Web que os doentes possam aceder facilmente durante todo o processo pré e pós-operatório, começando no período pré-operatório.
Tipo de Texto /Metodologia	Revisão da literatura, usando a CINAHL Plus With Full Text de 2006 a 2014.
Participantes	
Resultados	A pesquisa sugere que instruções verbais e demonstrações usadas em conjunto com materiais educacionais escritos podem ser valiosos e de baixo custo para oferecer educação ao doente, no entanto, também indica que muitos panfletos, folhetos, fichas informativas e formulários de consentimento usados na assistência médica podem exceder o nível de alfabetização de muitas pessoas e desta forma os materiais educacionais escritos para os pacientes nem sempre são úteis. As perguntas também podem ser respondidas por outros meios de tecnologia, nomeadamente por contacto telefónico pré-operatório, lembrando os doentes de suas consultas, ou apelando a doentes mais jovens ou tecnologicamente mais esclarecidos, fornecendo uma via de esclarecimento de dúvidas por meio de mensagens.

Conclusões	No cenário da cirurgia ambulatoria, os doentes geralmente têm tempo para se preparar para a cirurgia ambulatorial programada, mas a educação é fornecida principalmente no período pós-operatório. O baixo nível de literacia e o baixo nível de saúde são problemas existentes por todo o mundo. Este artigo destaca a necessidade de incorporar a educação em todas as fases do processo perioperatório, começando no período pré-operatório, de fácil compreensão e apresentada em todos os estilos de aprendizagem, no cenário da cirurgia ambulatoria. Com a implementação de iniciativas educacionais simples e económicas, os enfermeiros podem aprimorar as práticas educacionais focadas na redução das complicações pós-operatórias e no aumento da satisfação do doente em regime de ambulatório. A evidência reforça a importância da revisão dos materiais educacionais atuais dos doentes e o desenvolvimento de intervenções de educação baseadas na Web facilmente acessíveis.
-------------------	--

Título	Nurse-led Educational Interventions on Cancer Pain Outcomes for Oncology Outpatients: A Systematic Review
Autores e Ano de Publicação	L Zhou, X-L Liu, J-Y Tan, H-P Yu, JPratt, Y-Q Peng Fevereiro 2015
Objetivos	Avaliar os efeitos de intervenções educacionais lideradas por enfermeiros na melhoria dos resultados da dor oncológica em doentes oncológicos e estabelecer um protocolo eficaz de dor oncológica para a prática clínica de enfermagem.
Tipo de texto /Metodologia	Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas. Oito bases de dados foram pesquisadas usando os padrões fornecidos pelo Instituto Joanna Briggs que orientavam a seleção de artigos, avaliação crítica, colheita de dados e síntese de dados.
Participantes	Um total de 1093 estudos foi identificado por meio de uma pesquisa bibliográfica. Apenas seis estudos atenderam aos critérios de inclusão e foram considerados metodologicamente sólidos.
Resultados	Em geral, os estudos incluídos indicaram resultados positivos relativos ao conhecimento e atitudes do doente em relação aos analgésicos na gestão da dor no cancro e na diminuição da intensidade da dor. Estudos relataram efeitos mínimos da intervenção sobre ansiedade, depressão.

Conclusões	Intervenções educacionais foram relatadas como métodos eficazes para melhorar os resultados da dor oncológica. A análise dos seis estudos incluídos demonstrou os efeitos positivos gerais das intervenções educacionais lideradas por enfermeiros para melhorar o tratamento da dor no cancro.
-------------------	---

Título	Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output overtime
Autores e Ano de Publicação	Amy Waller, Kristy Forshaw, Jamie Bryant, Mariko Carey, Allison Boyes, Rob Sanso- Fisher Maio 2015
Objetivos	Determinar o volume e a scoping dos resultados da pesquisa que examinam a preparação de doentes com cancro submetidos a cirurgia e o impacto da educação pré-operatória nos resultados dos doentes e na utilização de serviços de saúde.
Tipo de texto /Metodologia	Pesquisadas as bases de dados Medline, EMBASE, PsychINFO. Estudos descritivos, de medida ou de intervenção. Foram identificados 121 artigos elegíveis. Catorze estudos de intervenção atenderam aos critérios de projeto do EPOC A qualidade metodológica e a eficácia dos estudos de intervenção foram avaliadas usando os critérios da Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC).
Participantes	Incluídos 14 estudos que envolveram um total de 1507 doentes com cancro.
Resultados	Dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, os dados sugerem que entre 60% e 90% experimentam ansiedade durante o período perioperatório. As evidências para a eficácia da educação pré-operatória são variadas. A Meta-análise de estudos neste campo encontrou efeitos benéficos de intervenções psicoeducacionais na recuperação, dor pós-operatória e sofrimento psicológico em doentes cirúrgicos adultos. Outras meta-análises relataram que intervenções preparatórias para doentes cirúrgicos que fornecem informações sensoriais e procedimentais e que abordam medos relacionados ao procedimento reduzem a ansiedade e a dor. No entanto, uma revisão mais recente concluiu que intervenções preparatórias para cirurgias de grande porte têm um impacto positivo no

	conhecimento do doente, e não na ansiedade, dor ou tempo de permanência. Estes resultados mistos refletem a heterogeneidade das populações e intervenções do estudo e sugerem a necessidade de considerar a eficácia da educação pré-operatória para grupos específicos de pacientes. As intervenções relataram benefícios para ansiedade (5/7), satisfação (1/1), conhecimento (3/3) e custos com saúde (1/1). As intervenções audiovisuais e multimídia melhoraram a satisfação (1/1) e o conhecimento (2/3), mas não a ansiedade (0/3).
Conclusões	A educação pré-operatória pode melhorar a satisfação, o conhecimento e reduzir a ansiedade do doente. Os pesquisadores sugerem a importância de mais trabalhos direcionados para intervenções multimodais e que incluam o cuidador, tendo em vista o seu papel de ajuda ao doente no sentido de se prepararem e se recuperarem da cirurgia.

Título	A Survey of patients` Preoperative Need for Information About Postoperative Pain - Effect of Previous Surgery Experience
Autores e Ano de Publicação	Paraskevi Mavridou, Adamantia Manatakis, Elena Arnaoutoglou,, Dimitrios Damigos. 2016 American Society of Perianesthesia Nurses
Objetivos	Determinar o tipo de informação que os doentes necessitam no pré-operatório sobre dor pós-operatória e se isso é afetado pela experiência da cirurgia anterior.
Tipo de texto /Metodologia	Estudo descritivo, utilizados questionários pré-operatórios. O estudo foi realizado num hospital na Grécia em serviços cirúrgicos. Foram aplicados por enfermeiros de anestesia questionários aos doentes cirúrgicos programados, na véspera da cirurgia, com questões relacionadas com a dor pós-operatória e a sua gestão. Os questionários foram preenchidos pelos próprios doentes sem qualquer intervenção dos enfermeiros, anestesistas, ou qualquer outra pessoa. Os doentes foram divididos em dois grupos: doentes com experiência prévia cirúrgica (grupo A) e doentes sem experiência cirúrgica anterior (grupo B) Determinar o tipo de informação que os doentes necessitam no pré-operatório sobre dor pós-operatória e se isso é afetado pela experiência da cirurgia anterior.

Participantes	Doentes cirúrgicos programados para cirurgia (225 doentes que preencheram os critérios de inclusão). Grupo A (doentes com experiência de cirurgia anterior) incluiu 138 doentes e o grupo B (primeira experiência cirurgia) incluiu 74 doentes.
Resultados	Dos doentes que participaram do estudo, 94,2% desejavam informações sobre dor pós-operatória e 77,8% deles acreditam que se sentirão mais calmos se obtiverem as informações que mais precisam. A maior preocupação dos doentes está relacionada com o controlo da dor após a alta e o tipo de informação que necessitam recai sobre os analgésicos (Analgésicos a tomar em casa, os efeitos secundários, a duração do efeito analgésico, se criam dependência, outras medidas não farmacológicas de controlo da dor, a quem contactar em caso de exacerbação da dor, entre outros). Os doentes querem ser informados principalmente com uma entrevista pessoal (59,4%) ou com uma entrevista combinada com informação escrita (27,8%). Outros doentes (12,7%) querem ser informados apenas por um folheto.
Conclusões	O estudo conclui que as informações de rotina sobre dor pós-operatória dadas aos doentes pelos profissionais de saúde é geralmente breve e inadequada, por causa do tempo limitado disponível para cada doente, na entrevista na véspera da cirurgia. Aos doentes não lhes é dado o tempo para colocar as suas questões e esclarecimento de dúvidas. A maioria dos doentes 94,2% querem informações detalhadas no período pré-operatório sobre dor pós-operatória e obterem informações sobre a gestão da dor no domicílio, após receberem alta. Ficou explícito que os doentes que tiveram experiências prévias em cirurgia precisam das mesmas informações relativamente aos que não tiveram cirurgias anteriores.

Título	The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication
Autores e Ano de Publicação	Patricia Bruckenthal, Melanie H. Simpson, Dezembro de 2016 - AORN J.

Objetivos	Abordar os desafios externos e internos no papel dos enfermeiros perioperatórios com vista à melhoria dos resultados clínicos e da satisfação dos doentes cirúrgicos.
Tipo de texto /Metodologia	Revisão sistemática da literatura. É realizada uma revisão da literatura sobre os processos de cuidados perioperatórios, os desafios e as limitações associados a esses cuidados, com destaque para o papel dos enfermeiros perioperatórios na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.
Participantes	Enfermeiros perioperatórios
Resultados	Os enfermeiros perioperatórios estão ativamente envolvidos com muitos problemas em todo o continuum dos procedimentos cirúrgicos. Durante o período pós-operatório, uma das prioridades dos enfermeiros é gerir a dor aguda, que começa com a avaliação da dor, assim como a avaliação da qualidade da recuperação. O tratamento eficaz da dor poderá ser dificultada por barreiras relacionadas com o doente (idade, crenças, experiências passadas, ...) sendo um desafio para os enfermeiros. A educação do doente sobre a ansiedade pré-operatória, da probabilidade de uma recuperação pós-cirúrgica sem dor, instruções sobre a gestão da analgesia durante a recuperação e a educação sobre a gestão da dor pós - alta é especialmente importante para melhorar a satisfação do doente. Os enfermeiros fornecem educação ao doente e coordenam o atendimento ao doente durante todo o período perioperatório.
Conclusões	Destaca-se o papel essencial dos enfermeiros perioperatórios na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. A gestão eficaz da dor pós-operatória é uma das responsabilidades mais importantes do enfermeiro. A educação do doente e as avaliações da dor pós cirúrgica são consideradas um elemento essencial que pode melhorar a qualidade da recuperação, contribuir para a alta e influenciar fortemente a satisfação do doente.

Título	Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control
Autores e Ano	Ayhan Fatma, Kursun Serife. setembro-dezembro de 2017

de Publicação	
Objetivos	Determinar a experiência da dor pós-operatória entre doentes submetidos a cirurgia abdominal; Identificar as intervenções de enfermagem para o controle da dor; Determinar as percepções dos doentes sobre dor pós-cirúrgica e produzir recomendação relativa à informação para uma gestão de dor eficaz;
Tipo de texto /Metodologia	Estudo descritivo.
Participantes	Os participantes incluídos no estudo foram 103 doentes submetidos a cirurgia abdominal, eletiva, sob anestesia geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sem diagnóstico de cancro, sem dor crónica, internados pelos menos 24 horas após o procedimento cirúrgico.
Resultados	No período pós-cirúrgico 97,1% dos doentes relataram ter experimentado dor, uma dor moderada a intensa e que a severidade dessa dor diminui gradualmente, 87,4% relata dor no local da incisão cirúrgica e 54,4% relatam restrições na vida diária devido à severidade da dor. Os doentes identificaram intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo da dor, nomeadamente: Proporcionar um ambiente calmo e silencioso em 75,7%; ajuda no posicionamento antiálgico em 78,6% e aplicação de calor/frio em 47,6%. Referem também a inexistência de outras medidas não farmacológicas (musicoterapia, massagem ou distração) no alívio da dor.
Conclusões	Os doentes frequentemente apresentam dor moderada a intensa no pós-operatório. Apesar da gestão da dor ser parte integrante e importante dos cuidados de enfermagem, estudos sugerem que a gestão da dor pós-operatória permanece inadequada. O enfermeiro é responsável por avaliar a dor, aplicando medidas farmacológicas e não farmacológicas, monitorizando resultados, preparando o doente e a família e documentando as implementações. O controle eficaz da dor pós-cirúrgica pode ser estabelecido através da abordagem holística centrada no indivíduo e de um trabalho em equipe multidisciplinar.

Título	Navigation programs, are they helpful for perioperative care with thyroid cancer patients?
---------------	---

Autores e Ano de Publicação	KA Park, YJ Oh, KM Kim ,SY Eum,MH Cho, , YH ,SH Park ,KM Woo,YS Lee,S Kim,HS Chang,CS Park Julho de 2017
Objetivos	Explorar as necessidades educacionais de doentes com cancro de tiróide; Desenvolver e avaliar um programa de navegação para doentes com cancro da tiróide.
Tipo de texto /Metodologia	Pesquisa metodológica para desenvolver um programa de navegação, seguido de um estudo de caso-controle para avaliar a efetividade do programa. O programa de navegação foi desenvolvido após uma análise das necessidades não atendidas dos doentes e aplicado no período perioperatório, desde a primeira consulta ambulatorial até alta hospitalar. O programa de navegação foi avaliado por um estudo caso-controle. Os doentes foram classificados em um grupo de navegação e um grupo de controle. Para verificar a eficácia do programa de navegação, todos os doentes receberam um questionário na consulta de acompanhamento pós-cirúrgico ao ambulatório. Após cuidados perioperatórios foram aplicados testes aos dois grupos.
Participantes	O estudo envolveu 194 doentes com cancro da tiróide submetidos a cirurgia. A idade média foi de 47 anos (variação de 18 a 78 anos), 75,8% eram do sexo feminino e 66% eram graduados. Ocorreu entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 num Centro de Cancro da Tireoide.
Resultados	Os índices gerais de satisfação foram significativamente mais altos no grupo de navegação do que no grupo controle, assim como os índices de satisfação na continuidade das informações, na continuidade da gestão, na continuidade do relacionamento com os profissionais de saúde e empoderamento do doente. Designada uma enfermeira que desempenhou o papel de navegador, para aliviar a ansiedade do doente antes da cirurgia. O programa de navegação forneceu aos pacientes folhetos educacionais de auto - aprendizagem e acesso a sites pré-desenvolvidos para mais informações detalhadas e apoio emocional durante o período perioperatório. Embora os doentes tenham acesso a informações consideráveis através da Internet, eles costumam ter dificuldade em compreender as informações médicas on-line. Os enfermeiros também desempenham um papel importante na promoção e na compreensão do

	doente e satisfazer as suas necessidades educacionais no fornecimento de recursos on-line. Todos os enfermeiros receberam formação/treino para garantir que todos os doentes com cancro da tiróide recebessem informações adequadas e consistentes.
Conclusões	A educação sistemática foi fornecida durante a hospitalização dos doentes, sobre cancro da tiróide e planos de tratamento. Em geral, os doentes com cancro precisam ser educados adequadamente desde o momento do diagnóstico à alta pós cirurgia, permitindo a gestão da sua saúde. É importante garantir que um programa de navegação possa fornecer informações de maneira consistente e eficaz aos doentes. Um bom programa de navegação deve passar por um contínuo desenvolvimento e melhoria por parte da equipa médica.

Título	Prepared for surgery – Communication in nurses’ preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention
Autores e Ano de Publicação	Monica E,Pettersson; Joakim ohlén, Febe Friberg,Lars-Christer Hydén, Catarina Wallengren;Elisabeth Kenne Sarenmalm; Eva Carlsson; 2018
Objetivos	Descrever a comunicação após uma intervenção centrada na pessoa nas consultas de enfermagem pré-operatórias a doentes oncológicos que foram submetidos a cirurgia colorretal.
Tipo de texto /Metodologia	Estudo quantitativo e qualitativo exploratório baseado em 18 transcrições gravadas em áudio. Consultas de enfermagem pré-operatórias realizadas em três hospitais suecos, foram analisadas quantitativamente em relação à estrutura: palavras, tempo, fases, perguntas, espaço discursivo e qualitativamente: tópicos e como a comunicação centrada na pessoa apareceu nas consultas.
Participantes	Dezoito doentes, propostos para cirurgia por cancro colorretal.
Resultados	O tempo médio para as consultas foi de 27 minutos (variação de 13 a 64 minutos). Os enfermeiros utilizaram dois terços do espaço discursivo nas consultas com doentes. O material de educação fornecido ao doente foi utilizado como suporte para estruturar a consulta e foram discutidas questões sensíveis e difíceis. Duas abordagens diferentes de comunicação foram identificadas: falar com o doente versus conversar com o doente. Conversar com o paciente (visto como comunicação

	centrada na pessoa) foi definido como: ouvir a narrativa e o levantamento de tópicos difíceis, desenvolver uma relação e os recursos, preparar-se para a cirurgia e fazer perguntas abertas.
Conclusões	As formas de comunicação influenciam o desenvolvimento da consulta pré-operatória. Conversar com o paciente pode ser visto como comunicação centrada na pessoa no atendimento pré-operatório e, ao usar essa abordagem, o objetivo de intervenção da comunicação centrada na pessoa foi atingido. A educação na comunicação centrada na pessoa é importante para os enfermeiros melhorarem as suas competências na realização de consultas pré-operatórias.

