



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Área de Intervenção Específica

**Enfermagem Oncológica**

**A Dor em Doentes Neuro-Oncológicos**

**Andrea Sofia Luís Silvério**

**2011**



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Área de Intervenção Específica**

**Enfermagem Oncológica**

**A Dor em Doentes Neuro-Oncológicos**

**Andrea Sofia Luis Silvério**

**Relatório de estágio orientado por:**

**Prof. Antónia Maria Nicolau Espadinha**

**2011**



## **INDICE DE SIGLAS**

HSJ – Hospital São José

PMD-EE – Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional – Especialização em Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIN – Pain Associate’s International Network

EFIC – European Federation of IASP Chapters

WHO – World Health Organization

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

EVA – Escala Visual Analógica

BPS – Behavioural Pain Scale

PCA – Patient Controlled Analgesia

AVD – Actividade de Vida Diária

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

AGS – American Geriatrics Society

CNPI – Checklist of Nonverbal Pain Indicators

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

ESCP-SAD – Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos – Suporte e Assistência Domiciliária

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNC – Sistema Nervoso Central

HSAC – Hospital de Santo António dos Capuchos

DGS – Direcção Geral de Saúde

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

IPO – Instituto Português de Oncologia

## Resumo

A Dor é um sintoma que surge com muita frequência nos doentes oncológicos, podendo ser encontrada em todas as fases da doença, pelo que a sua prevenção e tratamento são um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes. Os doentes neuro-oncológicos têm, por vezes, graves alterações cognitivas, não conseguindo comunicar a sua experiência de Dor, tornando desta forma primordial aumentar esforços e melhorar o meu desempenho nos cuidados que presto a estes doentes, adquirindo competências profissionais específicas. Escolhi assim como tema para o meu estágio “A Dor em Doentes Neuro-Oncológicos”, tendo como objectivos gerais, prestar cuidados de Enfermagem de especializados ao doente neuro-oncológico com alterações cognitivas, que permitam uma correcta avaliação, controlo e tratamento da dor; ser detentora de conhecimentos de suporte e apoio à equipa, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e agir como dinamizadora num ambiente de cuidados de enfermagem ao doente com dor oncológica.

A metodologia utilizada no estágio baseou-se numa pesquisa bibliográfica sistematizada com base nas palavras-chave: Doente Neuro-oncológico, Dor, Escalas de Avaliação e Alterações Cognitivas, na análise e reflexão acerca dos instrumentos de avaliação de dor existentes, bem como nas escalas de avaliação de dor utilizadas nos locais de estágio que escolhi, reflectindo-se na prática de cuidados, através da prestação de cuidados ao doente.

Este relatório descreve o percurso vivenciado nos locais de estágio que escolhi, quando cuidei da pessoa com doença oncológica, nos quais aprofundi e adquiri competências acerca da importância de uma avaliação rigorosa, controlo e tratamento da Dor. Analisei os princípios orientadores das acções desenvolvidas pelos enfermeiros nos diferentes locais de estágio, para dar resposta às necessidades do doente neuro-oncológico com alterações cognitivas, para melhorar a avaliação da Dor, evidenciando os sentimentos e emoções que me despertaram durante a prática do cuidar nos vários locais de estágio e o meu envolvimento emocional enquanto pessoa e enfermeira.

Tem também como finalidade expressar a minha preocupação na procura de uma escala de avaliação de dor adequada ao doente neuro-oncológico com alterações cognitivas, sem capacidade de se expressar verbalmente, com o objectivo de propiciar o conforto e alívio da sua Dor, proporcionando-lhe, desta forma, uma melhor qualidade de vida.

## Abstract

Pain is a symptom that arises very often in cancer patients, can be found at all stages of the disease, so prevention and treatment is a duty of health professionals and patients right. Neuro-oncology patients have, at times, severe cognitive impairment, unable to communicate their pain experience, there for, it is my goal making major efforts to increase and improve my performance acquiring specific skills providing care to these patients.

I chose as the subject of my report "The Pain in Neuro-Oncology Patients", with the overall goal of providing specialized nursing care to patients with neuro-oncology cognitive impairment that will allow a proper evaluation, control and treatment of pain, to improve the quality of care and act as a facilitator in an environment of nursing care to patients with cancer pain.

The methodology used in training was based on a systematic literature search based on keywords: Neuro-Oncology Patient, Pain, Evaluation Scales, Cognitive Impairment, analysis and reflection on the pain assessment tools available, as well as scales of pain assessment used in the places I have chosen, reflecting on the practice of care through the provision of patient care. This report describes the journey experienced in local stage I chose when I took care of the person with cancer, in which deepened and acquired skills on the importance of a rigorous assessment, monitoring and treatment of pain.

This report demonstrates the journey experienced in the internship I chosen when I took care of the person with cancer, in which deepened and acquired skills on the importance of a rigorous assessment, monitoring and treatment of pain. I have reviewed the principles guiding the action taken by nurses in different local stage to meet the needs of the neuro-oncology patient with cognitive impairment, to improve the assessment of pain, highlighting the feelings and emotions that I awoke during the practice of caring in several local stage and my emotional involvement as a person and a nurse.

This report is also intended to express my concern to find a rating scale of pain appropriate to the neuro-oncology patient with cognitive impairment, unable to express themselves, with the aim of providing comfort and relief of their pain, providing it this way, a better quality of life.

## INDICE

<b>1. Introdução</b> .....	7
<b>2. Dor Oncológica</b> .....	11
<b>3. Trabalho De Campo</b>	
<b>3.1 Locais De Estágio</b> .....	22
3.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE .....	23
3.1.2 Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE.....	27
3.1.3 Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE .....	32
3.1.4 Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos, EPE .....	36
<b>3.2 Recursos e Barreiras Existentes</b> .....	45
<b>4. Questões Éticas</b> .....	47
<b>5. Implicações Para A Pratica Dos Cuidados</b> .....	49
<b>6. Considerações Finais E Perspectivas Futuras</b> .....	52
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	57
<b>8. Apêndices</b>	
Apêndice I - Cronograma de Estágio	
Apêndice II – Reflexão Crítica – UCIN - HSJ	
Apêndice III – Reflexão Crítica – Clínica de Dor - IPO	
Apêndice IV – Reflexão Crítica – ESIH de Cuidados Paliativos - IPO	
Apêndice V – Questionário	
Apêndice VI - Plano da Acção e Apresentação da Sessão de Informação	
Apêndice VII – Escalas de Dor para Doentes com Alterações Cognitivas	
<b>9. Anexos</b>	
Anexo I – Escala <i>Checklist for Nonverbal Pain Indicators</i>	
Anexo II – Avaliação dos Estágios	
Anexo III – Certificados de Acções de Formação	

## 1. Introdução

A Enfermagem registou entre nós, uma evolução no decurso dos últimos anos, em que torna imperioso reconhecer como significativo o valor do enfermeiro no âmbito da comunidade científica e a qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o REPE (1998, pág.3) “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Há 6 anos iniciei a minha vida profissional na área da Neurocirurgia, no Hospital dos Capuchos, onde ainda me mantenho em funções. Iniciei este caminho num serviço por onde todos os elementos das equipas circulavam entre Enfermagem Homens/Senhoras e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCIN), sendo esse um dos factores motivantes que me levou a escolher o local para trabalhar. Após alguns anos, devido a modificações internas na Administração do Centro Hospitalar, foi decidido que a UCIN e Enfermagem, passariam a ser serviços independentes, o que significou que as equipas de Enfermagem se tiveram de dividir entre ambos os serviços. Apesar de nesta altura estar em funções na UCIN, foi-me proposto uma posição de chefia de equipa na Enfermagem, sendo por isso, factor de grande motivação e desafio para as minhas capacidades que, com agrado, aceitei.

Com o acréscimo de responsabilidades, tem aumentado a minha necessidade de aprofundar conhecimentos e de ter um papel de suporte na equipa, daí ter decidido fazer este Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com opção em Enfermagem Oncológica, que até agora, me forneceu inúmeros e valiosos conhecimentos, que já comecei a interiorizar e divulgar, trazendo-os para o meu local de trabalho, tornando-me assim, um pouco como “fonte de conhecimento”.

Ao longo da minha prática profissional, os aspectos relacionais continuaram a revelar-se primordiais e assim, ao chegar o momento de seleccionar uma temática para o meu projecto de estágio, a escolha recaiu sobre a vertente da avaliação da Dor oncológica e seu tratamento, na prática dos cuidados.

Trabalho diariamente com doentes neurocirúrgicos oncológicos em fase de tratamento e fim de vida, sendo que a grande maioria tem alterações cognitivas e da comunicação. A maioria destes

doentes comunica somente por gestos, acenos ou expressões faciais, pelo que a comunicação/expressão da Dor é por vezes muito difícil de avaliar e tratar. A motivação sentida para esta problemática tem a ver com as situações com que me deparo diariamente, e sobre as quais muito pouco se faz, apesar de muito se especular sobre o que se devia fazer. A Dor pode e deve ser tratada, é um direito a quem vive em sofrimento e para mim e no local onde exerço funções, o rigor na sua avaliação e tratamento são essenciais.

A Dor oncológica é uma realidade filosoficamente imperfeita, é um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida e avaliada com rigor, pois, é o primeiro passo para uma correcta caracterização e opção terapêutica. É legítimo afirmar que a Dor oncológica, deve ser tratada, com adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e com todos os recursos, técnicos, disponíveis.

No Centro Hospitalar de Lisboa Central, ao qual pertence o serviço onde exerço funções, foi implementado um projecto de avaliação da Dor, que teve início em Agosto de 2009 com a implementação de escalas de avaliação da dor em todos os serviços com o objectivo de uniformizar a prática de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor a todos os doentes do Centro Hospitalar de Lisboa Central. As escalas protocoladas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central para doentes adultos são: A Escala de Faces (Wong-Baker, 1988), Escala Numérica associada à Escala Visual Analógica, a Escala Comportamental de Dor – BPS (Behavioral Pain Scale) (adaptada por Payen (2001) e a Escala Doloplus (Avaliação Comportamental na Pessoa Idosa) (adaptada por Guarda (2006).

As escalas protocoladas para o serviço de Neurocirurgia do HSAC, pela experiência que tenho na avaliação do doente neuro-oncológico, não estão adaptadas a este tipo de doentes, porque estes doentes são detentores de alterações cognitivas que impossibilitam uma avaliação adequada pelas escalas de auto ou hetero-avaliação, o que vai culminar, por um lado, numa utilização incorrecta e por outro lado, na não-utilização das escalas por toda a equipa de Enfermagem. A atitude dos profissionais relativamente à avaliação da dor, quando a mesma não é possível efectuar através das escalas institucionalizadas, é registar a avaliação que o próprio profissional faz da situação, através da observação do fâcies e comunicação não-verbal do doente. Dada a subjectividade desta avaliação, uma vez que esta é concertiza influenciada pelas representações sociais, crenças e concepções de cada um dos profissionais que a avalia, atrevo-me a questionar se a eficácia das respostas não é frequentemente comprometida. Existe assim, a necessidade de avaliar a dor com rigor, com escalas fidedignas e validadas para este tipo de doentes. Acredito

que a avaliação da dor ao doente neuro-oncológico pode e deve ser melhorada, para que o tratamento seja adequado e os cuidados prestados passem a ser de qualidade e excelência.

Segundo Isolan (2009), os sinais e sintomas relacionados com neoplasias do sistema nervoso central (SNC) são devidos à invasão ou compressão do tecido cerebral pelo tumor. Independentemente do padrão de crescimento, qualquer tumor ou metástase que comprima ou invada o SNC, pode desencadear deficits neurológicos, algumas vezes como único sinal, causando uma Dor intensa, porque causam danos irreversíveis na sua propagação, destruindo o tecido cerebral ou medula espinhal, sendo nestas situações muito difícil de controlar. Ainda assim, os tumores cerebrais e da medula espinhal raramente são considerados benignos, pois, a menos que sejam completamente retirados ou destruídos, a maioria continuará a crescer e, eventualmente, levar à morte.

A Dor é frequentemente temida pelos doentes oncológicos sendo um dos sintomas mais frequentes. Já há mais de 14 anos, Pimenta et al (1997), estimava que entre 10 a 15% dos doentes oncológicos apresentavam Dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial. Após o aparecimento de metástases, a incidência da Dor aumentava para 25% a 30% dos doentes e nas fases avançadas, 60% a 90% dos doentes referiam Dor de intensidade muito expressiva. O autor refere que é estimado que aproximadamente 9 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de Dor oncológica e que nos próximos 30 anos, o aumento do número de doenças oncológicas será de 20% nos países desenvolvidos e de 100% nos países em desenvolvimento - o que torna urgente o desenvolvimento do controlo e avaliação da Dor oncológica. (Pimenta et al, 1997).

A Dor constitui, pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica, uma actuação planeada, organizada, e que a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor ajudou a validar cientificamente, através da implementação de um Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2003). Este plano tem como objectivos a redução das desigualdades, da qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, à semelhança dos programas implementados a nível internacional.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do doente com Dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir para aumentar o seu conforto e aliviar a sua Dor, através dos cuidados oferecidos, de modo a que possa desenvolver a sua capacidade funcional e possibilitar uma vida com o máximo de qualidade possível.

Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais, quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho. A excelência no exercício da prática, só se consegue participando nela em contexto de prática clínica, através da aquisição de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Silva e Batoca, 2002).

O enfermeiro especialista é definido pelo REPE (1999, pág.3) como o “enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Segundo a OE (2009) as competências específicas dos enfermeiros decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Os enfermeiros especialistas na área médico-cirúrgica, têm a responsabilidade de garantir que os doentes sob os seus cuidados irão receber os mais elevados padrões de cuidados de Enfermagem baseada na evidência científica e tem como exigência, uma preparação educacional, para fornecer a qualidade do cuidado ao doente e suas famílias.

Como futura enfermeira especialista e baseada nas competências específicas do enfermeiro especialista definidas pela OE (2009) que pretendo atingir, através da intervenção para o, e dirigida ao doente/família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à prevenção, avaliação e tratamento da Dor oncológica, pretendo ser uma profissional que:

- Detém conhecimentos para desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de uma iniciativa institucional, de forma a colaborar na melhoria contínua da qualidade da prática dos cuidados;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, adaptando os recursos às situações e ao contexto visando a melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvendo o auto-conhecimento, baseando a praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento;
- Monitoriza a dor, para que sejam respeitados os direitos humanos e as responsabilidades profissionais na intervenção da avaliação, no tratamento da dor crónica do doente neuro-oncológico com alterações cognitivas e em fim de vida em contexto hospitalar;
- Age como factor de mudança, desenvolvendo pesquisa, para encontrar uma escala de avaliação de Dor que seja adaptada aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas e fazer uma proposta de validação da mesma.

As áreas de especialização decorrem das necessidades emergentes em cuidados, bem como das actuais estratégias de planeamento em saúde e visam o aprofundamento do conhecimento teórico

e prático mobilizado pelo conjunto dos enfermeiros especialistas em contexto da sua prática clínica. PMD-EE (2007)

O enfermeiro especialista em oncologia tem como exigência, uma preparação educacional, a fim de prever que a qualidade do cuidado ao doente oncológico e suas famílias (Comissão das Comunidades Europeias, 1994): Fornece educação em saúde sobre a prevenção da doença oncológica, prepara os doentes para as diferentes formas de tratamento, incluindo cirurgia e também cuida de quem recebe cuidados paliativos.

Sustentando-me no modelo de Patricia Benner (2001), que salienta que a Enfermagem tem de desenvolver a base de conhecimento da sua prática através da investigação e observação científicas, e corroborando com a autora quando refere que "... a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas". Acrescentando ainda que, "... os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da Enfermagem e do desenvolvimento da ciência da Enfermagem." (Benner, 2001, pág.58). A autora refere que "... as práticas de cuidados assentam em conhecimentos de diferentes tipos, cuja mobilização e função parece estar fortemente condicionada, quer pelo nível de competência adquirida, quer pelos contextos onde exercem" (Benner, 2001, pág. 84).

A autora concluiu que os enfermeiros passam por cinco fases do desenvolvimento de competências: Iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis são acompanhados por mudanças em três aspectos de desempenho da competência: uma mudança da confiança sobre princípios abstractos para a aplicação da experiencia concreta, uma mudança na consciência do aluno da situação da procura como um todo e uma mudança de observador para intérprete activo. A formação bem sucedida deve ser aquela em que o ensino e a aprendizagem são fornecidos para ajudar o enfermeiro a fazer a transição para competências mais avançadas, quando souber demonstrar um desempenho aceitável e lidar com situações reais (Benner, 1984).

É nesse sentido que foi importante a valorização da descrição, também dos conteúdos da prática, através da identificação e validação dos instrumentos básicos da Enfermagem. E isto porque para mim, foi importante logo desde o inicio do curso, a escolha dos locais de estágio, com o objectivo de, aprender através da experiência, para além da parte técnica, para desenvolver a competência de estar e lidar com situações complexas do cuidado, e não unicamente através de conceitos científicos.

Este estágio constituiu um grande desafio, por ser uma temática pela qual tenho uma grande sensibilidade, pelo que elaborei o meu percurso, pensando nas aprendizagens que iria adquirir em cada local de estágio, de forma a obter o suporte necessário para poder adquirir competências e poder vir a atingir um patamar superior (Benner, 2001), capaz de reconhecer os atributos e características de uma situação em mudança na sua globalidade, tendo a capacidade e o conhecimento para dar respostas satisfatórias e competentes.

Posteriormente, com base nestas aprendizagens, é minha intenção poder ser uma referência no serviço onde exerço funções, pondo desta forma em acção um plano, para o qual tive de procurar saberes noutros serviços, onde na minha opinião, o melhor se faz.

Tendo em conta as competências que pretendia adquirir estabeleci como objectivos gerais do estágio:

- Prestar cuidados de Enfermagem de especializados ao doente neuro-oncológico com alterações cognitivas, que permitam uma correcta avaliação, controlo e tratamento da dor;
- Ser detentora e aplicar os conhecimentos científicos para suporte e apoio à equipa, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- Agir como dinamizadora num ambiente de cuidados de enfermagem ao doente com dor oncológica.

Na primeira parte do relatório, faço a contextualização do tema escolhido, descrevo os locais de estágio que seleccionei, tendo em conta os objectivos que delineei e de que forma contribuíram para o meu crescimento profissional nas competências a que me proponho atingir. Posteriormente, farei as considerações finais e por fim, as referências bibliográficas.

## 2. Dor Oncológica

A DOR tem sido um dos grandes factores que afectam o curso da história humana. Desde os primórdios dos tempos, os povos procuram entender e controlar a Dor, procurando ao longo dos séculos, um melhor diagnóstico e tratamento da mesma. A evolução histórica da Dor, traz-nos a compreensão deste sintoma que tão fortemente desafiou e desafia a população mundial.