Outras fontes

Título	Preoperative Pain Management Education: A Quality Improvement Project
Autores e Ano de Publicação	Katherine F. O'Donnell 2015 – American Society of Perianesthesia Nurses
Objetivos	Avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem/programa de educação do doente na gestão da dor no pré-operatório para melhorar os resultados do controlo da dor pós-operatória dos doentes.
Tipo de texto /Metodologia	Durante a visita pré-operatória, aos doentes selecionados para o grupo de intervenção foi fornecida educação individual sobre dor pós-operatória, que incluía conteúdo sobre como tomar medicamentos corretamente, efeitos secundários dos medicamentos analgésicos, como gerir esses efeitos secundários, identificar sinais de alerta como dor intensa, náuseas e vômitos descontrolados e obstipação grave após a cirurgia, o uso de métodos não farmacológicos para reduzir a dor e a importância de relatar a dor mal controlada o mais rápido possível aos profissionais. Cada doente do grupo de intervenção recebeu o formulário de informações sobre educação escrita e foi instruído a fazer uma visita pós-operatória 2 semanas após a cirurgia. Na visita pós-operatória ao fim de duas semanas, os doentes do grupo de intervenção e os pacientes do grupo de comparação(estes que não receberam educação verbal ou escrita no pré-operatório)foram

	solicitados a preencher o Questionário de Resultados Revisado pela American Pain Society (APS-POQ-R), uma ferramenta que pede aos doentes que respondam a 12 perguntas e medem seis aspetos da qualidade pós-operatória: gravidade / alívio da dor; impacto da dor na atividade, sono e humor; efeitos colaterais do tratamento; utilidade da informação; capacidade de participar da tomada de decisão sobre o tratamento da dor; e uso de métodos não farmacológicos.
Participantes	Doentes submetidos a cirurgia ambulatorial eletiva. Vinte e quatro doentes, 13 no grupo de intervenção que receberam a intervenção educacional pré-operatória sobre gestão da dor e 11 no grupo de comparação que não receberam intervenção educacional.
Resultados	Vinte e dois dos 24 doentes que participaram do estudo relataram dor intensa durante as primeiras 24 horas de pós-operatório. Os doentes do grupo de intervenção experimentaram dor intensa em 54,6% das vezes nas primeiras 24 horas de pós-operatório, enquanto os do grupo de comparação relataram sentir dor intensa em 65,5% nesse período de tempo. Ambos os grupos relataram que a dor limitava o retorno às atividades normais, o que é comum quando a dor é mal controlada, os participantes de ambos os grupos relataram interferência da dor nas atividades, como sair da cama, caminhar, sentar numa cadeira, adormecer e dormir, no entanto, verificou-se no grupo de comparação uma maior dificuldade para sair da cama, posicionar-se, adormecer e dormir relativamente ao grupo de intervenção. A maioria dos doentes relatou pelo menos um efeito secundário dos analgésicos (náuseas, sonolência, prurido, ...) nas primeiras 24 horas de pós-operatório, sendo que o grupo de comparação relatou maiores efeitos secundários. Os doentes de ambos os grupos usaram vários métodos não farmacológicos para controlar a dor, mais foi o grupo de intervenção que mais usou diferentes métodos e com maior frequência (61,5%) do que os do grupo de comparação (54,4%). A aplicação de gelo foi o método não farmacológico mais usado e a musicoterapia foi o menos comum. Os resultados sugerem que a educação pré-operatória pode diminuir a gravidade da dor pós-operatória, a frequência e a gravidade dos efeitos colaterais e ainda aumentar o uso de métodos não farmacológicos pelos doentes para controlar a dor e reduzir o impacto negativo que a mesma pode ter em atividades importantes durante o período pós-operatório.

Conclusões	A intervenção educacional parece ter um impacto positivo na redução da gravidade da dor, no entanto, é muito preocupante que 22 doentes (92%) dos 24 que participaram do projeto relataram dor intensa após a cirurgia. A alta incidência de efeitos secundários dos analgésicos destaca a importância de ensinar aos doentes como preveni-los e geri-los após a cirurgia.
-------------------	--

Título	Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project
Autores e Ano de Publicação	Katherine F. O'Donnell Dezembro 2018
Objetivos	Avaliar a eficácia de uma intervenção de educação pré-operatória sobre dor na melhoria dos resultados na gestão da dor pós-operatória.
Tipo de texto /Metodologia	Os doentes da intervenção receberam educação individual sobre a gestão da dor pós-operatória, incluindo como tomar medicamentos, controle dos efeitos secundários dos medicamentos, uso de métodos não farmacológicos e relato de controle inadequado da dor pós-operatória. Os doentes de comparação receberam educação geral de vários prestadores de cuidados de saúde e esta informação pode não ter sido consistente.
Participantes	Doentes internados num serviço de cirurgia geral em regime de ambulatorio (doentes submetidos a cirurgia no mesmo dia).
Resultados	Os doentes que receberam educação estruturada identificaram e relataram efeitos secundários com maior frequência e foram incentivados a utilizar os métodos não farmacológicas para tratamento da dor, tais, como aplicação de gelo, massagem, imagens guiadas e musicoterapia, podendo melhorar o controlo da dor após cirurgia. Quando os doentes percebem como a dor afeta o seu humor, eles compreenderam a importância de tomar a medicação corretamente e relatam a dor mal controlada aos profissionais de saúde o mais rapidamente possível. Foi reforçado o ensino ao doente sobre os efeitos secundários, que podem ocorrer a partir de uma combinação do procedimento cirúrgico, anestesia e medicamentos para dor, portanto, é necessário que os doentes tenham conhecimento desses fatores.

	Quando os doentes percebem como a dor afeta o seu humor, eles compreendem a importância de tomar a medicação corretamente e relatam a dor mal controlada aos profissionais de saúde o mais rapidamente possível. Os doentes de comparação que não receberam educação estruturada não relataram efeitos colaterais, como é habitual, o que pode levar a possíveis resultados negativos. Maior número de doentes de intervenção do que doentes de comparação relataram efeitos colaterais da medicação e foram encorajados a usar métodos não farmacológicos para reduzir a dor pós-operatória. É importante assegurar que os doentes recebam informações consistentes.
Conclusões	Controlar a dor pós-operatória é essencial para a recuperação, mas continua sendo um desafio para os doentes e prestadores de cuidados de saúde. Dor mal controlada pode atrasar a recuperação, levando a internamentos prolongados, imobilidade e resultados negativos, tais como a trombose venosa profunda e dor crônica. Estas sequelas podem afetar a capacidade do indivíduo de voltar ao trabalho e às atividades normais. A educação sobre a gestão da dor no pré-operatório pode aumentar o conhecimento dos doentes nas principais áreas da gestão da dor pós-operatória prevenindo os resultados negativos.

Discussão de Resultados

A pesquisa bibliográfica efetuada evidenciou sobretudo a existência de estudos direcionados para o doente cirúrgico no geral e poucos para os oncológicos cirúrgicos. Dos 19 artigos selecionados, foram analisados um em Português e 18 em Inglês, 7 são estudos qualitativos, 1 quantitativo e qualitativo, 3 estudos de caso controle, 3 estudos randomizados e 5 revisões sistemáticas da literatura, foram efetuadas as leituras na íntegra com a respetiva análise e reflexão de cada uma. Evidenciado nestes artigos que a intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor, no período perioperatório passa pela: educação pré-operatória adequada e estruturada; intervenção holística centrada na pessoa, competência em comunicação; avaliação

da dor pós cirúrgica e o treino, formação e contínuo desenvolvimento profissional em doentes com cancro.

Relativamente à **educação pré-operatória adequada e estruturada**, diminui a ansiedade e o medo da experiência cirúrgica dos doentes em ambulatório, podendo melhorar os resultados e a satisfação do doente (Kruzik,2009), por outro lado, quando o enfermeiro não presta informações adequadas gera sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e sensação de ausência de cuidado (Razera &Braga, 2011). Um programa de educação pré-operatório bem estruturado permite assim, que enfermeiros perioperatórios em centros de cirurgia ambulatória forneçam uma abordagem cuidadosa e inovadora do ensino em tempo limitado, segundo o autor Kruzik (2009). Ficou expresso no estudo realizado por Park et al. (2017) que de uma forma geral, o doente com cancro precisa ser educado adequadamente desde o momento do diagnóstico à alta pós cirurgia, permitindo a gestão da sua saúde. Assim, a incorporação de um programa de educação sobre dor no atendimento de doentes com cancro pode melhorar a qualidade do tratamento e diminuir as barreiras sobre o tratamento da dor em doentes com cancro (Yildirim, Cicek &Uyar, 2009).

Os autores Mavridou, Manataki, Arnaoutoglou & Damigos (2016) concluíram no seu estudo que a maior preocupação dos doentes está relacionada com o controlo da dor após a alta, querem informações detalhadas no período pré-operatório sobre dor pós-operatória e obterem informações sobre a gestão da dor no domicílio, nomeadamente, sobre os analgésicos a tomar em casa, os efeitos secundários, a duração do efeito analgésico, se criam dependência, outras medidas não farmacológicas de controlo da dor e a quem contactar em caso de exacerbação da dor. De acordo com O'Donnell (2015), a alta incidência de efeitos secundários dos analgésicos destaca a importância de ensinar aos doentes como preveni-los e geri-los após a cirurgia. Os doentes querem ser informados preferencialmente com uma entrevista pessoal ou com uma entrevista combinada com informação escrita (Mavridou, Manataki, Arnaoutoglou & Damigos, 2016). Salientado em estudo, pelos autores Andersson, Otterstrom-Rydberg & Kristin Karlsson (2015) que a maioria dos doentes afirma que as informações pré-operatórias recebidas sobre gestão da dor fornecem ferramentas para os próprios se responsabilizarem pelo tratamento da sua própria dor, promovendo o autocuidado no pós-operatório e melhorar a gestão da dor. Corroborado por outros autores Rejeh, & Vaismoradi (2010), os doentes consideram importante saber o que esperar e entender as rotinas hospitalares, ou seja,

consideram que serem preparados permite-lhes lidar com a dor reduzindo a sua vulnerabilidade.

A autora Liebner (2015) destaca a necessidade de educação em todas as fases do processo perioperatório, começando no período pré-operatório, com a implementação de iniciativas educacionais simples e económicas (instruções verbais e demonstrações usadas em conjunto com materiais educacionais escritos, contacto telefónico, mensagens, ou através de outros meios tecnológicos para a população mais jovem) de fácil compreensão e apresentada em todos os estilos de aprendizagem, no cenário da cirurgia ambulatória. Os enfermeiros devem assim, aprimorar as práticas educacionais focadas na redução das complicações pós-operatórias e no aumento da satisfação do doente em regime de ambulatório.

A educação pré-operatória insuficiente e a falta de comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde são razões para a insatisfação do doente com a gestão da dor pós-operatória, constatado no estudo dos autores Subramanian, Ramasamy, Ng , Chinna & Rosli (2014). Por outro lado, uma educação pré-operatória adequada pode melhorar a satisfação, o conhecimento e reduzir a ansiedade.

A satisfação com a gestão da dor é mais provável quando os profissionais de saúde incluem os pacientes como parceiros informados (Rejeh, & Vaismoradi, 2010).

Relativo à **intervenção holística centrada na pessoa** é necessário que os enfermeiros perioperatórios tenham consciência que a educação pré-operatória sobre o processo cirúrgico deve ser individualizada, adaptada para ajudar os doentes a alcançar os melhores resultados (Kruzik, 2009). Declarado pelos doentes, num estudo dos autores Rejeh, & Vaismoradi (2010) que esperavam que o papel dos enfermeiros fosse ao encontro das necessidades específicas de cada um, que gostariam de ser reconhecidos como seres humanos únicos e nem sempre os enfermeiros se importaram com a dor sentida, não a valorizando (Waller, et al., 2015). De acordo, com o estudo de Razera & Braga (2011) a equipe de enfermagem focaliza as orientações nas técnicas, não abordando o indivíduo de forma holística. Neste estudo foi possível verificar que, enquanto para o enfermeiro a qualidade do cuidado está direcionado para o comportamento ético e competência técnica, para o doente os atributos mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para os aspetos interpessoais, como: informações fornecidas e orientações quanto aos procedimentos realizados, saber escutar, ter competência e habilidade no cuidado,

demonstrando humanização nos cuidados prestados, demonstração de carinho e sobretudo, respeitar e atender suas necessidades (Razera & Braga, 2011).

Evidenciado resultados mistos num estudo sobre a educação pré-operatória em doentes com cancro submetidos a cirurgia, que refletem a heterogeneidade das populações e sugerem a necessidade de considerar a eficácia da educação pré-operatória para grupos específicos de doentes, adaptada às suas necessidades específicas (Waller et al., 2015).

Os autores Fatma & Serife (2017) reforçam que o controle eficaz da dor pós-cirúrgica pode ser obtida através desta abordagem holística centrada na pessoa e de um trabalho em equipa multidisciplinar. Ainda, Montgomery & McNamara (2016) reforçam o papel do enfermeiro no atendimento perioperatório, no programa ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), baseado na evidência e centrado no doente para controlar a dor pós-cirúrgica, reduzir os eventos adversos relacionados com os opióides, acelerar a recuperação pós-cirúrgica, e diminuir o tempo de internamento hospitalar.

A **competência em comunicação** é uma condição para o exercício da Enfermagem com qualidade (Razera & Braga, 2011). A boa comunicação entre doentes e profissionais de saúde foi relatada como o fator mais importante para a prática de cuidados eficaz, porque identifica os problemas de maneira rápida e clara, mas também porque define as expectativas e ajuda a estabelecer a confiança entre o doente e o profissional. A forma de comunicação influencia no desenvolvimento das consultas pré-operatórias, assim conversar com o doente pode ser visto como comunicação centrada na pessoa, definido como: ouvir a narrativa, fazer um levantamento de temas difíceis, construir uma relação forte e com recursos, preparar-se para a cirurgia e fazer perguntas abertas (Pettersson et al., 2018) De acordo, com Razera & Braga (2011) a comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, proporcionando a compreensão do doente em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado.

Relativamente à **avaliação da dor pós-cirúrgica**, é expressa por Subramanian, Ramasamy, Ng, Chinna & Rosli (2014) a valorização atribuída à avaliação eficaz da dor por enfermeiros e outros profissionais de saúde como sendo crucial para identificar e determinar a experiência dolorosa do doente após a cirurgia.

Assim, a avaliação da dor considerada como uma intervenção de enfermagem direcionada para promover o bem-estar do doente e o autocuidado. Os autores Fatma & Serife (2017) concluem que o enfermeiro é responsável por avaliar a dor, aplicar medidas farmacológicas e não farmacológicas, monitorizando resultados, preparando o doente e a família e documentando as intervenções. A educação do doente e as avaliações da dor pós cirúrgica são consideradas um elemento essencial que pode melhorar a qualidade da recuperação, contribuir para a alta e influenciar fortemente a satisfação do doente (Bruckenthal & Simpson, 2016).

Relativamente ao **treino, formação e contínuo desenvolvimento profissional ao doente oncológico** é reforçado por Park et al. (2017) a importância de garantir que um programa de navegação possa fornecer informações adequadas e consistentes aos doentes com cancro exigindo para tal que toda a equipa receba formação/treino para o melhor desempenho do programa. Assim, segundo estes mesmos autores, um bom programa de navegação para doentes com cancro deve passar por um contínuo desenvolvimento e melhoria por parte da equipa médica.

Conclusões e implicações para a prática

Importa, evidenciar que a pesquisa de evidência científica, a revisão scoping, contribuíram favoravelmente para responder a minha questão inicial. Do mapeamento sobre a temática emergiu a resposta à minha questão de investigação: “Qual a intervenção de enfermagem que promove o autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor no perioperatório?”. Assim, as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor em contexto perioperatório são: a educação pré-operatória adequada e estruturada, a intervenção holística centrada na pessoa, a competência em comunicação, a avaliação da dor pós-cirúrgica e o treino, formação e contínuo desenvolvimento profissional. Consideradas intervenções essenciais no sentido de se obter melhores resultados para o doente oncológico cirúrgico e família e promover o seu autocuidado.

Permitiu compreender que a dor efetivamente é um problema entre os doentes oncológicos cirúrgicos, que é necessária a intervenção do enfermeiro, com início no pré-operatório, ao nível de cuidados educacionais, centrados na pessoa e com uma comunicação eficaz. A comunicação como uma ferramenta central na abordagem ao

doente oncológico facilitando a construção de uma relação de confiança, promovendo a qualidade dos cuidados e influenciando fortemente a satisfação do doente. A competência na comunicação para além do seu cariz informativo é a essência do suporte emocional durante o processo de uma doença oncológica.

A gestão eficaz da dor pós-operatória é uma das responsabilidades mais importantes do enfermeiro. Desta forma, deve ser priorizada uma intervenção educacional adequada e estruturada, baseada na melhor evidência científica, tendo em conta a individualidade de cada pessoa e conduzida por uma comunicação eficaz traduzindo-se na prática. Reforçou assim, para a importância da implementação de um programa educacional no meu serviço, e contribuirá certamente para uma melhor gestão da dor, melhor prestação de cuidados, controlo da dor no pós-operatório, permitindo aumentar os níveis de satisfação do doente/família e equipa de enfermagem, orientar para a alta e direccionar a pessoa para o autocuidado. A revisão scoping ajudará na construção de uma checklist fundamentada com a melhor evidência sobre o ensino da dor ao doente oncológico e família e na realização de outros documentos de apoio (folhetos informativos), de forma a capacitar a equipa para a sua efetivação e dar suporte escrito ao doente.