Segundo Karklis e Ferreira (2002), no antigo Egipto e, entre alguns povos da América pré-colombiana, a Dor era vista como resultado da entrada de espíritos dos mortos, e para que estes “demónios” saíssem de seus corpos havia a necessidade das cirurgias de trepanação em sua expulsão. Já entre 100 e 200 d.C. pelo médico e filósofo Areteo de Capadócia, que dizia que os médicos deveriam usar compaixão ao cuidarem de um portador de doença grave irreversível. Na década de 30, Leriche foi pioneiro em tratar a Dor crónica como uma doença, e não como um sintoma. Destaca-se o físico alemão Wilhelm Roentgen em 1895, que introduziu a radioterapia, percebendo-se o potencial dos RX no tratamento de diversas condições de Dor severa e persistente, sendo, ainda hoje uma das principais indicações na Dor oncológica.

Existe reconhecimento de que a Dor é complexa, subjectiva e sujeita às particularidades de cada indivíduo, envolve dimensões afectivas, interpretativas e comportamentais, além das fisiológicas e sensoriais. Ressalto então, a importância que a temática da Dor deve suscitar uma abordagem multiprofissional do doente, incentivando-se, cada vez mais, o progresso e a pesquisa na procura de avaliações, alternativas e terapêuticas que tratem eficazmente a Dor. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) em 1979, “a Dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com destruição tecidual actual ou potencial, ou descrita em termos dessa destruição.” Esta definição, ainda aceite nos nossos dias, enfatiza a Dor como fenómeno complexo constituído por um componente sensorial e psicossocial reactivo. Já McCaffery (1968, pág.36), a definia como “a experiência que a pessoa diz que tem e que existe onde e como ela diz”. Esta definição enfatiza a subjectividade do fenómeno doloroso, elegendo o doente como autoridade para avaliar a Dor que sente. Já segundo Melzack e Liebesskind (1999, pág.123) “Consustanciados em alguma lei, o alívio da Dor deveria ser um dos direitos básicos do homem, limitado apenas pelo conhecimento das formas de o alcançar.” Segundo Martins e Travanca (2003, pág. 23) “É uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e

singular.” “Embora raramente se morra de Dor muitos são os que morrem com ela, sobretudo os que com ela convivem diariamente.” (Castro Lopes, 2003, pág.34).

Como todas as sensações, a Dor depende da transmissão dos estímulos periféricos até ao cérebro, que os controla e integra. A Dor resulta da activação de neurónios aferentes primários específicos, os nociceptores, localizados na pele, vísceras e outros órgãos – Dor nociceptiva – ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central – Dor neuropática (Quintal, 2004).

Para além da dimensão sensitiva, a dimensão psicológica constituída pela emoção/percepção com que é vivenciada a Dor, e as dimensões reactiva/comportamental são descritas classicamente. Nelas intervêm factores como: As crenças e valores culturais de cada pessoa, a experiência anterior em relação à Dor, a personalidade, a idade e o ambiente envolvente (Fernandes, 2004). De acordo com Deodato (2003, pág.29), a Dor “é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam.”

A Dor é classificada em aguda e crónica. A Dor aguda é de curta duração, normalmente com um prazo inferior um seis meses. O quadro de Dor crónica é de longa duração, de causa conhecida ou não, que não melhora após a toma de terapêutica e com intensidade variada. Segundo o IASP (2003) “ (...) dor prolongada e persistente no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ ou causal, provocando sofrimento. É uma doença”. De acordo com vários autores, incluindo Zárata e Orbegozo (2004, pág.58) “Em termos de tempo, definiu-se a Dor crónica como aquela que não responde a um tratamento médico convencional e que dura mais de três meses.”

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2008) nos doentes oncológicos, a Dor é dos sintomas com maior prevalência. A Dor moderada ou intensa ocorre em 30-40% dos doentes por ocasião do diagnóstico e em mais de 2 terços dos doentes (60-100%) estas modalidades dolorosas surgem com a progressão do cancro. Na maioria dos doentes, a Dor tem mais de uma origem (Woodruff, 1997, citado por *Pain Associates's International Network - P.A.I.N.*, 2004) e nem todas as Dores são directamente atribuíveis ao próprio cancro, mas também ao seu tratamento (17%), debilidade (9%) ou outras doenças concomitantes (9%) (Cleeland et al, 1996), tais como Dor somática, visceral ou neurogénica (Twycross, 2003). Além do impacto na qualidade de vida, a Dor oncológica pode ser um factor preditivo de sobrevivência (Herndon et al, 1999).

A Dor oncológica pode também ser inicial, intermédia ou terminal, bem como intermitente ao longo das diversas fases da doença, tendo diferentes causas em momentos diferentes. A Dor inicial está muitas vezes relacionada com os processos de diagnóstico e cirúrgicos, sendo aguda e de curta duração. A Dor intermédia pode ocorrer por retração da sutura ou dos nervos ou pressão do tumor em desenvolvimento, resultando na isquémia dos tecidos e inflamação. A Dor terminal é crónica, podendo agravar-se progressivamente (Fernandes, 2004). A destruição do esqueleto pelas metástases é a causa mais comum, bem como a crescente isquémia dos tecidos, a pressão e obstrução devidas ao crescimento da massa tumoral e/ou das metástases (Sands e Dennison, 1996 citado por Fernandes, 2004).

Se a este percurso doloroso juntarmos a fragilização psicológica do doente pelo diagnóstico que lhe foi atribuído, com a carga de sofrimento e perspectiva de morte que lhe está associada, a debilidade física e limitações provocadas pela própria doença, assim como as repercussões familiares e socioeconómicas que daí derivam, talvez possamos entender aquilo a que Lamau (1994) citada por Fernandes (2004) chama de Dor Total, agravada, principalmente no doente em fim de vida, pela impossibilidade de centralizar a atenção em qualquer hipótese curativa que lhe minimize o sofrimento. Quando as dores persistem, aumentando de intensidade várias vezes ao longo do dia, impedindo ao doente a satisfação de actividades de vida tão básicas como o sono, o repouso, a actividade física, a alimentação, a actividade sexual, a actividade social ou outras, é natural que o doente sinta esta Dor como uma doença que se insere na verdadeira patologia de que padece: doença oncológica (Ritto e Amado, 2000). Este sofrimento incalculável leva a que, por vezes, os doentes tenham mais a Dor do que a própria doença oncológica. Dada a complexidade dos múltiplos factores intervenientes na Dor, o conceito de multidisciplinaridade e multiprofissionalidade faz todo o sentido, sobretudo na Dor oncológica, envolvendo profissionais oriundos de várias disciplinas na abordagem dos doentes. Esta, constitui um processo complexo, devendo integrar a avaliação dos componentes de ordem física, social, espiritual, económica, emocional e cultural, tendo em linha de conta os restantes aspectos importantes do sofrimento do doente. (Fernandes, 2004)

Desde a introdução dos princípios de tratamento da Dor oncológica da OMS (1986) foram realizados importantes avanços na terapêutica analgésica associada às doenças oncológicas e estamos cada vez mais cientes de que, um controlo adequado da Dor mitiga o sofrimento e proporciona uma melhor qualidade de vida. No entanto ainda existem muitas lacunas graves no controlo da Dor, e a evidência mostra que a Dor oncológica continua inadequadamente tratada e que o controlo da Dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de

cuidados de saúde, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos mesmos (Direcção Geral De Saúde, 2008).

A doença oncológica tem-se constituído como um dos grandes factores de mortalidade e morbidade em todo o mundo. Apesar dos progressos da medicina, que permitem curar cerca de 1/3 dos cancros e aumentar a taxa de sobrevivência ao fim de 5 anos (Casciato e Lowitz, 2000), os dois terços restantes defrontam-se com uma doença irreversível, de longa duração, que provoca incapacidade em graus variáveis, exige adaptação a novos estilos de vida e requer acompanhamento regular pelos técnicos de saúde.

Esta terrível doença continua a atormentar a humanidade, assombrando-a com a ameaça da Dor, do sofrimento e da morte. Numa sociedade onde a cura ou prevenção da doença são objectivos permanentes dos serviços de saúde, colocam-se enormes desafios no tratamento e acompanhamento da pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo (Paulo, 2006).

A necessidade de aliviar o sofrimento, mantendo a integração social e familiar, conjugada com a justa distribuição dos recursos e a forçosa rentabilização das unidades de internamento, levou ao aparecimento de respostas sociais organizadas, como os Serviços de Cuidados Paliativos e as Unidades de Tratamento da Dor, com abordagem multidisciplinar, que apesar de recentes, prestam a sua actividade através da realização de técnicas avançadas para o tratamento da Dor. Estes serviços têm a finalidade de abordar a problemática do fim de vida em articulação com as estruturas da comunidade, de acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) alertou para a escassez de cuidados específicos destinados aos doentes que sofrem de Dor crónica, uma vez que existem apenas 52 unidades de tratamento para 1,2 milhões de portugueses afectados. É preciso sensibilizar os profissionais e os conselhos de administração dos hospitais para a necessidade de fornecer condições para que outras unidades sejam implementadas.

Os enfermeiros, integraram desde sempre o sofrimento no centro do cuidado em Enfermagem, procurando compreender a experiência da pessoa que sofre para, por um lado, proporcionar alívio, mas também porque o sofrimento se constitui como uma corrente que limita a capacidade do ser humano investir e lutar a doença (Paulo, 2006). Os enfermeiros são por vezes o único suporte permanente para os doentes em sofrimento e seus familiares (Kahn e Steeves, 1994) e dão frequentemente voz às histórias de sofrimento das pessoas a quem prestam cuidados. Compreender as causas do sofrimento é indispensável para os profissionais de saúde que acompanham o doente oncológico, em que a ameaça de uma morte antecipada se conjuga com a Dor dos tratamentos e da evolução da doença, para infligir sofrimento, aquele que é considerado por muitos como o principal paradigma da dor e mais temida que a própria morte. (Paulo, 2006).