As implicações para a prática são a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população, maior competência dos enfermeiros, através da formação para a realização do ensino, para a sistematização e a uniformização da avaliação e gestão da dor por parte de toda a equipa de enfermagem, através de uma checklist e guia de apoio à prática

Foi possível constatar a existência de poucos estudos direccionados para o doente oncológico cirúrgico, existindo mais para o doente cirúrgico no geral. Considero assim pertinente a equipa de enfermagem aprofundar através da investigação esta área, bem como desenvolver um trabalho científico sobre a importância da família como parceira de cuidados em todo o período perioperatório. O envolvimento da família é fundamental para a gestão da dor do doente oncológico cirúrgico, especialmente no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634–641. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brink, E. & Skott, C (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, p. 563-567. doi: 10.4236/ojn.2013.38077.
- Bruckenthal, P., & Simpson, M. H. (2016). The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *AORN Journal*,. Volume 104, Issue 6, Supplement. pp. S17-S22 ISSN 0001-2092, <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013>.
- Coelho MS, Sampaio MSB, Pereira ER, Martins CC, Silva RMC, & Medeiros CL. (2010). Women mastectomized: a proposal of self care based on Michel Foucault's ideas. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1), 311–318. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105205206&lang=ptpt&site=ehost-live>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Portugal - *A dor com 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015) *Portugal - Doenças Oncológicas em Números*. Acedido em: 25-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em:19.05.2020. Disponível em:

<https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/estrategia-nacional-contra-a-dor>

European Oncology Nursing Society, (2018). Cancer Nursing Education Framework. Brussels: EONS. Acedido a 22.10.19. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Fatma, A., & Serife, K. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1456–1464. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127731939&lang=pt-pt&site=ehost-liv>

Fink RM, Brant JM. (2018). Complex Cancer Pain Assessment. *Hematol Oncol Clin North Am.* Jun;32(3):353-369. Doi: [10.1016/j.hoc.2018.01.001](https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.001)

Jahn P, Kitzmantel M, Renz P, Kukk O, Thoke- Colberg A, Horn I, Landenberger M. (2010). Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. *Trials*. Mar 22; 11:29. [https //doi:10.1186/1745-6215-11-29](https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-29) ACEDIDO EM ?????

Joanna Briggs Institute (2014). Institute Reviewers' Manual: Data Extraction Tools. Edition 2011. Adelaide: The University of Adelaide. Acedido no dia 18/07/2020 em [http:// joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf)

Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, Spichiger E. (2013) Supporting self-management of pain in cancer patients: methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Feb;17(1):1-8. Doi: [10.1016/j.ejon.2012.02.006](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.006).

Kruzik N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN J*. Sep;90(3):381-7. DOI: [10.1016/j.aorn.2009.06.022](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022). PMID: 19735761.

Liebner, L. T. (2015). I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients. *AORN Journal*, 101(4), 416–427. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.016>

- Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D. (2017). A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 438–444. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.06.008>
- Mello, B., Lucena, A. & Echer, I. (2010). Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (4), 803-811.
- Montgomery R., McNamara, SA. (2016). Multimodal Pain Management for Enhanced Recovery: Reinforcing the Shift From Traditional Pathways Through Nurse-Led Interventions, *AORN Journal*. Volume 104, Issue 6. pp S9-S16,ISSN 0001-2092. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.012>
- O, C. G., Coates, V., & O, N. S. (2014). Randomised controlled trial of a tailored information pack for patients undergoing surgery and treatment for rectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.011>
- O'Donnell KF. (2015). Preoperative pain management education: a quality improvement project. *J Perianesth Nurs*. Jun;30(3):221-7. doi: [10.1016/j.jopan.2015.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.01.013). PMID: 26003769.
- O'Donnell K.F. (2018). Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project. [Journal of PeriAnesthesia Nursing Volume 33, Issue 6, December 2018, Pages 956-963 ELSEVIER DOI:10.1016/j.jopan.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.11.001)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: OE.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: Mosby.
- Owen R. Jeffrey D. (2008). Communication: common challenging scenarios in cancer care. *Eur J Cancer*. May;44(8):1163-8. DOI:[10.1016/j.ejca.2008.02.029](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.029)
- Park, K. A., Oh, Y. J., Kim, K. M., Eum, S. Y., Cho, M. H., Son, Y. H., ... Park, C. S. (2017). Navigation programs, are they helpful for perioperative care with thyroid cancer patients? *European Journal of Cancer Care*, 26(4) <https://doi.org/10.1111/ecc.12592>.

- Patricia Bruckenthal, Melanie H. Simpson. The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. (2016). *AORN Journal*, Volume 104, Issue 6, Supplement, 2016, pp. S17-S 22, ISSN 0001-2092. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a personcentred intervention. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), volume 27(13–14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Razera, A. P., & Braga, E. M. (2011). The importance of communication during the postoperative recovery period. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 632–637. <https://doi.org/dx.doi.org/S0080-62342011000300012>
- Rejeh N, Vaismoradi M. Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. (2010). *Nurs Health Science*. Mar;12(1):67-73. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00488. x. PMID: 20487328.
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no préoperatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV 3), 7-15
- Schmidt M, et al. (2015) Patient Empowerment Improved Perioperative Quality of Care in Cancer Patients Aged 65 Years– A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*. 2015 Sep 17;10(9): e0137824. doi: 10.1371/journal.pone.0137824.
- Subramanian, P., Ramasamy, S., Ng, K. H., Chinna, K., & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practice* (John Wiley & Sons, Inc.), 22(3), 232–238. <https://doi.org/10.1111/ijn.12363>
- Suhonen R., Leino - Kilpi H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*. Volume 61, April, pages 5-15.
- Waller, A., Forshaw, K., Bryant, J., Carey, M., Boyes, A., & Sanson-Fisher, R. (2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic

review of volume and quality of research output over time. *Patient Education & Counseling*, 98(12), 1540–1549. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.008>

Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. (2009). Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. (2009). *Pain Manag Nurs*. Dec;10(4):220-8. [https://doi: 10.1016/j.pmn.2007.09.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.09.004).

Zhou L, Liu XL, Tan JY, Yu HP, Pratt J, Peng YQ. (2015) Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review. *Int Nurs Rev*. Jun; 62(2): 218-30. <https://doi.org/10.1111/inr.12172>

APÊNDICE II. Caracterização da Clínica da Dor do Hospital A

Caracterização da Clínica da Dor do Hospital A

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil foi criado em 1923 pelo Professor Doutor Francisco Gentil (Cirurgião), localiza-se em Lisboa, na Praça de Espanha, na Rua Professor Lima Bastos. Dedicar-se à luta organizada contra o cancro e à prestação de cuidados de saúde diferenciados.

A **Clínica de Dor** é uma Unidade Multidisciplinar de Dor, pioneira em Portugal. Fica situada no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, no Pavilhão Central no 3º piso. Teve início em 1978, fundada pelo Drº José Portela - Anestesiologista.

A Clínica de Dor assegura consultas diárias e uma consulta multidisciplinar semanal. Efetua tratamentos programados, duas vezes por semana, em sala apropriada para o efeito. Tem instalações próprias e exclusivas, com sala para consultas, sala para tratamentos e quatro camas para apoio dos doentes em Hospital de Dia. Tem uma linha telefónica direta para doentes e familiares das 8h30 às 16:00 horas.

A Estrutura do serviço é composta por Consulta de Dor e Hospital de Dia (sala de tratamentos). A consulta funciona diariamente, realizando-se à 4ª feira uma consulta de grupo. O Hospital de Dia funciona diariamente para atendimento não programado, como sejam: injeções; pensos; colocação de infusoras ou analgesia controlada pelo doente através de via subcutânea, endovenosa ou epidural; avaliação de sinais vitais e, duas vezes fixa por semana, à 3ª e 6ª feira, para a realização de técnicas antiálgicas invasivas (bloqueios nervosos).

A **Equipa Multidisciplinar** é composta por:

- 7 Enfermeiros (inclui a Enfermeira Coordenadora)
- 4 Anestesistas (incluindo a atual Diretora do Serviço)
- 1 Fisiatra
- 1 Neurologista
- 1 Psicóloga Clínica
- 1 Psiquiatra
- 1 Secretária de Unidade
- 2 Assistentes operacionais

Os principais objetivos da Unidade de Dor são:

- Apoiar, em termos de diagnóstico, doentes portadores de dor crónica, em particular oncológica, da instituição ou a ela referenciados;
- Estabelecer protocolos de atuação no alívio da dor, nas vertentes física, psíquica e/ou comportamental.

Espaço Físico:

1 Sala de Tratamentos/Gabinete de Consulta; 2 Gabinetes de Consulta; 1 Gabinete de Enfermagem; 1 Gabinete de Psicologia Clínica; 1 Quarto; 1 Secretariado; 1 gabinete da Diretora do Serviço, 1 Gabinete da Enfermeira Coordenadora; 1 Copa; 2 WC.

Acesso à Consulta:

- Envio do doente através de médicos da instituição, o que representa a grande maioria dos doentes atendidos.
- Envio do doente por médicos externos, através do gabinete de referência hospitalar, o doente neste caso deverá ser portador de um termo de responsabilidade e de informação clínica detalhada do médico que o envia.

Diagnósticos Oncológicos mais frequentes (por ordem decrescente):

Tumores da cabeça e pescoço e otorrino; tumores. Ginecológicos; tumores da Mama; metástases ósseas; tumores do foro genito-urinário; tumores Gastrointestinais; tumores do foro Dermatológico (melanomas) e tumores do foro hematológico.

Diagnósticos Não Oncológicos mais frequentes nos doentes oncológicos e não oncológicos: Patologia osteoarticular; nevralgia do trigémio; nevralgia pós - herpética e algodistrofia reflexa.

Funcionamento das Consultas: No que se refere às consultas, para uma maior facilidade de funcionamento, são classificadas em:

- Consultas de 1ª vez
- Consultas de seguimento

Na **Consulta de 1ª vez**, o doente é atendido pela enfermeira que estabelece o primeiro contacto e realiza a entrevista de enfermagem. Nesta entrevista para além dos dados pessoais do doente, alguns deles importantes na vivência da dor pelo mesmo, antecedentes pessoais e terapêuticos em curso, é realizada a história da Dor do doente com avaliação das principais características da sua dor: fatores temporais, tipo, duração; fatores de alívio/exacerbação e intensidade. Para a avaliação da intensidade da dor é utilizada a “Short Form” do Brief Pain Inventory (escala multidimensional de avaliação da Dor), que avalia através de escalas numéricas a intensidade mínima, média e máxima de dor na última semana e no momento exato de aplicação da escala, bem como a interferência da dor nas atividades de vida e no

humor da pessoa. Averigua-se, ainda, as estratégias que o doente já utilizou para a redução da dor e os resultados obtidos, que vão ser uma informação importante para a estratégia terapêutica a estabelecer. É registada a dor do doente.

Depois da entrevista de enfermagem, segue-se a consulta de psicologia, só estão presentes o doente oncológico e psicólogo, de forma a assegurar a privacidade do doente. Nesta consulta é efetuada uma avaliação psicológica do doente com aplicação de um teste de qualidade de vida.

Após a colheita de dados elaborada pelo enfermeiro, o doente é avaliado pelo médico (anestesista). O enfermeiro está presente na consulta esclarecendo dúvidas e efetua os ensinamentos oportunos, relacionados com a necessidade de cumprir rigorosamente a terapêutica, os possíveis efeitos secundários dos medicamentos e ainda faz os encaminhamentos necessários. De salientar, a presença dos familiares nesta consulta com participação ativa na tomada de decisão.

Nas **consultas de seguimento**, processa-se a reavaliação do doente pela equipa multidisciplinar, de forma individualizada. O enfermeiro, para além de estar presente na consulta e realizar os ensinamentos necessários, identifica, habitualmente, antes do início desta, qualquer alteração com o quadro algico ou de outro nível, que possa ter surgido e interfira na vivência da dor do doente. Articula com os recursos necessários intra ou extra equipa, para resolver a situação. As medidas terapêuticas utilizadas para alívio da dor desta população alvo é diversificada, são elas: medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A **Terapêutica Farmacológica** pode ser constituída por terapêutica médica conservadora, de acordo com o proposto pela escada analgésica da OMS para o tratamento da dor crónica oncológica. Atualmente, existe disponível uma enorme gama de terapêutica analgésica para controlo da dor, sendo as técnicas invasivas aplicadas de forma mais seletiva. No entanto, para dores muito localizadas e/ou que cedam mal à terapêutica conservadora, há necessidade de se utilizarem técnicas mais invasivas. É o caso da colocação de seringas infusoras ou de PCA por via Subcutânea, Endovenosa ou Epidural para melhor controlo da dor, e a realização de determinados tipos de Bloqueios Nervosos. A **medida não farmacológica** mais utilizada nesta unidade é a Estimulação Eléctrica Transcutânea (TENS), eficaz em dores neuropáticas (dores por lesão total e/ou parcial do Sistema Nervoso) Exemplos: Nevralgia pós-herpética, nevralgia do trigémeo ou nevralgia facial atípica.

Na clínica da dor, maioritariamente, as medidas utilizadas para controlar a dor são as farmacológicas.

Para além destas medidas de alívio da dor foi evidente nesta Unidade de Dor a presença efetiva dos enfermeiros e anestesista, a escuta ativa e o toque, medidas tão importantes para o alívio da dor dos doentes.

A clínica de dor para além das consultas presenciais dispõe de um atendimento telefónico, através de uma linha direta. É uma mais valia para os doentes e familiares/cuidadores, e é assegurada pelo enfermeiro. Em cada dia é escalado um enfermeiro que fica responsável pelo atendimento desta linha no período de 2^a a 6^a feira das 8h30 às 16:00h. Este contacto é deveras segurizante, na medida em que há possibilidade de esclarecimento de dúvidas, de ajustes terapêuticos relacionados com o descontrolo do quadro algico ou com efeitos secundários da medicação. As alterações de terapêutica necessárias são comunicadas ao anestesista e são efetuados os reajustes. Foi possível observar que muitos dos contactos telefónicos são importantes no apoio emocional a doentes e prestadores de cuidados. Existe uma relação de confiança entre enfermeiros e os doentes/cuidadores, alguns dos doentes são seguidos nesta clínica há vários anos.

A Clínica de Dor oferece cuidados de excelência ao doente oncológico com dor e à sua família. Adequado às necessidades no alívio da dor, é um serviço bem organizado, e com uma resposta relativamente célere.

**APENDICE III. Documento sobre as intervenções de enfermagem do
Hospital A**

Clínica de Dor - IPO

CONSULTA DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Consulta de 1ª vez Os doentes de primeira vez são avaliados em entrevista de enfermagem, consulta de psicologia e consulta médica (anestesista)	Pesquisar informação sobre o diagnóstico/ evolução da doença no processo informático SClinico: eventuais consultas de especialidade, internamentos, hospital de dia, resultado de exames complementares de diagnóstico. Apresentar-se ao doente/família/cuidador e explicar o objetivo da consulta Realizar a colheita de dados em modelo próprio da Clínica da Dor incluindo: • Diagnóstico oncológico. • Serviço/ Médico que referenciou o doente para a clínica de dor • Profissão, idade, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar • História clínica • Antecedentes pessoais • Terapêutica analgésica prévia (Não opióide, opióide, adjuvante, concomitante, resgate) • Efeitos secundários da mesma. Avaliar a dor do doente (Tempo de evolução, localização, tipo de dor; duração; fatores de exacerbação, fatores de alívio) Validar/Ensinar sobre as escalas de auto-avaliação de dor utilizadas na Clínica de dor: Escala numérica, escala qualitativa, escala de faces, inventário resumido de dor e questionário específico para rastreio de dor neuropática.

	Colaborar com o médico durante a consulta médica. Realizar ensino terapêutico, ensino para controlo dos efeitos secundários da medicação ou outros. Registar em modelo próprio a evolução da medicação (medicação que está em curso e a prescrita, a dosagem) Escutar Aconselhar e dar apoio emocional
CONSULTA DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Consulta de 1ª vez (continuação)	Acompanhar doente/cuidador principal ao secretariado para marcação da próxima consulta. Encaminhar doente para consulta de Psicologia Documentar em modelo interno da clínica e informaticamente, através do SClinico, os diagnósticos e intervenções de enfermagem ao doente/família.

Consulta Subsequente

Consulta que sucede a de primeira vez, num tempo variável, de acordo com o controlo algico e situação clínica do doente.

Reavaliar a situação algica do doente e sintomatologia, registando-a em modelo próprio da Clínica de Dor

Compreender se houve melhoria, agravamento, ou se a dor está idêntica desde a última consulta

Localizar a dor/ dores e registar em esquema anatómico

Questionar se houve necessidade de fazer medicação de resgates, se alterou a terapêutica prescrita ou se a cumpre, percebendo a adesão ao regime terapêutico.

Registar efeitos secundários, interferências AVD e intercorrências (Serviço de urgência, internamento, tratamentos de quimioterapia ou radioterapia)

Colaborar com o médico durante a consulta médica

Reforçar os ensinios adequados

Aconselhamento e apoio emocional

Registar diagnósticos e intervenções de enfermagem em processo interno da clínica da dor (modelo próprio) e no SClinico

Visitas ao internamento

As visitas são efetuadas aos doentes internados nos serviços cirúrgicos e de oncologia médica, se solicitada a participação da clínica da dor, por um médico e/ou um enfermeiro.