O sofrimento tem sido analisado à luz da medicina como estando inextrincavelmente ligado à Dor e a outros sintomas desagradáveis. Chapman e Gravin (1999) afirmam que a Dor persistente induz sofrimento porque altera aquilo que a pessoa é, limitando-a nas suas actividades e relações e modificando de forma negativa a sua visão do futuro. Numa perspectiva mais abrangente podemos considerá-la como uma resposta às perdas: A perda de um estado de conforto, a perda de uma existência livre de Dor, a perda da saúde, a perda da dignidade, a perda da mobilidade, a perda de um futuro idealizado, a perda de outro ou a perda de identidade (Morse, 2001).

É imperativo que os Enfermeiros não subestimem as queixas do doente e realizem uma avaliação rigorosa de todos os sintomas, aprendendo a perceber quando a Dor aumenta, para promover o tratamento imediato. O enfermeiro tem o papel de tornar a Dor VISÍVEL através da: Observação e diálogo com o doente; observação de expressões e comportamentos verbais e não verbais; utilização de escalas de avaliação da Dor; registo da Dor, com o desenvolvimento das intervenções e avaliação dos resultados; valorizar as queixas do doente. É importante criar uma colheita de dados acerca da dor (localização; factores temporais, de agravamento e alívio); avaliação das necessidades afectadas; promover estratégias de *coping*; implicações nas actividades de vida e o impacto emocional, socioeconómico e espiritual devendo todas as intervenções ser documentadas.

O Enfermeiro deve saber reconhecer e identificar indícios de Dor. Esta é uma tarefa que pode ser difícil, visto que os doentes e os profissionais podem ter concepções diferentes de Dor. Esta pode apresentar-se de diversas maneiras, tais como choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal. No entanto, o não aparecimento dos sinais citados não significa a sua ausência. Todos os doentes se adaptam à Dor, incluindo os doentes em fim de vida, através do desenvolvimento de um elevado autocontrolo, suprimem os sinais de sofrimento ou apenas permanecem prostrados, devido ao esgotamento causado pela doença.

Por isso, o controlo da Dor terá de fazer parte de um plano global para avaliar e tratar o doente oncológico e que deve tomar em linha de conta os restantes aspectos importantes do sofrimento do doente. Os tratamentos envolvem geralmente a radioterapia para reduzir o volume do tumor ou a cirurgia para o remover seguido de radioterapia ou quimioterapia, cujos efeitos secundários podem causar Dor. A radioterapia também pode ser usada para o bloqueio de nervos em torno de um tumor ou, com cirurgia, os nervos podem ser seccionados para aliviar a Dor, entre outros.

No processo de Enfermagem a avaliação do doente é a primeira etapa, dada a importância de conhecer cada doente como pessoa individual e avaliar a sua reacção à situação, para melhor o compreender e adequar as acções de forma personalizada. Pelo seu elevado grau de dependência para a realização das actividades de vida, os doentes neuro-oncológicos necessitam de uma

presença constante que lhes dê segurança, os apoie e ajude. Pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, os enfermeiros devem não só tratar mas também dar a devida importância ao cuidar, uma vez que é a principal forma de prevenir incapacidades, promovendo a autonomia nas actividades de vida diárias (Henderson, 2000, citado por George et al, 2000).

O doente oncológico tem direito aos cuidados de conforto durante a doença, existindo para isso, várias formas de administrar analgésicos. Mas também existem alguns tratamentos não-farmacológicos que não interferem com o tratamento oncológico que podem ser usados pelos doentes, como por exemplo, a acupunctura, hipnose, biofeedback, terapia massagem de relaxamento, terapia cognitiva/comportamental, habilidades de coping, relaxamento com distração, estimulação eléctrica transcutânea... entre outras.

O Homem sempre procurou compreender a Dor, as suas razões e formas de controlo, considerando-a como sendo física, psíquica e espiritual. Desde a sua introdução como 5º sinal vital a nível internacional, passou também a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados a nível nacional. Em Portugal, foi estabelecida a sua introdução através da Direcção Geral de Saúde (Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003), que no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvir a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu, através da referida Circular, a “Dor como o 5º Sinal Vital”.

A Dor no doente oncológico apresenta algumas características, como o tempo de duração e intensidade elevadas, tendo maior gravidade quando o doente vivência desconforto físico, psíquico, social e espiritual, resultando em incapacidade e maior sofrimento. A Dor crónica é mais complexa e, geralmente, está presente ao longo do período de doença, normalmente significando a progressão da doença e necessitando de uma intervenção mais apropriada. Vizzone (2003). As características da Dor oncológica tornam difícil a avaliação, no entanto, a avaliação da Dor é essencial quando o objectivo *major* é o conforto do doente, pois é muito debilitadora para a pessoa doente e para a sua família (Pimenta e Ferreira, 2006), estando habitualmente associada à depressão, causando no doente sentimentos de impotência, isolamento e desespero (Black e Matassarini-Jacobs, 1996; Pimenta e Ferreira, 2006).

A Dor que ocorre intermitentemente num doente com Dor oncológica é descrita como episódica. A Dor episódica pode ser caracterizada, de acordo com Kazanowski e Laccetti (2005), de três formas distintas: Dor incidental, Dor de final de dose e Dor irruptiva. A Dor incidental está relacionada com uma actividade ou experiência particular, como sair da cama, ou reagir a um

estímulo sensorial, como o medo. A Dor de final de dose surge quando o efeito de um analgésico de acção prolongada não é mantido ao longo da duração esperada. A Dor irruptiva é um episódio temporário de Dor, que se instala rapidamente, sendo habitualmente de curta duração, inferior a 30 minutos. A Dor irruptiva ocorre mesmo com uma titulação adequada de opióides de acção prolongada ou de administração endovenosa de opióides (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A Dor irruptiva é a tradução mais utilizada para “*breakthrough pain*” dos anglo-saxónicos (Caseiro, 2002). Contudo, o mesmo autor refere que tem sido difícil uniformizar o conceito clínico de Dor irruptiva, devido às diferentes denominações consideradas noutras línguas. De acordo com Caseiro (2002, pág.5) citando Pertenoy e Hagen (1990), a Dor irruptiva é definida como “um aumento transitório de Dor num doente oncológico que se apresenta estavelmente controlada com opióides, do seu quadro álgico persistente”. Tendo como base esta definição, podemos concluir que a Dor irruptiva é identificável pelo seu carácter episódico, é definida nos doentes oncológicos e só deve ser considerada em doentes, já com dor basal medicada e aparentemente controlada (Caseiro, 2002). São várias as causas que podem estar associadas ao desencadeamento da Dor irruptiva: o movimento, a pressão, a obstipação, a flatulência, a baixa concentração sérica de analgésicos opióides. Assim, são várias as possibilidades de identificar a Dor irruptiva e antecipá-la.

Determinadas situações como as explicitadas atrás, podem desencadear bruscamente a Dor e permitirem pelo seu conhecimento, serem antecipadas com medicação suplementar. Neste caso estamos perante uma Dor incidental (*incident pain*), que é considerada por vários autores como uma variante da Dor irruptiva, surgindo isoladamente, da mesma forma repentina e intensa em doentes previamente controlados com opióides, com a diferença de que, pelo facto de se reconhecer a sua causa, possibilita a adopção de medidas terapêuticas de antecipação (Simmonds, 1999; Patt e Ellison, 1998, citados por Caseiro, 2002). Assim, a Dor incidental é definida por Pimenta e Ferreira (2006, pág.132) como “a exacerbação transitória de Dor que ocorre somada a uma Dor de base persistente”. De acordo com os mesmos autores, os episódios de Dor incidental estão relacionados com a Dor somática em 46% das vezes, com a Dor visceral em 30%, com Dor neuropática em 10% e com a Dor de etiologia mista em 16% dos doentes.

Escolher os instrumentos de avaliação de Dor adequados ao doente implica uma selecção criteriosa, tendo em conta: Tipo de dor, idade, situação clínica, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável e facilidade de aplicação. Todavia, existem algumas escalas que são

recomendadas, apesar de ainda serem pouco utilizadas e são aplicadas para qualquer tipo de Dor, incluindo a Dor oncológica. (IASP, 2009).

As escalas a que me refiro são as de:

- Auto-Avaliação
  - Escalas Unidimensionais (Intensidade);
  - Escalas Multidimensionais (Componentes sensorial, emocional-afectiva e cognitivo-avaliativa);
- Heteroavaliação
  - Escalas Comportamentais.

Os doentes neuro-oncológicos têm, por vezes, poucas hipóteses de sobrevivência e, apesar da sua curta expectativa de vida, é sempre possível apresentar um bom tratamento sintomático, pois têm os mesmos direitos. É benéfico um tratamento rápido e eficaz de todos os sintomas sem prolongar a agonia ou acelerar a sua morte, por um lado não submetendo o doente a exames desnecessários, invasivos ou inadequados, por outro não negligenciando um exame clínico cuidadoso e rigoroso capaz de detectar e prevenir situações específicas que podem afectar gravemente a qualidade de vida dos doentes. Deve sempre tentar manter-se a mesma escala de intensidade de dor em todas as avaliações na mesma pessoa, excepto se a situação clínica o justificar e a pessoa/cuidador principal/família, deve ser ensinada acerca da utilização de instrumentos de avaliação da Dor para se poder garantir a comunicação eficaz aos membros da equipa multidisciplinar.

Segundo Scopel et al (2007) os factores que influenciam a expressão da Dor podem ser detectados com uma avaliação multidimensional em que se devem considerar os seguintes componentes: Para cada doente a Dor varia, o que depende da localização, duração, causa, o mecanismo da Dor e no controle dos sintomas associados; a resposta à Dor também é modificada por factores dependentes da terapêutica tais como, dose, tolerância, toxicidade e respostas individuais; condições fisiopatológicas, culturais e ambientais influenciam a reacção final do doente à Dor, sofrimento psicológico significativo, gestão de stress, dependências, disfunção cognitiva, os litígios sobre questões espirituais e a personalidade do doente; a deterioração das relações sociais influencia a manifestação final da Dor: A disfunção familiar, social e problemas económicos.

Voltando à disfunção cognitiva, aqui uma vez mais evoco para o facto de o doente neuro-oncológico com alterações cognitivas, ser um doente muito vulnerável, pois a realidade é que, estes doentes quando não têm a capacidade de se expressarem, principalmente a nível verbal,

ficam inseridos num “grupo” em que se torna muito difícil fazer uma correcta avaliação de Dor, já que o que conheço actualmente em Portugal não é adequado. São poucas as escalas que podem ser adaptadas a este tipo de doentes, que tentam dar uma resposta o mais aproximado possível à que é experienciada. Saliento que considero ser extremamente urgente, a existência de um instrumento de avaliação de Dor validado para a população portuguesa, nomeadamente nestes doentes, de modo a que, o sofrimento doloroso possa ser quantificado, a Dor suprimida e todos os profissionais de saúde possam melhorar a qualidade da sua prestação de cuidados.

### 3. Trabalho De Campo

#### 3.1 Locais de Estágio

Tendo em conta as competências e os objectivos gerais que delineeii, pensei que seria pertinente acompanhar alguns dos passos que o doente neuro-oncológico faz no seu percurso de doença para poder prestar cuidados, avaliar, corrigir, actuar e prevenir a Dor. Benner (2001) procura demonstrar que nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver, é obtido nas salas de aula, daí a importância que tiveram os locais de estágios.

Os locais escolhidos foram serviços onde a avaliação da dor por escalas de auto e hetero-avaliação já são utilizadas há algum tempo, e forneceram-me o suporte necessário para colmatar a lacuna existente nos cuidados, relativos à avaliação da Dor em doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas no local onde exerço funções.

Assim sendo, seleccionei como locais de estágio: O Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos; Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE - Clínica de Dor; e o Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, EPE - Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos.

A escolha dos locais de estágio prendeu-se com o facto de serem serviços de referência, com mérito reconhecido e pela qualidade dos cuidados que prestam aos doentes oncológicos nas várias fases da doença. São serviços que na minha opinião, me deram o suporte necessário para que, no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos, EPE - Serviço de Neurocirurgia, onde exerço funções, possa iniciar um processo de mudança, com aplicação na avaliação da Dor em doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas.

Inseri em anexos e apêndices, os conteúdos que me pareceram relevantes, bem como reflexões elaboradas nos vários locais de estágio, estando devidamente assinalados ao logo do relatório. Elaborei reflexões narrativas acerca dos mesmos, demonstrando por último a evolução, as aprendizagens e os *outcomes* que me proporcionaram. Foi colocada em cronograma a organização dos locais de estágio escolhidos. (Apêndice I)

Nestes locais de estágio, pude desenvolver os meus objectivos e tentar atingir as competências a que me propus, pois como enfermeira, tive o privilégio, pela proximidade e tempo de contacto, de me encontrar numa posição relevante para promover e intervir no controlo da Dor, através da satisfação, conforto e promoção do auto-cuidado do doente.

Os objectivos específicos, bem como o desenvolvimento das actividades serão descritos quando me referir a cada um dos locais de estágio.

### **3.1.1 UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE.**

Ter a oportunidade de estagiar neste local foi conviver com o que há de mais moderno em tecnologia na área médica, o que implicou uma prática avançada e segura nos cuidados prestados aos doentes críticos. O investimento contínuo em equipamento de última geração, assim como a qualificação contínua dos seus profissionais nas diversas áreas, fez-me crer que é um serviço onde as pessoas estão motivadas para prestar cuidados de qualidade, facto que se reflecte no atendimento eficaz e competente aos doentes.

Analisando o meu percurso de formação neste local de estágio, optei por evidenciar o que para mim se tornaram experiências significativas, do ponto de vista do conhecimento e desenvolvimento enquanto profissional. Após pesquisa e leituras variadas sobre as quais debrucei um olhar mais atento e desperto sobre alguns objectivos, realizei uma síntese da evolução do estágio. Com esta leitura crítica e reflexiva julgo ter obtido e potenciado a minha noção do quão importante é o meu agir enquanto profissional e elemento social influente na sensibilização a um agir direccionado para a prevenção, apoio, avaliação, tratamento e acompanhamento do doente neuro-oncológico com Dor.

Os objectivos específicos que delinee para este local de estágio foram:

- Aprofundar conhecimentos acerca dos instrumentos de avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas;
- Colaborar com a prática de Enfermagem na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE;
- Analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE;

- Aplicar os conhecimentos científicos adquiridos na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE.

Na realidade da UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE, a cirurgia de urgência é bastante frequente. Estas ocorrências originam na equipa, uma adaptação forçada face às necessidades do doente. A celeridade exigida, a destreza de actuação e a mobilização de conhecimentos, originam, de certo modo, situações de stress, advindo destas, a possibilidade acrescida de compromisso do controlo analgésico do doente.

O tratamento destas neoplasias inclui frequentemente abordagens agressivas, que levam por vezes a sequelas irreversíveis, implicando efeitos devastadores a nível físico e psicológico. Os doentes neuro-oncológicos, para além de terem de lidar com as alterações na aparência física decorrentes da doença, têm também de lidar com todas as alterações que ela implica no padrão de vida, tendo em conta a natureza complexa das regiões anatómicas afectadas e a sua proximidade com várias estruturas vitais, bem como do efeito que poderá ter a nível cognitivo.

Quanto ao primeiro objectivo específico, **colaborar com a prática de Enfermagem na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE**, integrei-me aos poucos na equipa da UCIN, onde cuidei o doente agudo/família oncológica com Dor e efectuei o ensino adequado acerca da avaliação e tratamento da dor aos doentes/famílias e colegas, pois, surgiram dúvidas acerca desta avaliação que consegui identificar e resolver de imediato na equipa de Enfermagem, pela minha experiência anterior, relacionada com as escalas de auto-avaliação estarem a ser utilizadas como de hetero-avaliação.

Na minha prática, utilizo conhecimentos e capacidades de modo a desenvolver competências para a intervenção na qualidade dos cuidados. Assim, procurei construir estratégias neste âmbito, como por exemplo, a partilha de artigos científicos acerca da dor oncológica que dissiparam algumas dúvidas. Num contexto de estágio, que culmina na realização deste relatório, reflecti sobre as experiências vividas, tentando obter aprendizagens que possibilitem o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, que deixei presente em apêndice (Apêndice II).

Avaliei os efeitos de todas as formas de tratamento da Dor administradas aos doentes e iniciei as acções de acordo com os protocolos da UCIN, na qual fui parte integrante e participativa. Conjuntamente analisei com base na evidência científica e prática, os cuidados de tratamento e prevenção da Dor em doentes oncológicos na UCIN, que fui simultaneamente discutindo com o enfermeiro orientador de estágio.

Quanto ao objectivo **analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE**,

pude verificar que, apesar de estarem preconizados vários instrumentos de avaliação da Dor, nem sempre são usados correctamente, utilizando a equipa de Enfermagem, por exemplo a escala de auto-avaliação de faces, para fazer uma avaliação comportamental, observando o doente e tentando enquadrá-lo num dos caracteres da escala, de acordo com a interpretação que cada enfermeiro faz, não utilizando todos os instrumentos de avaliação de que dispõem correctamente, como é preconizado.

Enquanto alguns enfermeiros confiam nos sinais fisiológicos, como a alteração de sinais vitais e aspecto do doente, há enfermeiros que incluem a comunicação verbal, o que poderá ser bastante subjectivo, já que estará sujeito a diferentes interpretações consoante os enfermeiros que tratam do doente e, noutras situações, por confusão e/ou desorientação mental dos doentes, acabam por não utilizar nenhuma das escalas.

Avaliei a Dor de forma relativamente sistemática. Colhi através da avaliação da Dor pelas escalas institucionalizadas, dados subjectivos a doentes conscientes e orientados, pedindo que me descrevessem a sua Dor, tendo o cuidado de validar com os mesmos o significado que a Dor assumia para eles, tendo em conta aspectos culturais, experiências anteriores, personalidade, idade e ansiedade. Relativamente à idade, não pode ser estabelecida uma relação directa entre esta e a tolerância à Dor, no entanto, poder-se-á dizer que a experiência de vida pode fornecer modos de superar a Dor e suportar a sensação dolorosa (Lopes, 1989). Estes dados são relevantes, uma vez que vão influenciar a resposta comportamental do indivíduo face à Dor.