Realizar a colheita de dados, que inclui avaliação da dor com o próprio doente, validação com o enfermeiro cuidador do mesmo e através dos registos informáticos de enfermagem no SClinico- Internamento;

Verificar a terapêutica prescrita e administrada no GHAF, nomeadamente a terapêutica de resgate;

Realizar ensino adequado/aconselhamento/apoio emocional

Registar no SClinico – Internamento, documentando a avaliação/evolução algica do doente e eventuais alterações terapêuticas

Solicitar ao enfermeiro cuidador do doente as informações das alterações terapêuticas instituídas, ou outras alterações.

Marcação de consulta de Dor (primeira vez ou subsequente) quando o doente tem alta.

Linha Telefónica A linha telefónica direta do apoio aos doentes/cuidador funciona das 8:30 às 16 horas. O atendimento é feito pelos enfermeiros e os motivos de contacto podem ser vários. O enfermeiro desenvolve interações autónomas e ou interdependentes em função dos motivos de contacto, e se necessário, efetua o retorno da chamada. Existem também contactos telefónicos realizados pelos enfermeiros aos doentes/família/cuidadores	 Consulta do processo interno e dos registos em Sclínico, se necessário, enquanto atende o telefone; Colheita de dados e desenvolvimento de intervenções autónomas e ou interdependentes, de acordo com os motivos apresentados e a avaliação realizada, exº: ensino terapêutico/aconselhamento/apoio emocional ou outros; solicitação ao médico de receitas e/ou ajustes terapêuticos; encaminhamento para outros profissionais da equipa ou da instituição Registos de enfermagem no processo interno do doente e informaticamente, documentando o sucedido telefonicamente de forma a permitir a continuidade de cuidados.
Hospital de Dia/Sala de tratamentos Funciona diariamente para atendimento de enfermagem não programado, como: administração de terapêutica oral e injetável (bólus e perfusão); preparação e colocação de infusores/PCA subcutâneos, endovenosos e epidurais. Realizadas pelos anestesistas técnicas invasivas para controlo da dor com a colaboração de enfermagem.	 Colaboração na avaliação do quadro algíco e preparação do doente para as técnicas; Colaboração com a médica na realização do tratamento anti-álgico Vigilância e cuidados ao doente durante e após o procedimento, o que inclui acompanhamento ao serviço de internamento, se necessário. Realização de ensinosaconselhamento, apoio emocional e realização dos registos no processo clínico interno. Registos de enfermagem informáticos através do Sclínico (Hospital de dia), documentando os cuidados ao doente/cuidador

APÊNDICE IV. Estudo de Caso do hospital A

ESTUDO DE CASO

O Impacto da doença oncológica e dor pós-cirúrgica na vida de uma jovem

No âmbito do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área específica de intervenção de Enfermagem Oncológica, na unidade curricular estágio com relatório, foi desenvolvido um plano de trabalho com objetivos traçados, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação para cada local de estágio. Assim, na Clínica de Dor do hospital A propus-me a elaborar um estudo de caso “O Impacto da doença oncológica e dor pós-cirúrgica na vida de uma jovem”. Foi selecionada uma situação vivenciada em estágio, uma interação com uma pessoa jovem com doença oncológica e com dor pós-operatória com a qual assumi a responsabilidade de prestar cuidados, desenvolvendo competências de um futuro especialista em enfermagem oncológica.

No desenvolvimento do estudo de caso descrevo o conhecimento da pessoa, família e contexto de vida, justificando a escolha da pessoa, o impacto da doença oncológica e da dor na sua vida e como geriu a situação, ainda a identificação do problema mais preocupante e o planeamento de cuidados com as intervenções de enfermagem adequadas. A filosofia de enfermagem adotada é a teoria do autocuidado de Orem, pois, pretendo promover o autocuidado do doente oncológico cirúrgico.

O que pretendo estudar com uma análise e reflexão crítica é o fenómeno da doença oncológica na vida de uma jovem com dor pós-cirúrgica de difícil controle e qual o seu impacto na dimensão física, psicológica, social e laboral. Os objetivos que me propus atingir com a elaboração deste estudo de caso foram a realização de um estudo completo sobre os problemas e necessidades identificadas, prestar cuidados centrados na pessoa e ainda desenvolver a capacidade da tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem, baseado na evidência científica.

O estágio foi realizado numa instituição direcionada para a doença oncológica, integrado numa clínica de dor. A pessoa escolhida e com a qual estabeleci uma interação foi uma jovem adulta, do sexo feminino, internada no serviço de cirurgia geral de 30.09.2019 a 31.10.2019, com o diagnóstico de tumor carcinóide maligno de brônquio e do pulmão. De acordo com, o Observatório Nacional das Doenças

Respiratórias, ONDR (2018) a incidência a nível mundial, do cancro do pulmão é de 11,6% de todos os casos de cancro.

A pessoa com doença oncológica escolhida, de nome A., nome pelo qual gosta de ser tratada, nasceu a 3 de setembro de 1987. Tem 32 anos, pesa 65 Kg e tem 1.74 cm. É solteira, educadora de infância, trabalha na Zona de Lisboa num infantário, em regime de contrato a termo, em situação precária. Vive na Zona de Lisboa, com os pais e com o seu irmão mais novo, num apartamento no 3º andar, sem elevador, com saneamento básico. Tem um baixo rendimento, com necessidade de ajuda monetária dos pais. Viaja de comboio para o trabalho. Como antecedentes pessoais: Rinossinusite, não fumadora, hábitos alcoólicos esporádicos (em dias festivos); sem intervenções cirúrgicas e sem alergias. Medicação habitual Symbicourt 160; Xyzal e a pílula.

A história da doença atual tem início em 2016, recorrendo à consulta de alergologia por episódios de tosse seca frequente, pieira e dispneia, medicada durante uns meses com inaladores e anti-histamínico. Em março de 2018, nota agravamento do quadro de tosse, pieira, cansaço e dispneia de agravamento noturno. Gostava de andar de bicicleta, mas sentia cansaço com esta atividade, deixando de o fazer. Outro dos hobbies preferidos era a ida ao ginásio, ler, ver séries televisivas e viajar. Verbaliza com alguma tristeza que adoraria viajar pelo mundo, mas, com o seu baixo ordenado só consegue viajar alguns fins de semana com as suas amigas, em Portugal.

Com o agravamento progressivo recorre ao Centro de Saúde e é encaminhada para consulta da especialidade- Pneumologia. Entre a consulta da especialidade e a realização da TAC (Tomografia axial computadorizada) esperou cerca de 1 ano. Não conseguiu recorrer ao hospital privado, por ausência de seguro de saúde.

Realizou TAC-Torácica a 18.04.2019 que revelou lesão tumoral parahilar posterior direita com 30mmx20mm, obliterando parcialmente o brônquio principal direito, com densidade tecidual e calcificações. A 17.05.2019 é submetida a broncofibroscopia revelando lesão endobrônquica, friável e nacarada que oclui o lúmen completo do brônquio lobar médio. É proposta para cirurgia pulmonar direita. Fez as provas de função respiratória compatível para lobectomia do pulmão direito. Realizou exames pré-operatórios, com eletrocardiograma normal, normotensa e normoglicémica.

A espera pela cirurgia e o internamento foram momentos difíceis. As transições vividas neste período passaram por um sentimento de grande ansiedade, pelo facto, de não saber o que o futuro lhe reservava. Verbalizou preocupação pelo ano letivo estar a começar e não poder participar no projeto com os colegas e crianças, bem como a incógnita do tempo necessário para a recuperação completa. A Sr.^a A. está numa sala com crianças de 3 anos de idade, com uma grande exigência física e receia alguma incapacidade para cuidar. O seu projeto de vida passa por garantir o seu local de trabalho e evoluir na sua carreira profissional e neste momento é uma grande incerteza. Refere não estar deprimida com a situação, mas sente-se muito ansiosa e preocupada com a dor constante que a limita nas atividades diárias, com o diagnóstico, com o internamento e com o seu futuro. De acordo com Meleis (2010) a doença e a hospitalização constituem situações de transição sendo afetadas diversas dimensões do cliente (física, psíquica, social, cultural e espiritual), daí a importância das intervenções de enfermagem, em contexto hospitalar no desempenho deste processo de transição. No dia 1 de outubro de 2019 foi submetida a uma lobectomia inferior direita com esvaziamento ganglionar, com uma abordagem por toracotomia, que decorreu sem intercorrências, ficou com drenagem torácica (2 drenos). Habitualmente, as grandes intervenções cirúrgicas causam dor e danos consideráveis nos tecidos e a toracotomia é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais dolorosos pela sua abordagem (a incisão cirúrgica, secção de costelas, incisão de nervos intercostais, entre outros), pelo seu posicionamento (estiramento da articulação do ombro - decúbito lateral) e pós-operatório (presença de drenos torácicos), (Cordeiro & Menoita, 2012). Todas estas condicionantes induzem a dor pós-operatória intensa.

No pós-operatório imediato e mediato a Sr.^a A. manifesta dor pós-operatória de difícil controlo, com uma dor persistente, de intensidade E.N.= 4/5 em repouso, e 7/8 em atividade, mantida após 4 semanas do ato cirúrgico. A existência de dor pós-operatória aguda grave é um importante preditor para o desenvolvimento de dor crónica (IASP, 2011). Por dificuldade no controlo da dor mantém o internamento e foi encaminhada pela cirurgia para a clínica da dor, local onde decorria o meu estágio. Reforçado por Meissner et.al. (2015) que a dor pós-operatória tratada de forma inadequada é um grande peso para os serviços de saúde, pois atrasa a recuperação e a reabilitação, adia a alta hospitalar e é uma das principais causas de insatisfação do doente.

É prática da equipa multidisciplinar da clínica de dor (médico e enfermeiro) realizar diariamente consultas/visitas aos doentes internados nos serviços cirúrgicos e médicos para avaliação e tratamento da dor, ajustes de terapêutica e ainda a realização do ensino adequado, aconselhamento e apoio emocional. A interação com a jovem aconteceu durante 4 visitas no internamento cirúrgico.

Na primeira abordagem, apresenta fâcias triste e preocupada, muito queixosa, com dor na ferida cirúrgica, músculos torácicos e região infra-mamária direita. Avaliada a dor da Sr.^a A. com a aplicação da escala numérica em vários momentos, escala anteriormente escolhida pela doente. De acordo, com Ritto et al (2017), deve-se recorrer à entrevista clínica elaborando a história de dor do doente, utilizando instrumentos de avaliação específicos, traduzidos e validados para a população portuguesa, envolvendo as várias dimensões de vida afetadas. Ao longo do internamento há um agravamento das queixas álgicas, que classifica como dor tipo moinha e guinada que exacerba à inspiração profunda. Refere que evita as inspirações profundas e a locomoção/mobilização, mantendo o repouso, alternando o posicionamento ora sentada, ora deitada. Sente dificuldade no vestir e despir e na realização da higiene, preferindo tomar banho com a ajuda da mãe que a visita diariamente. Apresenta uma higiene cuidada. É desejável após uma cirurgia que o doente consiga o mais rapidamente possível, caminhar, respirar profundamente, falar e desempenhar outras funções tão rápida e confortavelmente quanto possível, bem como períodos de descanso e sono. É verbalizado pela Sr.^a A. o medo de desenvolver a cronicidade da dor que a limita na execução da sua profissão como educadora de infância, manifestando grande preocupação relativa ao seu futuro. Verbalizou: "o meu projeto de vida está interrompido, não sei por quanto tempo". Escutada atentamente e feita tentativa de compreender como a doente percebe a sua situação. Cabe ao enfermeiro perioperatório estar atento a toda a comunicação verbal e não verbal, identificar manifestações de ansiedade através da postura, do contacto visual e tom de voz e observar a eventual existência de sofrimento. Por verbalizar períodos intensos de ansiedade e tristeza em relação à dor persistente após um mês de cirurgia e ao prognóstico, considerei importante reforçar esta situação à médica da clínica, referenciando-a à psiquiatria. Foi observada pelo psiquiatra da clínica de dor que prescreveu Mirtazapina 15 mg à noite, (antidepressivo tetracíclico). Segundo a DGS (2012) o controlo inadequado da dor aguda pode ser responsável por ansiedade, perturbações do sono, e eventualmente conduzir a situações mais extremadas, com

incapacidade de interação com os outros. Torna-se, por isso, de extrema importância o início da analgesia antes de a dor se tornar intolerável e de estar instalada, pois é muito mais difícil tratar. A Sr.^a A. está medicada com tramal 12/12h, ondasetron 4 mg e.v 12/12h; paracetamol 8/8 horas e morfina em SOS. Nas três primeiras semanas fez regates de morfina em média 4 vezes nas 24 horas, com efeito, entretanto, recusou verbalizando: “Sinto-me muito sonolenta durante o período da manhã e cria dependência por isso decidi deixar de tomar os SOS de morfina. Dado apoio emocional e desmitificado o mito dos opióides. Os doentes quando se encontram sobre tratamento para a dor, não querem sentir-se demasiado sonolentos, ou sentirem náuseas/vômitos ou obstipação. Assim, cabe, aos profissionais de saúde tratar a dor de modo a prevenir os efeitos colaterais. De acordo, com a DGS (2003) *“o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria continua da qualidade da prestação de cuidados de saúde”*.

Numa das interações tive a oportunidade de conhecer e conversar com os pais, que a visitavam com frequência. Foi visível a relação forte entre mãe e filha. A Sr.^a A. mostra-se muito dependente da mãe e denota-se grande poder da matriarca no seio da família. A mãe apoiava-a na higiene no período da visita. Tem visitas esporádicas do irmão e das suas amigas. Não tem uma relação amorosa. Ao envolver a família e ao proporcionar a sua participação nos cuidados à doente internada, estamos a promover a sua individualidade, a sua preferência e privacidade, a sua unidade familiar e os seus valores afetivos. No meu entender prepara-a para o confronto das necessidades pós-alta, ou seja, na continuidade dos cuidados no domicílio.

Foi elaborada uma colheita de dados completa e aprofundada a partir das interações, nomeadamente, das entrevistas com a doente e consulta do processo clínico. Analisado e refletido sobre os problemas identificados, dos quais irei descrever apenas um, perspetivando a promoção do autocuidado na gestão na dor e contribuir na melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, passo a destacar os problemas identificados durante as interações com a jovem, nomeadamente: Alteração do humor (crises de ansiedade, preocupação) relacionada com a dor permanente, com o prognóstico e com o seu futuro; Risco de complicações pós-operatórias relacionadas com a imobilidade; Défice no autocuidado relacionado com a dor permanente, que a limita na higiene, no vestir e despir, na mobilização e locomoção, verbalizando o seu receio: “Quando eu tiver alta como é que eu vou conseguir subir até ao 3º

andar?!". Destes problemas identificados compreendeu-se que o mais incapacitante e que agrava a sua ansiedade é o déficit no autocuidado relacionado com a dor permanente, necessitando de apoio da enfermagem e da mãe que a ajuda nos cuidados de higiene diária. A dor permanente leva à sua inatividade física por medo de que a dor pudesse piorar com o esforço. A partir deste problema elaborei um plano de cuidados, com as respetivas intervenções de enfermagem.

Perante a renitência da Sr.^a A. em tomar a morfina e a necessidade de prevenir o desenvolvimento de dor crónica foi necessário reforçar o ensino sobre a importância da adesão da terapêutica prescrita, de forma, a controlar a dor aguda pós-operatória, e assim evitar o aparecimento de dor crónica. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida (OE, 2008), ainda foi informada da existência de medidas não farmacológicas no alívio da dor. Segundo, Boni (2010) o cuidado e o afeto, as aplicações de calor e/ou frio, as massagens e um bom posicionamento do doente são importantes medidas não farmacológicas na redução da dor após uma cirurgia e não representam um custo acrescido no tratamento. Considero que a relação estabelecida e a comunicação contribuíram para algumas mudanças, promovendo a participação da doente na tomada de decisão e capacitando-a para o autocuidado no alívio da dor. A doente colocou questões sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas, sobretudo o TENS. Após o esclarecimento mostrou vontade de experimentar e aderir ao bloqueio do espaço intercostal proposto pela anestesista da clínica. Referiu durante a interação que tinha ficado mais esclarecida e que ponderava falar com a médica no sentido de redefinir uma estratégia algica, eventualmente, negociar a toma da morfina para controlo algico.

Foi desenvolvida nesta interação a intervenção de apoio educativo, baseada na teoria do autocuidado de Orem, de forma a promover o autocuidado da pessoa com doença oncológica cirúrgica e com dor. De acordo com, Mohammadpour, et al. (2015) o apoio educativo pode aumentar a capacidade de autocuidado dos doentes. As minhas intervenções junto da doente foram o apoio emocional e a escuta ativa, escutar atentamente sobre os seus sentimentos negativos, as suas incertezas e angústias quanto ao futuro. Observar os sinais de desconforto no momento da visita e colaborar com a Sr.^a A. nas mudanças de posição, no levantar e no deitar, colaborar no posicionamento antiálgico. Providenciar almofadas e outros meios auxiliares de posicionamento. Ensinar sobre as escalas de dor e a importância de avaliar a sua dor,

a sua intensidade; avaliar a dor da Sr.^a A., registá-la e atuar em conformidade reavaliando a intervenção; reforçar a importância da toma da terapêutica prescrita, concretamente a morfina para um alívio mais adequado e ponderar a utilização de medidas mais interventivas como o bloqueio do espaço infra mamário e o uso de medidas não farmacológicas; desmistificar o uso de opióides, nomeadamente, sobre a morfina que por vezes recusa com receio de desenvolver dependência e aumento da sonolência; comunicar com a pessoa com doença oncológica com uma visão holística, com uma linguagem clara e simples, supervisionar as transferências da Sr.^a A. da cama para o sofá e vice-versa e a locomoção/deslocação à casa de banho, supervisionar e incentivar a própria ao autocuidado para o banho e pedir um analgésico antes da higiene ou outra atividade que pudesse agravar com a mobilização, fomentar a participação da mãe no apoio da sua higiene; incentivar a telefonar às suas colegas para conversar, na tentativa de promover a distração e evitar o isolamento social; reforçar a importância do levantar e a mobilização para evitar complicações pós-operatórias. Para intervir nos problemas identificados foi necessário desenvolver competências do enfermeiro da área oncológica, de acordo, com a EONS (2018) competências para identificar o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico emocional, social e espiritual das pessoas afetadas e usar intervenções baseadas na melhor evidência científica para avaliar, prevenir e gerir as consequências psicológicas, físicas, sociais e existenciais do cancro.

A jovem foi escolhida pelos anestesistas da clínica para participar num estudo de investigação que estava a decorrer, com o objetivo de se compreender se a dor aguda pós-operatória imediata mal controlada evolui para dor crónica.

Posso concluir, após reflexão, que apesar do tempo de interação ter sido insuficiente, consegui integrar uma abordagem holística nos cuidados prestados, valorizando as várias dimensões, com ênfase no ensino na gestão da dor. Acredito ter contribuído para a literacia da pessoa, com os meus atributos e características influenciando a comunicação e os cuidados, promovendo o seu autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Boni, F. (2010). Analgesia Pós-operatória em cirurgia major. In Kopf. A & Patel. N, B, (Ed.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp108-121). Seattle: IASP
- Cordeiro, M.C., Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória- Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência
- Direção Geral da Saúde. (2003). Portugal - *A dor com 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCODOR). Acedido em 14/06/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...da.../circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012). Portugal – Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- EONS Cancer Nursing Education Framework (2018). European Oncology Nursing Society (EONS).
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and stuation Specific Theories* in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F. Morlion, B., Neugebauer, E., ... Joseph Pergolizzi (2015) Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change, *Current Medical Research and Opinion*, 31(11), 2131-2143. DOI: 10.1185/03007995.2015.1092122
- Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nursing* 2015 Jun;24(11-12):1686-92. doi: 10.1111/jocn.12775.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). *13º Relatório 2018*.

Acedido em: 15-07-2019. Disponível em:

https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Ritto, C. et al (2017). *Manual de Dor Crónica*. 2ªedição Lisboa. Fundação Grünenthal.

APÊNDICE V. 1ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

Reflexão Crítica de Aprendizagem

Na presente reflexão vou descrever uma situação que vivenciei em contexto de estágio na clínica de dor do Hospital A, direcionado ao doente oncológico com dor. Optei por descrever uma interação complexa que ocorreu com duas doentes, no mesmo dia, em consultas subsequentes. A escrita reflexiva permitiu desenvolver um pensamento crítico, compreender a situação e avaliar a minha intervenção. Desenvolverei o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, através das 6 etapas, de forma estruturada e organizada. Assim, foram delineados os seguintes objetivos: Desenvolver um pensamento crítico sobre a minha interação com as doentes; compreender o impacto da dor no doente oncológico cirúrgico a nível físico, psicológico, social e familiar e refletir sobre a importância do apoio familiar. Assim, na 1ª etapa passarei a descrever a situação, o que aconteceu no primeiro contacto com as doentes.

1. Descrição – O que aconteceu?

No dia 14 outubro de 2019 na realização das consultas subsequentes deparei-me com duas doentes oncológicas, com agravamento da doença e com dor descontrolada que as limita na sua vida. Ambas com situações de vida semelhantes, evacuadas de países africanos, vêm à consulta sozinhas, sem apoio familiar, com humor deprimido, com escassos recursos económicos, automedicação com opióides e má gestão da medicação.

A Sra. E, de 59 anos, evacuada de S. Tomé, com carcinoma do colo do útero diagnosticado em 2016, numa fase avançada da doença e sem indicação cirúrgica. Foi submetida a braquiterapia e radioterapia. Com antecedentes pessoais de hipertensão não medicada e sem alergias. Está desempregada, é analfabeta e vive com sérias dificuldades económicas. Não tem apoio de familiares, vivia com a filha e netos, no entanto, recentemente estes foram viver para a Suíça. Restante família está em São Tomé, os seus outros dois filhos (um menor de idade), estão ao cuidado de outros familiares, já não os vê há mais de três anos, facto que a deixa muito preocupada. Neste momento só tem uma vizinha que lhe dá algum apoio.

Atualmente com recidiva vaginal (nódulo vegetante na parede posterior da vagina, no terço inferior), sem invasão para o reto e adenopatia na ílaca primitiva. O

útero sem sinais de recidiva local. A 8/9/2019 recorreu à urgência por dor descontrolada e agravamento da doença, foi medicada, mas não iniciou a terapêutica, verbalizando que não tinha condições económicas para comprar o tram-u-ron. No dia 14.10.2019 recorre à clínica da dor de forma não programada por agravamento das queixas álgicas. Vai sozinha à consulta, apresenta um facies triste e fechado, com humor deprimido. Refere que a sua dor interfere de forma moderada a intensa nas atividades de vida diária e acorda com dor. No decorrer da consulta identifica-se a automedicação com morfina, medicação que já tinha sido suspensa em anteriores consultas. Verifica-se assim, a adesão e gestão da terapêutica comprometida. No final da consulta confidencia o seu receio de não voltar a ver os seus filhos, uma vez que a sua doença está a avançar.

A Sr.^a G, de 30 anos evacuada de S. Tomé, com o diagnóstico de neoplasia da mama direita, submetida a mastectomia com esvaziamento em 2018. Atualmente com recidiva da mama direita e metastases axilares, tem uma lesão do plexo braqueal (invasão tumoral), com linfídema, braço direito pendente, não consegue mobilizá-lo. Submetida a quimioterapia. Alérgica ao duxatacel, sem outros antecedentes pessoais. Vive em Alcabideche com a avó e um tio. Solteira, com um filho de 10 anos que vive em S. Tomé. Era costureira e tem o 9ºano de escolaridade. Recorre à clínica sozinha por descontrolo da dor, com fácies triste, muito sonolenta, manifestando grande preocupação porque a sua avó que a ajuda nas atividades mais elementares vai viajar para S. Tomé até março de 2020, vive também com um tio alcoólico que não a ajuda e questiona-se: "Quem é que me vai ajudar?"; "Quem me vai dar carinho?" "Como é que eu me vou lavar?", "Não vou conseguir sozinha!". Verifica-se a gestão da terapêutica comprometida, em concreto os SOS de morfina excessivos implicando na sonolência apresentada pela Sr.^a G., no decorrer da consulta, mostrando dificuldades em manter os olhos abertos.

Escutado atentamente estes dois relatos, com momentos prolongados de silêncio para permitir às doentes a partilha dos seus medos e das suas preocupações. Questionei a enfermeira de referência sobre o que poderíamos fazer para apoiar estas pessoas ao nível do apoio domiciliário, acompanhamento e apoio financeiro. Que tipo de encaminhamento institucional poderia ser feito para as apoiar. Ao longo das consultas fui intervindo com ensinamentos específicos sobre a gestão da dor, nomeadamente, a importância de seguir com rigor os esquemas terapêuticos

prescritos, o não exceder a dosagem de morfina, alertando para os efeitos secundários dos opióides.

2. Pensamentos e Sentimentos - O que pensei e senti nestas interações?

Perante o sofrimento destas pessoas com doença oncológica senti dificuldades na gestão da emoção, foi difícil perceber o desalento das pessoas em cada palavra, confrontar o olhar triste, as lágrimas, o desconforto provocado pela doença e pela dor e o desespero por não terem apoio familiar e emocional. O reconhecimento das nossas emoções é uma competência essencial para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. Torna-se necessária a consciencialização dos nossos sentimentos de forma a controlá-los e conseguir estabelecer uma relação empática com o outro e desenvolver a compaixão perante o sofrimento. Senti vontade de as acarinhar e apoiar. De acordo, com Benner (2001) proporcionar conforto e comunicar através do toque é uma estratégia muitas vezes utilizada pelos enfermeiros para os reconfortar e estabelecer um contacto com o doente angustiado e deprimido. Foi compreendido o importante papel da família no apoio emocional num momento tão delicado da vida do ser humano, no apoio domiciliário, na gestão da terapêutica, no acompanhamento constante ao hospital e ainda no apoio à tomada de decisão. Cabe, pois, aos enfermeiros, fomentar a participação ativa dos familiares.

3. Avaliação - O que foi bom nesta experiência ?

A interação com estas duas pessoas conduziu a um importante momento de reflexão e aprendizagem. Foi compreendida a importância da família neste processo da doença oncológica em progressão, na gestão/adesão terapêutica e consequente controlo das queixas álgicas. O seu papel nestas situações complexas é determinante na segurança e na dimensão afetiva, mediante o apoio, o amor, a aceitação, o interesse, o acompanhamento e a compreensão do seu familiar doente. Este momento contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na vertente oncológica.

O que foi mau na experiência?

A interação colocou a nu a fragilidade das pessoas com doença oncológica e permitiu a confrontação com as emoções negativas com que se deparam diariamente, com o medo do sofrimento, a tristeza profunda, a angústia relativa à evolução da doença e a proximidade da sua finitude. Foi percecionado o sentimento de abandono por parte da família. Estas duas Senhoras necessitavam do afeto e do carinho da família. É na

família que a pessoa pode obter todos os valores humanos, o apoio afetivo e psicológico, valores éticos e culturais, sociais e cívicos, características tão fundamentais para o desenvolvimento físico e mental da pessoa (Figueiredo, 2012; Dias, 2011; Saiote, 2010). Um dos aspetos negativos da experiência foi o não conseguir ajudar estas duas Senhoras, no imediato, na diminuição do seu sofrimento físico, psicológico e emocional.

4. Análise - Que sentido podemos encontrar nesta situação?

Analisando as duas interações compreende-se grande semelhança no contexto de doença oncológica e familiar, pautada por riscos acrescidos de complicações/efeitos secundários por má gestão/adesão terapêutica, automedicação (Morfina) e dor descontrolada. Ambas carecem de um apoio efetivo e contínuo por parte da família e ou cuidadores. Embora a capacidade de adaptação a novas situações seja uma característica da unidade família, a situação de doença implica um acontecimento gerador de crise no seio familiar, caracterizada, por um lado, pela súbita e inesperada alteração da estrutura e funções do sistema, por outro, pela incapacidade demonstrada pelos membros da família em responder adequadamente às necessidades do doente (Alarcão, 2000; Hanson, 2005).

Relativamente à minha atuação, o que foi possível fazer no momento, foi escutar, promover a verbalização de sentimentos, assegurando um ambiente calmo no gabinete de enfermagem, dar o apoio emocional tão necessário àquelas duas pessoas, o tocar na mão ou no ombro transmitindo coragem e esperança. Foram incentivadas a entrarem em contacto telefónico com a clínica da dor, sempre que necessitassem do reforço da terapêutica, de esclarecimentos ou simplesmente se sentirem sós e necessitarem de conversar com a equipa de enfermagem ou com a psicóloga.

A prática de cuidados no âmbito da avaliação e gestão da dor a estas pessoas com doença oncológica são de extrema necessidade. O enfermeiro tem o dever de intervir sem medo do confronto com as próprias fragilidades. É necessário incentivar a participação da família e cuidadores no apoio, no acompanhamento e na tomada de decisão. O desenvolvimento de uma comunicação eficaz favorece o apoio não só da pessoa doente, mas, também dos familiares e cuidadores, que atravessam uma crise e em que é exigido uma reorganização das dinâmicas (Travado e Reis, 2015).

5. Conclusão - Que mais poderia ter feito?

Mantendo um pensamento crítico e estruturado concluo que existe uma questão que me assombra o pensamento, o que mais poderia ter feito para aliviar o sofrimento destas pessoas. À distância consigo perceber as limitações burocráticas institucionais, mas, consigo entender que deveríamos ter sido mais interventivas no rápido reencaminhamento para a Assistente Social, uma vez, que estas pessoas têm escassos apoios familiares ou se perspectiva ficarem sozinhas, sem rede de apoio familiar ou vizinhos e estão em risco. A situação processual deveria ter sido mais célere por parte da clínica. E nós enfermeiros poderíamos ter equacionado outras estratégias para melhorar a adesão e gestão da medicação e consequentemente melhor controlo da dor e melhor qualidade de vida, minimizando o sofrimento em que se encontravam.

Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Se surgisse de novo esta interação o planeamento e ação passariam pelo contacto telefónico imediato à vizinha da Sr.^a E. e a avó da Sr.^a G. no sentido de compreender a real situação e incluí-las na prestação de cuidados, enquanto fosse possível, ou equacionar outras estratégias. Informá-las dos riscos que as doentes enfrentavam, do encaminhamento para a assistente social e cuidados domiciliários, mas da necessidade dos familiares/cuidadores estarem presentes, apoiá-las nas suas dificuldades. Enfoque na medicação, evitando a não adesão ou a sobredosagem da morfina, ou ainda na aplicação de outras medidas simples não medicamentosas no alívio da dor, ainda o apoio nas outras atividades de vida e no afeto, em especial. Envolvê-los como parceiros de cuidados e com papel ativo na tomada de decisão e na gestão da dor do familiar/amigo com doença oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, Madalena (2000). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972853521X.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Dias, Maria O.- Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 2011. p. 139-156. Acedido em 20 dezembro de 2019. Disponível em https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OjUwUR9gTFUJ:z3950.crb.ucp.pt/Biblio+teca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139>.
- Figueiredo, Maria H.- *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência, 2012. 183p. ISBN: 978-972-8930-83-7.
- Hanson, Shirley M.H. (2005) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência, pp.497. ISBN 972-8383-83- 5.
- Saiote, Elisabete C.G.- *A perceção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa Unidade de cuidados Intensivos*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa-Departamento de Sociologia, 2010. Acedido em 12 janeiro 2020. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:i5UFAjrBkG0J:repositorioiul.iscte.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf>>.
- Travado, L.& Reis, J, (2015). *Técnicas e Competências de Comunicação*. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico-oncologia -Temas Fundamentais* (p.3-13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.

**APÊNDICE VI. Caracterização do Centro Multidisciplinar de Dor do
Hospital B**

Caracterização do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B

O Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B numa fase inicial funcionou como Unidade de Analgesia do Pós-Operatório, inserida no serviço de Anestesiologia, destinando-se exclusivamente, ao controlo da dor de doentes internados do foro cirúrgico, normalmente, em situação de pós-operatório, sendo referenciados pelos respetivos cirurgiões. Esta fase permitiu a implementação e desenvolvimento de técnicas analgésicas inovadoras para a época, bem como perspetivou a equipa da futura Unidade de Dor. Continuaram a tratar doentes com dor aguda, mas a unidade alargou o seu campo de ação ao tratamento de doentes com dor crónica, em regime de ambulatório e de internamento. A sua missão é a prestação de serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do Hospital. Os objetivos do Centro Multidisciplinar é estabelecer diagnóstico, terapêutica e prognóstico no âmbito da Medicina da Dor; avaliar a patologia associada e a medicação instituída; realizar exame físico geral e algico em particular; realização de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não invasivos, caso seja necessário; avaliação psicológica e o ensino aos doentes, familiares/cuidadores sobre gestão do regime terapêutico.

A unidade tem instalações próprias, compostas por três gabinetes de consulta, um hospital de dia e uma arrecadação, dispondo de bloco operatório duas vezes por semana. As valências existentes são a anestesiologia, fisioterapia, neurologia, psiquiatria, neurocirurgia, medicina Interna, enfermagem, psicologia clínica, nutrição, farmácia e psicomotricidade. A sua missão é a prestação de serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do Hospital. Os objetivos do Centro Multidisciplinar é estabelecer diagnóstico, terapêutica e prognóstico no âmbito da Medicina da Dor; avaliar a patologia associada e a medicação instituída; realizar exame físico geral e algico em particular; realização de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não invasivos, caso seja necessário; avaliação psicológica e o ensino aos doentes, familiares/cuidadores sobre gestão do regime terapêutico.

A Equipa Multidisciplinar é composta por: 5 enfermeiros incluindo a responsável, 4 Médicos com competência em Medicina da Dor, sendo o Coordenador (Chefe de Serviço de Anestesiologia) e 3 Anestesiologistas, uma psicóloga, duas

assistentes operacionais; uma Secretária de Unidade. A equipa contou ainda com a colaboração a tempo parcial de 1 neurocirurgião; 1 fisiatra; 1 oncologista; 1 técnica de serviço social; 1 técnica de nutrição e dietética e ainda 2 voluntários, uma médica de Clínica Geral que efetua tratamentos de Mesoterapia, uma vez por semana, e um técnico de análises clínicas, que efetua terapia de Reiki, aos doentes da Unidade de Dor, duas vezes por semana (num espaço físico fora da Unidade Dor).