Analisei as escalas de avaliação da Dor aguda/crónica existentes no serviço que, foram escolhidas pela instituição e estão protocoladas por serem métodos facilmente compreensíveis pelos doentes e enfermeiros, mesmo em doentes em que se encontram mais sonolentos ou sedados (Saxey, 1988). Uma delas é a escala visual analógica (EVA), por exigir uma avaliação simples e curta, não perturbando o doente em recuperação, associada à escala numérica. Este é o método mais simples de medida subjectiva da Dor (Caunt, 1993), no qual o doente refere o número que mais se adequa à sua Dor, em que 0 traduz a ausência de Dor e 10 traduz a pior Dor que conseguisse imaginar. Associada a esta é utilizada a escala de *Wong-Baker* (escala de faces), ambas de auto-avaliação. A terceira escala institucionalizada é a escala BPS (*Behavioural Pain Scale*), de heteroavaliação, sendo a mais utilizada no serviço, já que, esta escala compreende um parâmetro de avaliação para doentes ventilados e/ou sedados (maioria dos doentes internados), que no início tive alguma dificuldade em utilizar. Embora a implementação da avaliação sistemática da Dor através das escalas protocoladas esteja definida, esta ainda não é prioridade para os enfermeiros, pois o que observei frequentemente foi a prática corrente de um convívio quotidiano preocupado dos profissionais de saúde com a Dor do outro, mas com falhas na

avaliação, quer seja por não ter sido utilizada a escala preconizada ou quando é utilizada, não o é com o devido rigor, o que consequentemente, resulta num ineficaz tratamento. A equipa de Enfermagem é quem, pela maior proximidade com o doente, identifica e avalia a Dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, implementa algumas medidas não-farmacológicas e avalia a analgesia. Ou seja, na prática, é quem organiza e gere a Dor.

Em relação ao objectivo específico referente a **aprofundar conhecimentos acerca de métodos de avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas**, utilizei os instrumentos institucionalizados para avaliar a Dor nos doentes neuro-oncológicos na UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, EPE. A grande parte dos enfermeiros referiu, as escalas não verbais como sendo o critério mais indicativo da Dor, como por exemplo, os sinais fisiológicos e mesmo os enfermeiros que concordam que “a dor é o que o doente diz que é” combatem a utilização do relato verbal do doente como o melhor indicador da Dor (Saxey, 1988, pág.32), preferindo usar escalas comportamentais.

Independentemente da sua intensidade, a Dor não aliviada pode tornar-se uma preocupação de tal forma monopolizadora, que toda a atenção da pessoa é direccionada para o seu alívio. Assim, sendo cada indivíduo singular com manifestações de Dor únicas, o planeamento de cuidados de Enfermagem para aquela pessoa em concreto, revela-se indispensável à concretização das metas propostas. Reconhece-se assim, ser uma prioridade que, os doentes tenham acesso a um maior alívio da Dor (Diniz et al, 2001).

Segundo Diniz et al, 2001, num estudo realizado (n.d.), os enfermeiros acreditam que o alívio da Dor promove a recuperação do doente, logo, seria razoável esperar que isso fosse prioritário nos cuidados de Enfermagem prestados ao mesmo. Porém, sempre que prestei cuidados tentei demonstrar quanto é importante, a eliminação ou redução dos estímulos dolorosos, aliviar e, se possível, suprimir a Dor. Além disso, segundo Diniz et al (2001), o controlo da Dor no pós-operatório tem como vantagens um maior conforto do doente, a prevenção de potenciais complicações, a precocidade da alta e a humanização dos cuidados.

A família também fica ansiosa com a percepção de Dor do seu familiar e pude observar, por vezes, que esta ansiedade era transmitida aos doentes durante as visitas. Assim, tentei demonstrar uma atitude de disponibilidade também para com a família, ouvindo-os, dando-lhes o meu apoio e os esclarecimentos necessários e possíveis. Face a todos os cuidados prestados, farmacológicos e não farmacológicos relativos à Dor, pude verificar, validando com o doente, que a Dor foi efectivamente reduzida e até mesmo, em algumas ocasiões, eliminada. As avaliações da Dor pós actuação dos fármacos e técnicas complementares descritas apontaram, exactamente nesse sentido.

Tive oportunidade de discutir a contribuição da evidência científica em Enfermagem nos cuidados aos doentes com o Enf.º Orientador, partilhando com a equipa a pesquisa que fui efectuando relativa aos instrumentos existentes para avaliação da dor em doentes com alterações cognitivas.

As aprendizagens obtidas relativamente aos doentes neuro-oncológicos, mostraram uma melhor adequação do meu pensamento crítico, tendo a capacidade de diferenciar benefícios na abordagem aos doentes e melhoraram a minha capacidade de comunicação efectiva com os doentes/famílias. Consigo agora identificar a aprendizagem como um processo para toda a vida, na qual estão presentes os valores éticos na prática da Enfermagem. Houve um desenvolvimento da minha sensibilidade, pelo aumento das minhas capacidades e entusiasmo em relação ao que ia encontrando, devido a toda a diversidade de situações, com consequente integração de conhecimentos e auto-avaliação, que me demonstrou que o que pretendo fazer é possível.

Como enfermeira há alguns anos a exercer funções na área da neurocirurgia, sinto que tenho competências na prestação de cuidados a doentes neurocirúrgicos e tenho a capacidade de reconhecer componentes significativos, através de princípios, baseados em experiências, que posso formular para orientar as minhas acções.

Segundo Benner (1984), o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem é composta pela extensão do conhecimento prático (saber fazer), através da pesquisa, caracterização e compreensão da experiência clínica, conceptualizando que a experiência é um requisito para se tornar perita.

### **3.1.2 Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE**

Cada vez mais as instituições de saúde consideram a Dor oncológica e o seu controlo como um objectivo institucional, e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE é um grande exemplo disso, pois, estabelece as alterações nas práticas de avaliação e controlo da Dor no apoio diário aos doentes e incentiva os seus profissionais à formação para a uniformização da linguagem interdisciplinar para poder monitorizar todo o processo da sua implementação, daí a escolha para o meu estágio.

A Clínica de Dor funciona diariamente entre as 8 e as 17 horas, realizando-se uma vez por semana a consulta de grupo (consulta conjunta onde se discutem alguns casos clínicos e opções

de tratamento), tendo diariamente as consultas médicas com apoio de enfermagem e uma linha directa de telefone para um dos enfermeiros. Tem como objectivos apoiar em termos de diagnóstico e terapêutica, doentes portadores de Dor crónica, em particular oncológica referenciados à instituição e estabelecer protocolos de actuação no alívio da Dor nas vertentes física, psíquica e/ou comportamental.

A Clínica também funciona diariamente para atendimentos não programados, como sejam: Injecções, pensos, colocação de infusores ou PCA (analgesia controlada pelo doente) através de via subcutânea, endovenosa ou epidural e duas vezes por semana para realização de técnicas antiálgicas invasivas.

Os objectivos específicos que delinee para este local de estágio foram:

- Analisar a prática de enfermagem na Clínica de Dor no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos em ambulatório na Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Colaborar com a prática de enfermagem na Clínica de Dor no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas;
- Partilhar conhecimentos científicos resultantes da pesquisa bibliográfica efectuada, com a equipa de enfermagem na Clínica de Dor no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Este estágio foi de grande importância, na medida em que abordei o doente oncológico em ambulatório com Dor de forma holística. Tive oportunidade de conhecer as problemáticas deste serviço, aprender a dar respostas à diversidade de situações com que me deparo e irei deparar no futuro. Igualmente foi importante este conhecimento para a compreensão progressiva da complexidade inerente às diferentes situações de Dor e também para a minha própria capacidade de lidar com este tipo de situações, conjugando saberes já obtidos anteriormente com os que vou adquirindo/desenvolvendo no dia-a-dia.

A ênfase dada na Clínica para a importância dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades deste cuidado que deve actuar para além do controlo dos sintomas físicos, valorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto das suas acções segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios doentes, tendo como ponto central o

conceito de Dor Total.

A Dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para doentes oncológicos. A adequada preparação da equipa é uma estratégia fundamental para o controlo da Dor e sintomas prevalentes em doentes oncológicos. É condição imprescindível que os profissionais de saúde saibam como controlar a Dor destes doentes, que reajam contra mitos e preconceitos principalmente sobre as terapêuticas disponíveis e que se mantenham actualizados.

Como primeiro objectivo específico, considerei fundamental **analisar a prática de enfermagem na Clínica de Dor no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE**. Para melhor atingir este objectivo integrei a equipa de Enfermagem. Durante as consultas e tratamentos, cuidei o doente/família oncológica com Dor crónica e adequiei o ensino apropriado acerca da avaliação e tratamento da dor à particularidade de cada doente e sua família.

Analisei ainda as estratégias que os doentes utilizam para a redução da Dor e os resultados obtidos, que constituem a informação fundamental para a estratégia terapêutica a estabelecer. Nas consultas de seguimento, processa-se a reavaliação do doente pela equipa multidisciplinar de forma individualizada. Além de ter estado presente nas consultas e realizar os ensinamentos necessários, identifiquei habitualmente antes do início desta, qualquer alteração relacionada com o quadro algico ou de outro nível que eventualmente esteja presente e que interfira na vivência da Dor do doente, articulando os recursos necessários intra ou inter equipa para resolver a situação.

Depois da consulta de Enfermagem, segue-se a consulta de psicologia onde é feita uma avaliação psicológica do doente com aplicação de um teste de qualidade de vida. É já com estes dados colhidos que o doente é avaliado pelo médico, estando o enfermeiro presente na consulta. Participei nesta consulta e tive oportunidade de esclarecer dúvidas e efectuar ensinamentos oportunos, relacionados com a necessidade de cumprir rigorosamente a terapêutica e/ou com os efeitos secundários de medicamentos.