A unidade da dor disponibiliza consultas externas diárias, consultas Multidisciplinar com Oncologia bimensal; Consulta Multidisciplinar com Neurologia mensal; Consulta Psicologia diária; Consulta Telefónica diária realizada pela equipa de enfermagem; Hospital de Dia de Medicina de Dor diária; Consulta Dietética bimensal; Mesoterapia semanal; Técnicas de relaxamento diária; Reiki bissemanal; psicoterapia de grupo semanal; musicoterapia semanal; Acupuntura bissemanal.

Os tratamentos realizados neste Centro multidisciplinar são: neuroestimulação, radiofrequência, bloqueios diagnósticos/terapêuticos, toxina botulínica, diatermia, mesoterapia, ondas de choque, neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS), estimulação muscular de alta frequência (EMAF), massagem terapêutica, bandas neuromusculares, programa psicoeducacional, psicodrama, psicomotricidade e reiki.

Quando o doente vem à consulta pela primeira vez, o acolhimento é efetuado pela enfermeira. Realizada uma entrevista de admissão, zelando pela privacidade do doente/família, em gabinete próprio. A enfermeira procura conhecer o doente/família, a sua história de dor, faz a apresentação da equipa da Unidade Dor e a sua dinâmica, incluindo a consulta telefónica e seus objetivos. A informação obtida através da entrevista de acolhimento, é partilhada com o médico. No final da consulta médica, a enfermeira esclarece as dúvidas ao doente/família, faz a orientação para a marcação da próxima consulta e reforça os ensinamentos em relação ao regime terapêutico. Incentiva ao contacto telefónico, caso surjam dúvidas ou dificuldades no cumprimento do plano terapêutico ou no controlo da dor.

**APÊNDICE VII. Tabela com as técnicas não farmacológicas no
alívio da dor**

Técnicas não farmacológicas no alívio da dor

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS	DESCRIÇÃO	BENEFÍCIOS	INDICAÇÕES	PLANO TERAPÊUTICO
TENS	A neuroestimulação elétrica transcutânea é usada para alívio da dor em processos crónicos ou agudos. É um método não invasivo.	Promover a estimulação muscular e vasodilatação, o que favorece a redução da dor, o edema e a cicatrização de lesões em tecidos moles.	Dor após cirurgias; Dor na região lombar e cervical; Tendinite; Dor ciática;	O tratamento com TENS pode ser aplicado entre 15 a 30 minutos.
	Consiste na aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de elétrodos na pele, provocando estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos.	Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas;	Reumatismo; Entorses e luxações; Artrite	
	A corrente é aplicada nas fibras nervosas periféricas para inibir a transmissão da dor.			
	Os doentes com dor ligeira a moderada podem beneficiar desta técnica de baixo risco.			
	Consiste num conjunto de manobras manuais (pressão, fricção, afloramento...) que são executadas nos tecidos moles	Diminuir a dor; Relaxamento muscular; Diminuir os edemas;	Contraturas Distensões Mialgias Artralgias	A massagem deve ter a duração até 15 minutos por sessão;

Técnicas não farmacológicas no alívio da dor

Massagem terapêutica	com os dedos e mãos com fins terapêuticos.	Diminuir o stress, aumentando a sensação de bem-estar; A massagem reduz a dor pela redução dos níveis de cortisol, aumentando os de serotonina e dopamina, estimulando a libertação de endorfinas e estimulando a circulação sanguínea e linfática;	Fasceite plantar	A realizar uma vez por semana até 3 sessões consecutivas; Em cada sessão é avaliada a eficácia do tratamento.
Diatermia	Deriva do grego dia e therma, significa: "aquecimento através". É uma terapia realizada por meio de corrente elétrica. Consiste na regeneração celular mediante a elevação da temperatura do tecido na região lesada (hipertermia profunda), mediante a circulação de correntes de alta frequência(0.48-6 Mhz).	Diminuir a rigidez articular Aliviar a dor Provoca: Aumento do metabolismo; Aquecimento dos tecidos à superfície e profundidade do corpo; Aumento da capacidade de regeneração dos tecidos; Aumento da circulação sanguínea e linfática; Vasodilatação e hierémia.	Patologias músculo-esqueléticas; Patologias neurológicas; (nevrites, nevralgias, espasmos musculares)	O tratamento tem a duração de 20 a 30 minutos. Periodicidade: 2 a 3 sessões por semana. É efetuada a avaliação da dor; terapêutica analgésica basal e resgate (SOS); Em situação de dor aguda o tratamento deve ser realizado com baixa intensidade e de curta duração; Em situação de dor crónica o tratamento pode ser realizado com intensidade alta e com mais tempo de aplicação.

Técnicas não farmacológicas no alívio da dor

Aplicação de calor húmido/seco	Consiste na aplicação local de calor com finalidade terapêutica, proporcionando efeitos imediatos na pele e músculos, atuando no relaxamento muscular; O calor pode ser aplicado em forma de calor seco (saco de água quente, saco de sementes quente ou manta térmica) ou calor húmido (banho de imersão/duche de água quente, saco de água quente com toalha húmida).	Aliviar a dor; Relaxamento muscular; Diminuir a rigidez das articulações; Favorecer a regeneração tecidual; Dilatar os vasos sanguíneos periféricos(vasodilatação); Promover o aumento da corrente sanguínea;	Recomendado em situações crónicas; Dor	A aplicação de calor deverá ser feita 3 a 4 vezes por dia; Aplicar calor apenas durante 15 a 20 minutos de cada vez, mais tempo não traz qualquer benefício; .
Aplicação de gelo	Consiste na aplicação de gelo com efeitos terapêuticos.	Aliviar a dor; Redução de espasmo muscular; Estimulação do relaxamento; Diminuição do edema e de hematoma; Redução da circulação e dos processos inflamatórios; Preservação do tecido lesionado; Vasoconstrição e regeneração tecidual	Melhor em situações agudas; Fases iniciais do pós-operatório; Disfunções inflamatórias; lesões musculares e traumáticas	Aplicar em períodos de 10 minutos, sempre protegido com um pano, de forma a não provocar queimaduras de frio. A aplicação poderá ser feita 3 a 4 vezes por dia.

1

¹ Centro Multidisciplinar de Dor. (Folhetos). [s. n, s. l, s. d].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonetti A, Pietraczk D, Maciel BB, Padilha MVL, Stein T, Bertolini GRF. (2018). Efeito de ondas curtas por método indutivo na lombalgia crônica inespecífica em indivíduos sedentários. *Scientia Medica*.28(4),1-6. Doi: 10.15448/1980-6108.2018.4.31670
- French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars J & Esterman AJ. (2006). A Cochrane review of superficial heat or cold for low back pain. 20;31(9):998-1006. Doi: 10.1097/01.brs.0000214881.10814.64.
- Pena, R., Barbosa, L. A., & Ishikawa, N. M. (2008). Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo (TENS) na Dor Oncológica: uma Revisão da Literatura. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 54(2), 193-199. [Doi:10.32635/2176-9745.RBC.2008v54n2.1750](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2008v54n2.1750)
- Schelder, J.C, Verner,F.A., Mauda, L.,Mazzo, D.M., Fernandes, L.C. (2017). The transcutaneous electrical nerve stimulation of variable frequency intensity has a longer-lasting analgesic action than the burst transcutaneous electrical nerve stimulation in cancer pain *Revista Dor*. São Paulo. 18(4):316-20. Doi: 10.5935/1806-0013.20170122
- Tonella RM, Araújo S, Silva AMO. (2006). Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea no Alívio da Dor Pós-Operatória Relacionada com Procedimentos Fisioterapêuticos em Pacientes Submetidos a Intervenções Cirúrgicas Abdominais. *Revista Brasileira de Anestesiologia* Vol. 56, (6),185-190. Acedido 07.11.2019. Disponível em: <https://bjan-sba.org/article/10.1590/S0034-70942006000600007/pdf/rba-56-6-630.pdf>
- Zavarize, S. F., Martelli, A., Machado, S. A., & Sant'Ana, E. M. C. (2014). Diatermia por ondas curtas: análise da temperatura corporal superficial por termografia. *Biológicas & Saúde*, 4 (12). Doi:10.25242/886841220143

**APÊNDICE VIII. Folheto informativo sobre a aplicação de calor
seco/húmido**

Folheto sobre a aplicação de calor seco/húmido

Contra-indicações

- Inflamações agudas
- Hemorragia ativa
- Alterações da sensibilidade na região do tratamento;
- Zonas de insuficiência vascular
- Feridas abertas
- Febre
- Grávidas
- Deficiências cognitivas relevantes



Para esclarecimento de dúvidas pode contactar através do número da consulta telefónica*.

***Consulta Telefónica**

(+351) 212 726 815

Segunda a Sexta-Feira (dias úteis)

das 09:00 às 17:00

Resultados

- O alívio da dor é um processo individual. Algumas pessoas sentem alívio da dor nos primeiros dias após tratamento, outras pessoas só após várias sessões;
- Manter a medicação prescrita pelo médico é essencial para otimizar os resultados;
- É importante cumprir o plano terapêutico;
- Caso não verifique melhoria e/ou agravamento da dor, avise a equipa.

H.G.O. Med 33017

Contactos

Centro Multidisciplinar Dor - Beatriz Craveiro Lopes: (+351) 212 726

Elaborado por: Centro Multidisciplinar Dor - Beatriz Craveiro Lopes

Data de elaboração: Dezembro 2019

Data da revisão:

Hospital Garcia de Orta

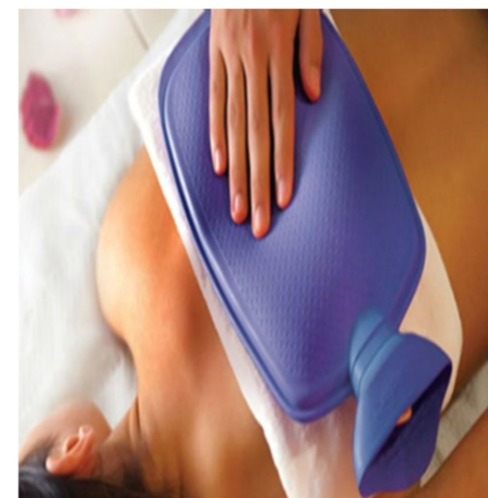
Av. Torrado da Silva, 2801-951 Almada - Portugal

Tel.: +351 212 940 294 | Fax: +351 212 957 004

geral@hgo.min-saude.pt



**Centro
Multidisciplinar Dor
Beatriz Craveiro Lopes**

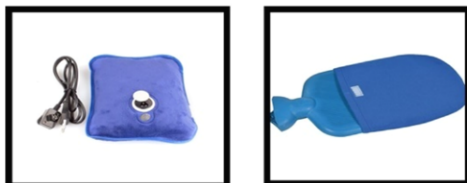


Calor seco / húmido

Informação para o Doente

Calor

- Consiste na aplicação local de calor com finalidade terapêutica proporcionando efeitos imediatos a nível superficial (pele) e profundo (músculos), atuando no relaxamento muscular ,aliviando assim a dor.
- O calor pode ser aplicado em forma de calor seco (saco de agua quente ou manta térmica) ou calor húmido (banho de imersão/duche de água quente, saco de água quente com toalha húmida) .



Pretende-se com o calor :

- Relaxamento muscular;
- Diminuir a rigidez das articulações
- Aliviar a dor.
- Favorecer a regeneração tecidular;
- Dilatar os vasos sanguíneos periféricos; (vasodilatação)
- Promover o aumento de corrente sanguínea;

Antes do tratamento

- Colocar água quente no saco térmico, utilizando 2\3 de sua capacidade;
- Retirar todo o ar do interior do mesmo e fechá-lo;
- Testar as condições do saco térmico verificando a presença de vazamento.
- Observar se está bem fechado.

Durante o tratamento

- Nunca colocar saco com água quente debaixo do corpo para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em extravazamento, e queimaduras.
- Se usar uma almofada de aquecimento elétrico, evite adormecer enquanto a almofada estiver ligada, pode provocar queimadura da pele.



- Cobrir o saco térmico com uma toalha e observar se a temperatura através da toalha está adequada.

ou



- Molhar uma toalha com água quente e retrocer e de seguida envolver o saco térmico e aplicar na zona dolorosa.
- O tratamento provoca um aumento de temperatura local, que deve ser tolerável e agradável..
- Adotar uma posição confortável;
- Aplicar calor apenas durante 15 a 20 minutos de cada vez, mais tempo não traz qualquer benefício.
- A aplicação de calor deverá ser feita 3 a 4 vezes por dia, preferencialmente.

APÊNDICE IX. 2ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

Reflexão Crítica de Aprendizagem

Na presente reflexão vou descrever uma situação vivenciada no decorrer do estágio no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B, no período de 04 novembro de 2019 a 13 de dezembro de 2019.

Descrevo a situação e analiso a ação, procuro sentido na experiência vivida tentando aprender o essencial para que em situações futuras possa prestar os melhores cuidados, com as competências exigidas. Realizo uma reflexão sistematizada em 6 etapas, de acordo com o processo reflexivo de Gibbs.

1. Descrição - O que aconteceu?

Na realização das consultas de 1ª vez surgiu uma interação com uma doente que suscitou grande preocupação devido à complexidade da pessoa e das suas vivências. A Sr.^a A.B., uma idosa de 70 anos de idade, sobrevivente oncológica, teve duas neoplasias distintas. Em 2009 neoplasia da mama direita, submetida a mastectomia direita, com esvaziamento ganglionar, radioterapia e hormonoterapia. Em 2015 carcinoma da pele da face e da orelha direita operada. Submetida em 2017 a foraminotomia de L5 por estenose de recesso e após cirurgia de coluna falhada desenvolve dor crônica e é referenciada pela neurocirurgia ao CMD por dor descontrolada, de intensidade nível 7 (escala numérica), ao nível da região cervical, região lombar, nádegas com irradiação para os membros inferiores. Antecedentes pessoais relevantes de depressão e duas tentativas de suicídio. À primeira abordagem demonstra ansiedade com períodos de labilidade emocional, com humor depressivo, viúva, manifesta revolta por o seu marido ter falecido no hospital de referencia com uma infecção hospitalar, tem 2 filhos mas vive sozinha, com pensamentos negativos e ideação suicida (diagnosticados pela psiquiatria) verbalizando:” Tenho medo que estas dores possam estar relacionadas com o cancro, podem ser metástases”,” tenho pensamentos maus”, “.....estou muito sozinha naquela casa tão grande”, “Tudo me passa pela cabeça”,....”O que é que eu ando cá a fazer?”.

2. Pensamentos e Sentimentos - O que pensei e senti nestas interações?

À medida que a consulta decorria e perante a conversação estabelecida, senti grande preocupação porque era visível o sofrimento da pessoa e com os seus antecedentes de depressão, a ideação suicida e o seu discurso negativo, poderiam culminar em algo trágico. Verbalizado pela própria: “Sinto-me tão triste, tenho dores e

não consigo fazer nada, estou a envelhecer, vivo sozinha e tenho muito medo da recidiva do cancro, também o que é que seu está cá a fazer?”. Senti que a Sr.^a A.B estava numa situação limite, denotando-se nas suas palavras um pedido de socorro, o que me deixou apreensiva. Senti uma enorme responsabilidade na forma como conduzia a conversa, utilizando uma comunicação clara, objetiva, assertiva e verdadeira, de forma a transmitir-lhe apoio emocional, confiança e a esperança necessária para ultrapassar este período difícil. A humanização deve ser compreendida pelos profissionais de saúde como um dever, ou seja, é uma necessidade para prestar cuidados de qualidade às pessoas. Assim, a interação com os doentes e familiares podem minimizar os seus sentimentos de angústia, medo, ansiedade e insegurança (Caverzan, Calil, Araujo & Ruiz, 2017). Pensei de imediato que teria de fazer alguma coisa para ajudar esta pessoa, nomeadamente, o encaminhamento urgente para a consulta de psicologia e psiquiatria. Apresentei o caso à psicóloga do CMD e ficou agendada consulta para a semana seguinte.

3. Avaliação - O que foi bom nesta experiência? O que foi mau na experiência?

O que foi bom foi compreender que apesar de uma primeira interação a doente teve espaço para confidenciar e desabafar os seus maiores medos com a minha pessoa. Assegurei a privacidade e a confidencialidade, que lhe permitiu dialogar e partilhar as suas preocupações mais íntimas, manifestado com períodos de labilidade emocional. Senti que ao escutar atentamente, com verdadeiro interesse no que me estava a transmitir, permitiu estabelecer a tal relação de confiança desejável entre um profissional de saúde e um doente. Na perspetiva dos autores Brink, & Skott (2013), o cuidado centrado na pessoa deve ter por base o diálogo entre o doente e o profissional de saúde, com a necessidade deste último desenvolver a competência da escuta ativa, de compreender a narrativa do doente sobre a sua experiência de doença e interpretar o significado atribuído aos sintomas, muitas vezes nestas narrativas são evidentes os pedidos de ajuda, ansiedade, medos e expectativas.

Considero que a minha capacidade de gerir as emoções foi boa e necessária perante esta experiência difícil. De acordo com McComarck & McCance (2006), os atributos e características dos enfermeiros influenciam a comunicação e os cuidados.

Foi bom compreender a aceitação da doente quando a encaminhei para a consulta de psicologia, a própria refere precisar de ajuda para ultrapassar os pensamentos negativos.

O que foi mau nesta experiência foi o confronto com as fragilidades do ser humano e o desespero que leva a doente a pensar no suicídio. A panóplia de sentimentos negativos observados numa só pessoa, que oscilaram entre a tristeza, a revolta, a ansiedade, o medo, a solidão, o desespero, o desconforto, em nítido sofrimento. A Sr.^a A. B está numa situação de risco, a saúde física e psicológica é de grande complexidade e necessita do apoio urgente dos profissionais de saúde e da família para equilibrar as várias dimensões da sua vida.

4. Análise - Que sentido podemos encontrar nesta situação?

Toda esta situação disruptiva levou a uma análise e profunda reflexão da minha parte, sobretudo a reflexão sobre as implicações e as minhas responsabilidades éticas e sociais perante esta pessoa. Consciencializou-me para a importância de gerirmos as nossas emoções de forma a ajudar os outros, da necessidade de uma comunicação eficaz, demonstrando assertividade e compreensão de modo a transmitir segurança, tranquilidade e ajuda efetiva ao doente. De acordo com Caverzan, Calil, Araujo & Ruiz (2017), a comunicação é uma parte essencial no processo terapêutico.

A importância de se promover um espaço próprio, tranquilo, com privacidade e com um tempo adequado para a realização da consulta de modo a permitir ao doente a partilha dos seus medos e de se estabelecer uma relação de ajuda.

Também emergiu desta experiência a relevância do papel dos familiares, da necessidade do seu apoio afetivo, do seu acompanhamento e no apoio na tomada de decisão para o bem-estar do doente. Neste caso, verifica-se uma ausência da família, nomeadamente os filhos, facto que a entristece, referindo sentir-se só. Verbaliza que o que lhe dá alguma força para não desistir são os seus netos.

Considero que esta situação conduziu a um momento de aprendizagem, pois, permitiu compreender a importância de uma comunicação centrada na pessoa, de estabelecer uma relação de ajuda, empática e de compaixão e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

5. Conclusão - Que mais poderia ter feito?

A consciencialização de situações complexas exige o desenvolvimento de competências na prática de cuidados, sendo exigido ao enfermeiro um cuidado humanizado, holístico e centrado no doente de forma a satisfazer as suas necessidades.

Integrar uma prática reflexiva permite-nos avaliar a nossa conduta, compreender os aspetos positivos e os negativos da interação, aprender com esses aspetos e tentar melhorar em situações semelhantes. Analisando a minha prática de cuidados verifico que dei ênfase à escuta ativa. Foi avaliada a sua dor, mas não foi reforçado o ensino na totalidade sobre a gestão terapêutica no alívio da dor, por considerar que o momento não era o ideal, pois compreendi que doente não tinha capacidade para interiorizar o ensino. Fiz um contacto telefónico uma semana depois, no dia 04.12.19, para avaliar a dor da doente e compreender se aderiu à terapêutica prescrita, mas poderia ter agendado uma consulta na tentativa de reforçar o ensino sobre a gestão da dor com maior brevidade do que estava previsto. Concretamente, o reforço do ensino sobre a importância de cumprir o plano terapêutico, com a frequência e a dosagem indicada, na hora certa, pela via certa; as implicações funcionais causadas pela dor, que o seu controlo é desejável para prevenir a ocorrência de dificuldades, como dormir, falta de apetite, alterações de humor, e a dificuldade em se relacionar com os outros, a dificuldade na socialização; o ensino sobre a importância terapêutica de resgate (SOS) quando há uma intensificação da dor; o não deixar chegar a uma intensidade máxima, pois será muito mais difícil tratar essa dor. Compete ao enfermeiro especialista em oncologia identificar e utilizar informação apropriada, com intervenções ao nível de cuidados educacionais e de suporte alinhados com as necessidades do doente oncológico e família, ou seja, fornecer informações no sentido de promover e apoiar o autocuidado (EONS, 2018).

6. Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?

A Sr.^a manifesta medo da recidiva da doença oncológica e sente-se completamente só e desamparada. Se esta situação surgisse de novo eu entraria em contacto com os filhos no sentido de pedir a colaboração da família, do seu apoio afetivo e no apoio da tomada de decisão.

O termo família é descrito por grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes (CIPE, 2011). A família é considerada como um pilar para os seus membros, são o suporte e o equilíbrio para ultrapassar momentos de crise, como em situações de vulnerabilidade e de doença (Diogo, 2018) sendo, por isso, necessário o envolvimento da família como parceiros de cuidados na gestão da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brink, E. & Skott, C (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, p. 563-567. doi: 10.4236/ojn.2013.38077.
- Caverzan, T., Calil, A., Araujo, C.& Ruiz, P. (2017). Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 4(4), 37-41. Doi: 10.17696/2318-3691.24.4.2017.735.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIEPE).
- Diogo, S.M.G. (2018). A integração da família no processo de cuidados ao doente paliativo: o papel do enfermeiro. (Tese de mestrado). <https://repositorio.esenfc.pt>
- European Oncology Nursing Society, (2018). Cancer Nursing Education Framework. Brussels: EONS. Acedido em 05-12-2019. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>
- European Oncology Nursing Society, (2018). Cancer Nursing Education Framework. Brussels: EONS. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>
- McCormack, B.& McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472 – 479.
- Santos, N. (2010). Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem (6ª ed). São Paulo, Brasil: Látia

**APÊNDICE X. Resumo do Poster a apresentar nas 1ª Jornadas de
Enfermagem Avançada ESEL**

Resumo do Poster

Autores:

Fernanda Arsénio¹, Patrícia Alves², Madalena Mela³

¹Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte – Polo Hospital Pulido Valente; nanda.arsenio@gmail.com

²Enfermeira; Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Mestre em Ciências da Educação; Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

palves@esel.pt

³Enfermeira Especialista Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, Hospital Garcia de Orta; mmela@hgo.min-saude.pt

Título:

Promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor: Intervenção de Enfermagem no Perioperatório

Resumo- Conteúdo:

Justificação do projeto

Na realização da visita pré-operatória pela equipa de enfermagem do Bloco Operatório do Hospital C constata-se que os doentes manifestam ansiedade, incerteza e medo da presença de dor após cirurgia.

Este projeto surge após a verificação da ausência de um ensino estruturado e uniformizado sobre a avaliação e a gestão da dor no pós-operatório ao doente oncológico cirúrgico e família na visita pré-operatória, resultando numa insuficiente informação/ensino fornecido.

No desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área Médico-Cirúrgica na vertente Enfermagem Oncológica compreendeu-se a importância de empreender um projeto de melhoria de qualidade de cuidados, no contexto profissional em Bloco Operatório, sustentado numa prática de enfermagem avançada,

de forma a promover o autocuidado, uma maior satisfação tanto do doente oncológico cirúrgico e família como da equipa de enfermagem.

Desta forma foi sentida a necessidade de elaborar uma checklist a aplicar na visita pré-operatória e acolhimento no Bloco operatório, relativa às intervenções de Enfermagem na promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor.

Fundamentação:

As doenças oncológicas são uma causa de morbilidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde, o cancro é a segunda causa de morte em Portugal e a que mais subiu nos últimos anos (DGS, 2015). O doente oncológico, no seu percurso de doença, depara-se muitas vezes com a necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico para tratamento da doença.

A cirurgia provoca dor à pessoa. Dor que é um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser observada segundo um modelo biopsicossocial (APED, 2017). A implementação eficaz de cuidados centrados na pessoa só é possível com base no diálogo entre o doente e o profissional exigindo o desenvolvimento de competências profissionais. A abordagem centrada na pessoa exige que os profissionais de saúde sejam especializados em ouvir as narrativas dos doentes e adquiram conhecimento sobre como as experiências de sintomas podem ser expressas e interpretadas individualmente (Brink & Carola, 2013).

A visita pré-operatória efetuada ao doente oncológico é essencial para responder às necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, a cirurgia e suas complicações, o autocuidado e formas de adaptação no período pós-operatório (Pereira et.al, 2016; Mello, Lucena & Echer, 2010). A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor, vai ao encontro do domínio da *Função de Educação e de Orientação* (Benner, 2001). Assim os enfermeiros devem informar o doente sobre o que é expectável relativamente à dor após um ato cirúrgico, corrigir os mitos e ideias erradas e fornecer explicações quando se produzem mudanças físicas sobre como gerir a dor, com recurso à avaliação e às medidas existentes de alívio da dor (Benner, 2001).

Compete ao enfermeiro especialista em oncologia identificar e utilizar informação apropriada, com intervenções ao nível de cuidados educacionais e de suporte, alinhados com as necessidades do doente oncológico e família, ou seja, fornecer informações no sentido de promover e apoiar o autocuidado. (EONS,2018)

Objetivo: Promover o autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor.

Estratégias e instrumentos: A metodologia de projeto com três estágios, em contextos distintos: clínica de Dor do hospital A; centro multidisciplinar de dor do hospital B; bloco operatório do hospital C. As estratégias para o desenvolvimento do projeto são: a pesquisa bibliográfica, a revisão scoping da literatura, a observação da prática nos campos de estágio, a prestação de cuidados, a reflexão sobre a prática, um estudo de caso e a construção de instrumentos de apoio à prática (checklist e respetivo guião).

Resultados e Discussão:

Pretende-se alcançar: a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, garantindo a satisfação do doente oncológico cirúrgico e família, promovendo o seu autocuidado na avaliação e gestão da dor; a sistematização e a uniformização da avaliação e gestão da dor por parte de toda a equipa de enfermagem, através de uma checklist e guia de apoio à prática; elaboração de um folheto informativo sobre a avaliação e gestão da dor ao doente oncológico cirúrgico e família para reforço do ensino elaborado pela equipa de enfermagem na visita pré-operatória. Concomitantemente, este percurso permite o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista médico-cirúrgica na vertente oncológica.

Conclusões:

A implementação deste projeto exige o desenvolvimento de práticas de cuidados de enfermagem avançada, nomeadamente nos ensinamentos centrados nas necessidades do doente e família, no âmbito da avaliação e gestão da dor no período

perioperatório, no sentido da promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família.

Implicações/recomendações para a prática:

O envolvimento da família como parceira nos cuidados de enfermagem é fundamental para a gestão da dor do doente oncológico cirúrgico, especialmente no domicílio. A informação escrita, folheto informativo, reforça os ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem na visita pré-operatória, centrados nas necessidades do doente oncológico cirúrgico e família.

Palavras chave:

Doente oncológico cirúrgico; Família; Dor; Intervenção de enfermagem; Ensino; Perioperatório.

Referências bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brink, E. & Carola, S. (2013) Caring about symptoms in person-centred care. *Journal of Nursing*, 3, 563-567. Doi:10.4236/ojn.2013.38077

Direção-Geral da Saúde. (2015) *Portugal - Doenças Oncológicas em Números 2015*.

Acedido em: 20-05-2019. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/em.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511>

EONS (2018). The EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido em: 22-11-2019. Disponível em:

<https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Mello, B., Lucena, A. & Echer, I. (2010) *Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (4), 803-811.

**APÊNDICE XI. Reflexão Crítica da Participação nas 27ª Jornadas do
Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B**

Reflexão Crítica da Participação nas 27ª Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital B

Foram desenvolvidas atividades que não estando previstas contribuíram para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, nomeadamente, a participação nas jornadas anuais sobre dor, com o patrocínio científico da APED e da ordem dos médicos, a convite da Enfermeira Chefe e da enfermeira orientadora. As jornadas foram interessantes, proporcionaram momentos de divulgação, partilha e reflexão entre equipas multidisciplinares sobre a problemática da dor a nível nacional e mundial, a divulgação das melhores práticas de cuidado na pessoa com dor crónica, permitiram apresentar os desenvolvimentos clínicos no campo da medicina para a dor e a incrementação da investigação na área.

Foi evidenciado o défice de formação pós-graduado na área da dor, com necessidade premente de contrariar essa tendência devido à elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros, devendo assim, ser obrigatório uma formação adequada. Reforçada a importância da graduação dos enfermeiros em dor na prática diária. Segundo Meissner et al. (2018), vários estudos indicam que a natureza da gestão dor pós-operatória requer uma equipe multidisciplinar altamente treinada e é a este nível que grandes melhorias podem ser feitas. Importa, referir que a formação em dor deve iniciar-se no período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional (DGS, 2017).

O atual Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor tem como meta *“contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor, promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde e contribuir para a literacia dos cidadãos em relação à prevenção e controlo da dor”* (DGS, 2017).

Foi divulgado que a ordem dos enfermeiros pretende futuramente criar uma competência acrescida na área da dor, facto que desconhecia e que me deixou entusiasmada uma vez que é uma área de interesse e que pretendo desenvolver no meu contexto de trabalho.

Considero desta forma, que a minha participação nas 27ª Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor, contribuiu para a consciencialização da necessidade dos profissionais de saúde, em concreto, os enfermeiros investirem num continuum na

área da dor, de forma, a desenvolver competências na melhoria dos cuidados humanizados à pessoa com dor e capacitar os profissionais para uma melhor tomada de decisão na prática diária, tendo em vista a qualidade de vida dos nossos doentes e um aumento nos índices de satisfação. Esta participação traduziu-se num momento de reflexão, e compreensão de que em Portugal ainda existem muitas pessoas oncológicas e não oncológicas que sofrem com dor, de acordo com as estatísticas. Assim, há um longo caminho a percorrer nesta área, nomeadamente, das organizações de saúde e das equipas multidisciplinares. Deve haver uma estreita parceria e colaboração entre os vários elementos que compõem uma equipa com saberes e competências próprias para melhor gerir a dor crónica ou aguda, oncológica ou não oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer E.A.M., Osterbrink, J., Benhamou, D., Betteridge, N., ... Schäfer M. (2018). Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators. *Journal Current Medical Research Opinion*, 34(1), 187-196.
Doi: [10.1080/03007995.2017.1391081](https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1391081)

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. pp.5.

Acedido em: [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor - 2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa%20Nacional%20para%20a%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20da%20Dor%20-2017.pdf)(aped-dor.org)

**APÊNDICE XII. Plano de sessão formativa da apresentação do
Projeto “Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico
Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de
Enfermagem no Perioperatório”**

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor: Intervenção de Enfermagem no Perioperatório. Local e Data da sessão: Bloco Operatório II HPV - 07.02.2020. Hora: 15:00. **Objetivo Geral:** Capacitar a equipa de enfermagem para a promoção do autocuidado do doente oncológico cirúrgico e família na avaliação e gestão da dor.

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia Formativa	Recursos Materiais	Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a implementação do ensino ao doente oncológico cirúrgico e família promovendo o autocuidado na avaliação e gestão da dor; Apresentar checklist e guia orientador enquanto instrumento de trabalho a aplicar pelos enfermeiros; Incentivar a adesão da equipa na aplicação da checklist e guia orientador na visita pré-operatória ou no acolhimento	Apresentação do projeto: - Objetivos - Questão de partida - Crítérios de inclusão Metodologia adotada para a implementação para o projeto: - Campos de estágio - Revisão Scoping Checklist (Acrónimo AEI do ensino) e respetivo guia orientador Reflexão sobre a aplicação da checklist na visita pré-operatória e no acolhimento no bloco do HPV Folheto informativo	Método expositivo	Apresentação audiovisual: Computador Data show Escalas da dor	Questionário de avaliação Conversa informal com esclarecimento de dúvidas

**APÊNDICE XIII. Checklist - Intervenção de Enfermagem na
Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e
Família na Avaliação e Gestão da Dor**

CHECK LIST

Intervenção de Enfermagem na Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor

AEI	Sim	Não	Não Aplicável
1- <u>Apresentar-se</u> ao doente e família.			
2 - Promover o <u>envolvimento</u> da família no momento da realização da visita pré-operatória, preferencialmente no horário de visitas.			
3 - Avaliar o <u>interesse</u> do doente e família /Compreender a capacidade do doente para interiorizar o ensino.			
4- Questionar o doente se tem alguma dor no momento.			
5- Validar e Ensinar ao doente e família:			
a) É expectável que surja dor após um ato cirúrgico, mas uma dor controlada.			
b) Dor mal controlada atrasa a recuperação, leva a internamentos prolongados e propicia a dor crónica			
c) Importância de caracterizar a sua dor (Localização / Intensidade/ Descritores / Duração / Frequência).			
d) Escalas de autoavaliação da dor, sua utilização e ajudar a escolher a que melhor se adequa (Escala Numérica-E. N.; Escala Qualitativa- E.Q.; Escala de Faces- E.F)			
e) As possíveis implicações funcionais da dor nas atividades de vida (mobilização, sono, alimentação, higiene, humor, relações com outras pessoas, trabalho)			
f) A importância de tomar os fármacos corretamente - dosagem e frequência para melhor controlo da dor.			
g) Os possíveis efeitos secundários relacionados com a medicação (náuseas/vómitos, obstipação, sonolência, ...)			
h) As medidas não farmacológicas de alívio da dor (aplicação de gelo, o posicionamento, a massagem terapêutica, ...)			
i) Sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, ou as mudanças no seu padrão.			
6- Questionar o doente e família sobre a existência de dúvidas, esclarecer e reforçar o ensino necessário.			
7- Fornecer folheto informativo sobre a dor ao doente e família para reforço do ensino.			

Data:

Enf.º:

APÊNDICE XIV. Guia Orientador para os Enfermeiros sobre a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado na avaliação e gestão da dor ao doente oncológico cirúrgico e família

1. Apresentar-se ao doente/família

- ✓ Dizer o seu nome;
- ✓ Referir que é enfermeiro;
- ✓ Proveniência do serviço (Bloco Operatório);
- ✓ Explicar qual o objetivo da sua presença (conhecer a pessoa que vai ser submetida ao procedimento cirúrgico/família; validar alergias, antecedentes pessoais e cirúrgicos; explicar procedimentos perioperatórios, fazer ensino, nomeadamente sobre a dor, esclarecimento de dúvidas).