Fiz várias consultas de Enfermagem, avaliei vários tipos de Dor ao longo do estágio, colhi determinados dados subjectivos a doentes conscientes e orientados, pedindo que me descrevessem a sua Dor, tendo o cuidado de validar com os mesmos o significado que assumia, tendo em conta os modelos culturais, experiências anteriores, personalidade, idade e ansiedade, deixando em reflexão crítica, uma situação experienciada em apêndice (Apêndice III).

Relativamente ao segundo objectivo específico, **analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos em ambulatório na Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE**, foi evidente que o sucesso no

tratamento da Dor requer uma avaliação cuidadosa da sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de Dor e conhecimento do melhor tratamento. A avaliação inicial da Dor irá actuar como uma linha de base para o julgamento das intervenções subsequentes, sendo preenchido na consulta de 1ª vez a “*short form*” do Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*), que foi traduzido pela enfermeira coordenadora da Clínica, que avalia através de escalas numéricas a intensidade mínima, média e máxima de Dor na última semana antecedente à consulta e no momento exacto da aplicação da escala, bem como a interferência da Dor nas AVD’s e no humor da pessoa. Além dos dados pessoais, incluem-se dados importantes sobre a vivência da Dor pelo doente, antecedentes pessoais e terapêutica em curso, é realizada a história da Dor do doente com avaliação das principais características da sua Dor: Factores temporais, tipo, duração, factores alívio/exacerbação e intensidade.

Tive oportunidade de utilizar os instrumentos institucionalizados para avaliar a Dor nos doentes neuro-oncológicos na Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, que incluem, a escala visual analógica (EVA), sendo associada a escala de *Wong-Baker* (escala de faces), ambas de auto-avaliação.

Contudo, pude verificar que, apesar da disponibilidade dos instrumentos de avaliação da Dor, estes nem sempre são usados, ou por vezes não são usados correctamente, pois, grande parte dos doentes com que me deparei são bastante idosos, analfabetos e por vezes não conhecem os números e cores, o que torna muito difícil uma avaliação criteriosa do inventário resumido de Dor protocolado na Clínica, usando-se para colmatar este facto também a Escala do Observador. No entanto, ao superar este obstáculo de compreensão, através da utilização de outro método de avaliação, acaba por se perder a objectividade do inventário resumido de Dor protocolado. Sendo a Enfermagem uma profissão essencialmente relacional, a comunicação (verbal e não-verbal) revestiu-se de uma grande importância. Foi importante comunicar de forma objectiva e clara, avaliando através de formas alternativas e até por vezes, dando outros significados aos números, para que me pudesse fazer entender, baseando-me na empatia e no respeito constante à pessoa que necessita de cuidados por parte do enfermeiro. É necessário que os profissionais tenham uma correcta avaliação das necessidades dos doentes e suas famílias, e este aspecto é muito importante na medida em que, podem assim delinear planos de cuidados e programar ensin角度 adaptados a cada um.

Avaliei os efeitos de todas as formas de tratamento da Dor e iniciei as acções de acordo com os protocolos da Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. A natureza pluridimensional da Dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas

uma parte da estratégia multiprofissional que compreende uma acção nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente. Toda a negociação e planeamento destas acções da qual participei durante o estágio são vitais no processo e requerem uma boa comunicação da equipa de saúde entre si, com os doentes e suas famílias: Avaliei a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais, colaborei na reorganização do esquema analgésico e propus estratégias não farmacológicas, auxiliei no ajuste de atitudes e expectativas sobre os tratamentos, preparei doentes e treinei cuidadores familiares (administração e controlo dos efeitos secundários da terapêutica, acerca da alimentação, importância da hidratação e manutenção do trânsito intestinal regular).

Concretamente ao objectivo relativo a **aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas**, neste local de estágio, avaliei com base na evidência científica e prática, os cuidados de tratamento e prevenção da Dor em doentes oncológicos na Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. Esta actividade forneceu-me as bases para o movimento de procura de princípios com bases científicas e práticas, com que poderei orientar acções para usar em experiências concretas no serviço onde exerço funções, através da aquisição de informações e esclarecimento de dúvidas na equipa acerca da medicação analgésica opióide e também adquirir suporte científico para discutir opções terapêuticas com a equipa clínica. Não tive experiência com doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas neste local de estágio, no entanto, este revelou-se de extrema importância, pois as inúmeras aprendizagens revelaram ser extremamente úteis, que poderei facilmente transpôr para os doentes neuro-oncológicos.

Não existindo escalas de avaliação de Dor dirigidas para doentes com alterações cognitivas, tive a oportunidade de debater a contribuição da evidência científica em Enfermagem nos cuidados aos doentes com o Enf.º Orientador e com a restante equipa, partilhando alguma documentação e artigos científicos que serviram de base para a discussão sobre o tipo de escalas que existem dirigidos a doentes com alterações cognitivas.

As aprendizagens sistematizadas ao longo do estágio, fizeram parte de todo um processo de desenvolvimento das minhas competências, pois aquilo que desconhecia, acabava por ser aprendido no confronto com as situações e todas as experiências que me foram proporcionadas.

### **3.1.3 Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE**

Os serviços especializados, qualificados e devidamente organizados como o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, são ainda escassos e insuficientes para as necessidades detectadas. Estes serviços deveriam ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação no nosso país e um treino específico obrigatório por parte dos profissionais que os prestam. “Sem formação específica adequada não é possível a prática deste tipo de Cuidados. Os líderes dos principais grupos profissionais envolvidos devem possuir obrigatoriamente formação intermédia/avançada (formação teórica e estágios) reconhecida em Cuidados Paliativos”. (Programa Nacional Dos Cuidados Paliativos, 2004)

A missão ou objectivo da equipa de cuidados paliativos prende-se com a prestação de cuidados preventivos: Previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos). Assentam numa intervenção interdisciplinar em que o doente e a família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais.

A equipa tem como objectivos, prestar atitudes paliativas a doentes e suas famílias, assegurando cuidados médicos e de Enfermagem no apoio intra-hospitalar, apoiar psico-emocionalmente o doente, a família e/ou cuidador, e articular os cuidados médicos e de enfermagem prestados ao doente e família com os demais serviços da instituição e recursos existentes na comunidade.

Estes cuidados pretendem ajudar os doentes em fim de vida a viver tão activamente quanto possível até à sua morte, sendo profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções e centram-se na importância da dignidade do doente, vulnerável e limitado, aceitando a morte como uma etapa natural da vida que deve ser vivida intensamente até ao fim.

Foi aqui que aprendi a confortar e ajudar a viver o dia-a-dia aos doentes a quem presto cuidados, com o mínimo de Dor possível. A principal finalidade era aprofundar conhecimentos para posteriormente ajudar a equipa de Enfermagem a prestar cuidados activos coordenados e globais, aos doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença progressiva avançada, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida em fim de vida.

Nesta equipa, estes cuidados são prestados a nível intra-hospitalar, iniciando-se na admissão do doente e sua família após um pedido formal do médico assistente e estendem-se ao período do luto. A equipa funciona todos os dias das 8 às 16h, incluindo sábados, domingos e feriados, tendo durante este período um telemóvel directo a uma das enfermeiras.

Aquando da admissão de um doente na equipa, é feita uma avaliação inicial do doente que inclui, além de outros critérios, a avaliação do estado cognitivo do doente (se não for feito deve-se especificar porquê), avaliação de sintomas: Localização e irradiação; Dor através das escalas de auto-avaliação (numérica e de faces) e características; avaliação pela escala do observador; avaliação da fadiga, sonolência, anorexia, náusea, dispneia, ansiedade, tristeza, bem-estar avaliando para todas a intensidade e/ou *distress*. Um doente em cuidados paliativos que apresente mais de três sintomas descontrolados é considerado um doente complexo (ANCP, 2006). Também é feita a avaliação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS).

Os enfermeiros têm um papel extremamente importante, pois além de fazerem uma caracterização do doente e sua família, avaliam a principal necessidade identificada pelo doente e fontes de sofrimento, bem como, da família/cuidador e qual o plano/intervenção preconizado.

A ênfase na avaliação dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades desta assistência que deve intervir para além do controlo de sintomas físicos, priorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto das suas acções segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios doentes.

Os objectivos específicos que delinee para este local de estágio foram:

- Colaborar com a prática de Enfermagem com a Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE;
- Analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos utilizadas pela Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas;
- Partilhar conhecimentos científicos resultantes da pesquisa bibliográfica efectuada, com a equipa de enfermagem de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE.

A adequada preparação da equipa é estratégia fundamental para o controlo da Dor e sintomas prevalentes em doentes oncológicos avançados sob cuidados paliativos. Foi condição imprescindível adquirir conhecimentos acerca de como poder controlar a Dor, reagir contra mitos e preconceitos e manter-me actualizada, tendo como base todo o trabalho de pesquisa que

efectuei ainda durante o local de estágio anterior, o que me proporcionou muitas mais-valias. Esta experiência permitiu por vezes servir como fonte de conhecimento para a equipa de Enfermagem, pois tive oportunidade de partilhar conhecimentos sobre o que é preconizado noutra local para determinadas situações semelhantes.

Relativamente ao primeiro objectivo específico, o passo inicial foi integrar a equipa (de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE), com o objectivo de cuidar o doente/família oncológica com Dor crónica e aplicar o ensino adequado acerca da avaliação e tratamento da dor aos doentes e famílias. É fundamental desenvolver e divulgar rotinas multidisciplinares para assegurar que o alívio da Dor é possível, não só em fim de vida, como iniciar precocemente estas medidas aquando da doença em progressão, travando a incapacidade e sofrimento desnecessário. O sucesso no tratamento da Dor requer uma avaliação cuidadosa da sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de Dor e conhecimento do melhor tratamento. A negociação e o planeamento são vitais no processo e requerem uma boa comunicação da equipa de saúde entre si e com os doentes e seus cuidadores.