2. Promover o envolvimento da família no momento da realização da visita pré-

- ✓ Realizar a visita pré-operatória, preferencialmente, no horário das visitas dos familiares para os integrar como parceiros de cuidados no domicílio.
- ✓ Como parceira no cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão. A família requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de dor e doença.

3. Avaliar o interesse do doente e família / Compreender a capacidade do doente para interiorizar o ensino

- ✓ Questionar o doente e família (caso esteja presente) se estão dispostos, ou interessados em receber as informações / ensino relativos ao período perioperatório.

- ✓ Avaliar/Compreender se o doente está confortável, avaliar a sua capacidade cognitiva, o seu estado de orientação.

4. Questionar se o doente tem alguma dor no momento

- ✓ Avaliar a existência de dor no momento, se já existe uma dor aguda/crónica prévia à cirurgia.
- ✓ Se tiver dor avaliar, registar e intervir (se o doente estiver internado no serviço de origem encaminhar para a enfermeira ou cirurgião)

5. Validar e Ensinar ao doente e família:

- **É expectável que surja dor após um ato cirúrgico, mas que deve ser uma dor controlada.**
- ✓ A dor é provocada pela incisão cirúrgica, por danos nos tecidos (pele, músculos, ...), pela inflamação, ou em algumas situações devido ao posicionamento em que terá de ficar na marquesa.
- **Dor mal controlada atrasa a recuperação, leva a internamentos prolongados e propicia a dor crónica.**
- ✓ Validar, caso o doente já tenha história de cirurgias anteriores, o conhecimento prévio, ou ensinar caso exista um desconhecimento por parte do doente.
- ✓ Reforçar a importância da dor controlada, com medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas, promovendo a recuperação, alta para o domicílio e prevenindo o aparecimento de dor crónica.
- **Importância de caracterizar a sua dor (Localização / Intensidade/ Descritores / Duração / Frequência).**
 - ✓ Localização: Em que local do corpo tem dor?
 - ✓ Intensidade: Qual a intensidade da sua dor?

- ✓ Descritores: Como descreve a sua dor?
 - ❖ Tipo *picada, queimadura, choque elétrico, mordedura, pontada, queimadura, facada*
- ✓ Temporalidade
- ✓ Fatores de alívio: Repouso, posicionamento, medicação, ...
- ✓ Fatores de agravamento: marcha, ou posição de deitado/sentado, ou esforços,

• **Escalas de autoavaliação da dor, sua utilização e ajudar a escolher a que melhor se adequa** (Escala Numérica-**E. N.**; Escala Qualitativa- **E.Q.**; Escala de Faces- **E.F**)

- ✓ Questionar o doente se conhece as escalas de autoavaliação da dor.
- ✓ Fazer um ensino prévio e ter a certeza de que o doente compreende corretamente o significado e a utilização da escala, com linguagem simples e acessível;
- ❖ A **Escala Numérica (E.N.)** consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que o 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável)

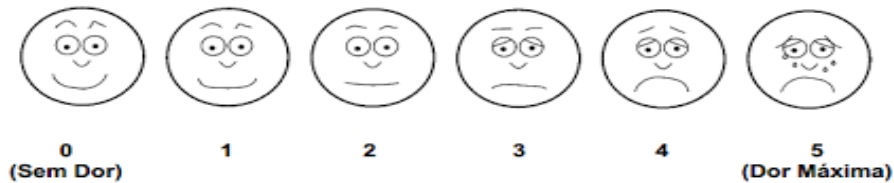
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Dor máxima					
(DGS 2003)										

- ❖ A **Escala Qualitativa (E.Q)**, solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima.

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

(DGS,2003)

- ❖ A **Escala de Faces (E.F)**, o doente classifica a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. Sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “Dor Máxima”



(DGS 2003)

- **As possíveis implicações funcionais da dor nas atividades de vida (mobilização, sono, alimentação, higiene, humor, relações com outras pessoas, trabalho)**
 - ✓ Ensinar ao doente e família algumas implicações funcionais causadas pela dor, explicando que o controle da dor é desejável para prevenir a ocorrência dessas mesmas implicações, nomeadamente na dificuldade em dormir, na falta de apetite, nas alterações de humor, na dificuldade em se relacionar com os outros, na dificuldade na socialização, na dificuldade em produzir e concentrar-se no trabalho.
- **A importância de tomar os fármacos corretamente - dosagem e frequência para melhor controlo da dor.**
 - ✓ Ensinar o doente e família da importância de cumprir o plano terapêutico, com a frequência e a dosagem prescrita, na hora certa, pela via certa (oral, tópica, retal, subcutânea)
 - ✓ Ensinar a importância de fazer a terapêutica de resgate (SOS) quando há uma intensificação da dor e explicar que não deve antecipar a toma do analgésico que está prescrito. (exº Prescrição de Paracetamol de 8/8h, previsto para as 7H-15H-23H. Tomou o paracetamol das

15h e às 20 h a dor intensifica, explicar ao doente que nesta altura não deve antecipar a toma das 23h, mas sim a terapêutica analgésica que tem prescrita em SOS –nolotil, naproxeno,...) e às 23h segue a prescrição de Paracetamol 1 grama.

- ✓ Ensinar ao doente e família que deve tomar os analgésicos em SOS, assim que a dor provoque desconforto. Não deixar chegar a uma intensidade máxima, pois será muito mais difícil controlar essa dor.
- **Os possíveis efeitos secundários relacionados com a medicação (náuseas/vómitos, obstipação, sonolência, ...)**
 - ✓ Há medicação opióide que poderá provocar efeitos secundários como náuseas/vómitos, obstipação, sonolência, entre outros.
 - ✓ É importante alertar os doentes e familiares para estes possíveis efeitos secundários e realizar o ensino necessário. (ex: se o doente refere obstipação é importante fazer os ensinamentos sobre uma alimentação rica em fibras, ingestão de líquidos, atividade física, massagem no abdómen e associar, se necessário, a toma de laxantes.)
 - ✓ Informar ao doente e família que caso estes efeitos secundários se mantenham devem contactar o seu médico assistente para reajuste ou alteração terapêutica.
- **As medidas não farmacológicas de alívio da dor (aplicação de gelo, o posicionamento, a massagem terapêutica, ...)**
 - ✓ Ensinar ao doente e família que existem medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas para alívio da dor, que são práticas, simples, baratas e eficazes, que podem ser feitas no domicílio com ajuda da família. Por ex: a aplicação de gelo, que previne o edema, o aparecimento de hematomas e o alívio da dor no local operado, entre outras...

- ✓ Ensinar que é aconselhável a aplicação de gelo 3 a 4 vezes dia, durante 15 a 20 minutos, nas 48 horas após o ato cirúrgico, devido à inflamação aguda provocada pela incisão de tecidos, músculos, reforçando a importância de colocar o gelo dentro de um saco de plástico, que deve ser protegido por um pano para prevenir as queimaduras na pele ou usar bolsas apropriadas para o gelo.
- ✓ Ensinar ao doente e família que fazer uma massagem com um creme ou um posicionamento com a utilização de almofadas pode deixá-lo mais confortável na zona dolorosa.
- ✓ Reforçar que as medidas não farmacológicas devem ser complementares às medidas farmacológicas, para otimização do controlo da dor. Não devem suspender a terapêutica prescrita.
- **Sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, ou as mudanças no seu padrão.**
 - ✓ Ensinar ao doente e família que sempre que haja um agravamento da sua dor, ou difícil controlo da mesma, ou haja mudança do padrão de dor, da localização, devem contactar os profissionais de saúde e comunicar-lhes precocemente, no sentido de se reajustar a terapêutica analgésica.

6. Questionar o doente e família sobre a existência de dúvidas, esclarecer e reforçar os ensinoss necessário.

- ✓ Questionar o doente e família se existem dúvidas após os ensinoss, caso ainda existam, esclarecer e reforçar as vezes necessárias para o doente poder avaliar e gerir a sua própria dor, promovendo o seu autocuidado.

- ✓ Informar o doente e família que sempre que existam dúvidas após a alta hospitalar, podem contactar os serviços de Cirurgia de Ambulatório ou Cirurgia Torácica para esclarecimento das suas dúvidas ou eventual encaminhamento.
- ✓ Fornecer o contacto telefónico do serviço de internamento, ou informar da existência do contacto no folheto informativo.

7. Fornecer folheto informativo sobre a dor ao doente e família para reforço do ensino

- ✓ Incentivar a sua leitura
- ✓ Esclarecer dúvidas

APÊNDICE XV. Folheto sobre Gestão da Dor

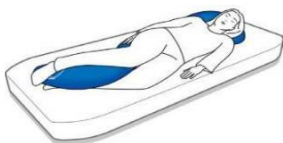
APRENDA A GERIR A DOR

Pode controlar a dor com a ajuda dos **medicamentos que não deve deixar de tomar** e com outras medidas complementares simples e eficazes como:

A aplicação de gelo, que diminui o edema e alivia a sua dor

- aplicação de gelo no local operado 3 a 4 vezes dia, durante 15 a 20 minutos, durante as primeiras 48 horas após a cirurgia.
- Nunca coloque o gelo diretamente sobre a pele - deve colocar o gelo dentro de um saco de plástico, que deve ser protegido por um pano para prevenir as queimaduras na pele ou usar bolsas apropriadas para o gelo.

Uma massagem ou um posicionamento com a utilização de almofadas, que o possa deixar mais confortável na zona dolorosa.



Contacte os profissionais de saúde:

- Caso não verifique melhoria e/ou tenha agravamento da dor - poderá precisar de medicação diferente ou de uma dose mais forte para aliviar sua dor.
- Caso tenha sintomas persistentes de náuseas/vómitos, obstipação, sonolência entre outros - podem ser efeitos secundários da medicação para as dores.

Para esclarecimento de dúvidas pode contactar o Hospital, para o serviço cirúrgico onde esteve internado.

Não esquecer:

Ser bem sucedido na gestão da sua dor também significa receber ajuda dos profissionais.

Tornando a dor visível não é possível ignorá-la.

A DOR É PARA TRATAR, NÃO PARA SUPORTAR

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte –Polo Pulido Valente– Bloco Operatório II

Contacto telefónico: 217548000

Morada: Hospital de Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres



Informação para o Doente

Vai ser submetido a uma cirurgia?

A cirurgia é necessária para diagnosticar, tratar, curar doenças de vários órgãos ou para melhorar a funcionalidade de defeitos anatómicos.

É comum a dor após uma cirurgia?

Sim, é comum, mas é esperado que seja uma dor controlada. A dor é provocada pela incisão cirúrgica, por danos nos tecidos (pele, músculos, ...), pela inflamação, ou em algumas situações devido ao posicionamento.

A **dor** é aquela que a pessoa sente! Nem toda a gente reage à dor da mesma maneira.



O alívio da dor é um processo individual. Algumas pessoas sentem alívio da dor nos primeiros dias outras pessoas podem demorar mais tempo.

O controle da dor após a cirurgia é muito importante. Quando a dor é controlada, dorme melhor, come melhor e volta às atividades normais mais cedo. Pode recuperar mais rapidamente da cirurgia e voltar ao trabalho mais cedo.

Como deve ser avaliada a sua dor?

É muito útil avaliar a dor no período pós-operatório. Há métodos simples e fiáveis de avaliação da dor, como as escalas de avaliação de dor:

Escala numérica (E.N.) é uma régua numerada, de 0 a 10. Pretende avaliar a intensidade da sua dor através de uma classificação numérica, sendo que o **0** corresponde à classificação “**Sem Dor**” e **10** à classificação “**Dor Máxima**”.

Sem Dor

Dor máxima

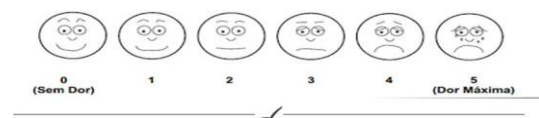
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala qualitativa (E.Q), classifica a intensidade da sua dor, de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”.

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala de faces (E.F) classifica a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. Sendo que a **expressão de felicidade** corresponde à classificação “**Sem Dor**” e à **expressão de máxima tristeza** corresponde à classificação “**Dor Máxima**”.

(DGS,2003)



As informações a seguir ajudarão a entender como gerir a sua dor após a cirurgia:

A gestão da dor pós-cirúrgica começa com a administração de medicamentos analgésicos enquanto está a ser operado.

Depois da cirurgia, a equipa de enfermagem do Bloco, do recobro e do serviço de internamento vão perguntar-lhe se tem dores, e vão mostrar-lhe estas escalas para avaliar a sua dor. É muito importante que avalie a sua própria dor, para que a equipa atue de forma a não deixar a dor aumentar.

Quando tiver alta, é necessário que cumpra a medicação que lhe foi prescrita, com a frequência e a dosagem indicada e na hora certa para controlar a sua dor.

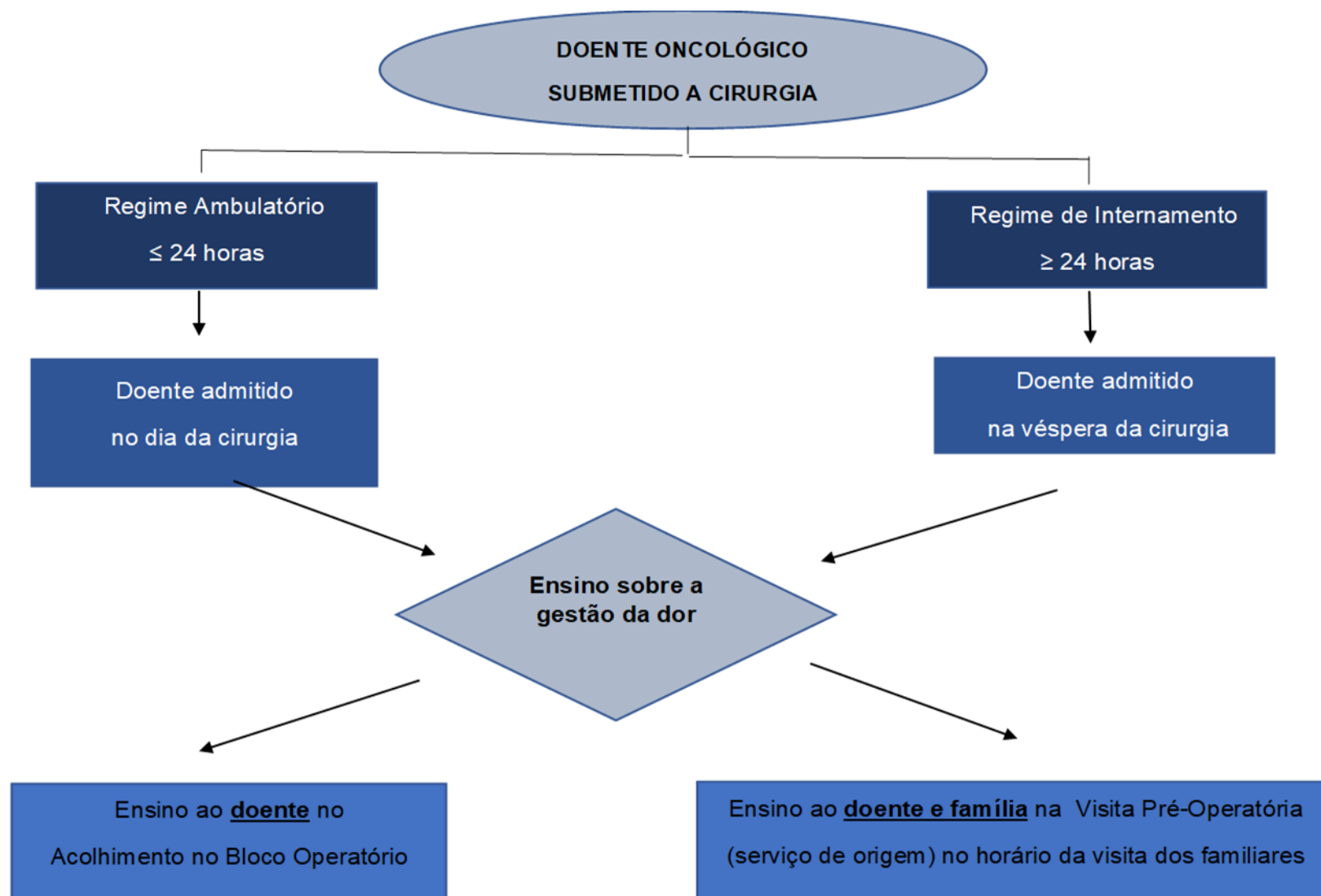


Se a dor aumentar não deve antecipar a toma do analgésico que está prescrito, mas sim recorrer ao medicamento receitado pelo médico em SOS, ou seja, se for necessário, tome a medicação extra para controlar a sua dor.

Deve tomar os analgésicos em SOS, assim que a dor provoque desconforto. Não deixar chegar a uma intensidade máxima, pois será muito mais difícil controlar essa dor.

APÊNDICE XVI. Fluxograma

Intervenção de Enfermagem na Promoção do Autocuidado do Doente Oncológico Cirúrgico e Família na Avaliação e Gestão da Dor



Fluxograma: Representação gráfica do percurso do doente oncológico cirúrgico e família e intervenção de enfermagem no ensino sobre a gestão da dor