No acompanhamento de doentes a nível intra-hospitalar, instituímos, alterámos e adequámos terapêuticas medicamentosas para o controlo das queixas dolorosas com o apoio da médica assistente. O serviço tem alguns protocolos pelos quais se rege, que incluem o protocolo do delírio, hemorragia e do apoio no luto.

Novamente, a comunicação verbal e não-verbal se revestiu de grande importância, pois com estes doentes, procedi de forma objectiva e clara, avaliando através de formas alternativas, para que nos pudessemos entender, baseando-me na empatia e no respeito constante.

A comunicação adequada entre profissionais e doentes em cuidados paliativos, para além de fornecer orientações ao doente e à família, permite reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e atenuar o sofrimento. Comunicar adequadamente com o doente em fim de vida e a sua família pode constituir-se como um poderoso agente terapêutico. É importante que a atitude dos profissionais seja de autenticidade, mostrando disponibilidade e afirmando a verdade sem agredir mas também sem induzir expectativas irrealistas.

Em relação ao objectivo que pretende **analisar a adequação de escalas de avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos utilizadas pela Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE**, embora já conhecer e saber utilizar os instrumentos institucionalizados para avaliar a Dor nos doentes oncológicos, pude verificar que, apesar da disponibilidade dos mesmos protocolados pela instituição, estes frequentemente são mal utilizados e muitas vezes nem são aplicados, já

que, a maior parte dos doentes com que me deparei, foram idosos, não conhecem os números, letras e cores, tornando muito difícil uma avaliação rigorosa da Dor. No entanto, apesar de não lhe ser dada uma classificação, os doentes foram capazes de explicar o quanto a sua Dor os afectava no dia-a-dia, sendo por isso fácil de compreender o que significava e implicava nas suas vidas. Em apêndice, coloco a reflexão de uma das muitas situações com que me deparei que poderia referir, tendo escolhido esta pelas emoções que me despoletou (Apêndice IV).

Avaliei com base na evidência científica e prática, os cuidados de tratamento e prevenção da Dor em doentes oncológicos, bem como, os efeitos de todas as formas de tratamento da Dor e iniciei as acções de acordo com os protocolos do serviço e/ou da médica assistente da Equipa de Suporte Intra-Hospitalar.

Relativamente a **aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas**, não consegui ter, no entanto, experiência com doentes com alterações cognitivas a nível intra-hospitalar neste local de estágio, pois durante um período de dias não houve qualquer doente em suporte intra-hospitalar – o que, por um lado se revelou positivo, pois tive oportunidade de ter a experiência de conhecer e ajudar no suporte dos doentes a nível domiciliário, mas por outro, não me conseguiu fornecer as informações nos doentes específicos que esperava obter, já que o período de tempo de estágio também foi reduzido.

À semelhança do local de estágio anterior, o serviço não possui qualquer avaliação de dor dirigida a doentes com alterações cognitivas, o que lançou o meu debate com a equipa em relação à importância de introdução de uma escala para doentes que, sem a capacidade de comunicar, são incapazes de transmitir a sua experiência de Dor. Assim, partilhei acerca da contribuição da evidência científica em Enfermagem nos cuidados aos doentes com o Enf.º Orientador e com a restante equipa, levando para o serviço artigos científicos e várias instrumentos de avaliação de dor para doentes sem a capacidade de comunicar, para obter o seu feedback.

Só procurando o saber e olhando para dentro de nós próprios, numa atitude construtiva de tentar melhorar – revendo os nossos comportamentos e acções em busca de possíveis erros ou de aspectos a trabalhar – é possível evoluirmos (não apenas na profissão, mas também pessoalmente). Considero que a Enfermagem apenas é credível tendo como base um método de investigação científica, e assim, tive a preocupação de orientar e fomentar o meu trabalho recorrendo à diversa bibliografia consultada.

A aprendizagem que mais destaque tem a ver com o desenvolvimento de competências que

exigiram uma mudança da minha óptica em relação ao doente em fim de vida, pois seria impensável um desenvolvimento das minhas competências com estes doentes sem que me identificasse com os mesmos. Mudou a minha perspectiva em relação ao doente, pois pude observar o quão activo e produtivos podem ser em fim de vida.

Aprendi que a aprendizagem resulta de situações de qualidade pois serão decisivas para o resultado. A aprendizagem, enquanto percurso do não-saber para o saber, concretiza-se através do crescimento pessoal e profissional em conjunto com a prática em que estou inserida e salienta-se pela competência adquirida.

Através da análise da minha prática nesta situação, acredito que estou a caminhar para ir muito mais fundo nas minhas experiências, por possuir uma melhor compreensão reflexiva das situações clínicas, já que o meu desempenho é agora mais fluido, flexível e altamente competente, porque acho que é preciso amadurecer a experiência, e para ter experiência é preciso tempo.

### **3.2.4 Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Santo António dos Capuchos.**

O Serviço de Neurocirurgia do HSAC é um serviço que se orgulha de tratar doenças de praticamente todas as áreas de intervenção neurocirúrgica e tem vindo a receber equipamento e algumas obras de melhoramento, que proporciona à população um serviço de maior qualidade, melhorando a assistência prestada aos doentes. O objectivo deste serviço é afirmar-se como um serviço de referência pelos princípios humanos, éticos e de qualidade técnica pela equipa de Enfermagem e médica que a orientam. A resposta positiva das pessoas que aí recebem cuidados é a prova de que se vai no bom caminho.

A importância da Dor, sua avaliação e tratamento, surge pelo facto desta ser um dos principais motivos da procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. A realidade profissional onde me situo é uma área onde a prevalência e evidência de Dor pré e pós-cirúrgica é uma constante e onde impera a necessidade de uma abordagem global e multidisciplinar.

Consciente do meu crescimento profissional e motivada para o aprofundar de novos conhecimentos, reflecti sobre as aprendizagens assimiladas ao longo dos diferentes estágios que muito contribuíram para desenvolver a minha capacidade de auto-análise, aprofundar aprendizagens, adquirir competências e consciencializar-me das minhas potencialidades. Reflectindo sobre o percurso efectuado durante os estágios, fiquei ainda mais consciente que a avaliação da dor ainda não é efectuada com o rigor que se lhe impõe. O que sobressai é que,

apesar de já terem sido dados os primeiros passos na institucionalização de instrumentos, estes nem sempre são utilizados ou se o são, frequentemente não são utilizados correctamente. Além disso, os doentes oncológicos com alterações cognitivas continuam a ser um grupo negligenciado pelas escalas instituídas e validadas em Portugal, onde não se adequa a avaliação da Dor destes doentes.

Com a intenção de modificar esta prática e baseando-me nas aprendizagens efectuadas e competências adquiridas, nomeadamente pela evidência científica, decidi iniciar um projecto que de alguma forma viesse contrariar esta insatisfação. Com a intenção de sensibilizar a equipa de enfermagem, delineei como objectivos específicos para o local onde exerço funções:

- Partilhar as experiências adquiridas acerca dos cuidados ao doente neuro-oncológico com Dor em ambiente hospitalar, ao longo do estágio, no serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santo António dos Capuchos;
- Ser dinamizadora de mudança e implementar a avaliação da dor através de uma escala adequada a doentes com alterações cognitivas;

De certa forma, apesar das problemáticas que encontrei nos diversos locais em que estagiei serem diferentes, muitos dos problemas e questões que se lhes colocam, também são semelhantes aos da prática do meu dia-a-dia. A diferença foi que, desta vez, quando algumas questões problemáticas foram colocadas, fui capaz de lhes dar resposta, tendo como bases a pesquisa bibliografia consultada e toda a experiência que fui adquirindo ao longo de quase 5 meses de estágio, sendo facilmente demonstrada toda a minha evolução, capacitação e aumento de competências acerca da temática e os *outcomes* que me proporcionaram.

Em relação ao primeiro objectivo delineado, tive oportunidade de ir discutindo com a equipa de Enfermagem em reuniões informais e de serviço, alguns aspectos que me pareceram pertinentes relativamente ao controlo da dor no doente em fim de vida, pois, foi das situações em que mais dúvidas existiam. Tive a oportunidade de aplicar as experiências adquiridas, por exemplo em situações de dispneia e anorexia, nos cuidados ao doente neuro-oncológico com Dor em fim de vida em ambiente hospitalar, e divulgar à equipa os conhecimentos sobre a avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas que encontrei na pesquisa bibliográfica.

Tive oportunidade de elucidar a equipa que a principal razão para o não-tratamento da Dor é a não-deteção (Herr, 2006). Existem evidências de que a Dor não-detectada e não-tratada entre as pessoas com alterações cognitivas fornecem o mais claro argumento para a urgente necessidade de usar regularmente um método de avaliação de Dor específica para esta população.

Doentes com alterações cognitivas recebem menos medicação analgésica do que aqueles que são capazes de comunicar, por serem mal avaliados. Vários autores também demonstraram que aqueles com mais desorientação e comprometimento funcional recebem menos analgésicos (Feldt, Ryden, e Miles, 1998; Horgas e Tsai, 1998; Morrison e Siu, 2000; Won *et al*, 2004). Vários factores contribuem para a má gestão da Dor nesta população: No entanto, a mais incómoda é a incapacidade de reconhecer a Dor em doentes que não conseguem comunicar a sua experiência de Dor (Herr e Decker, 2004).

Embora uma série de mitos e medos tenham sido comumente identificados na literatura consultada (Herr e Garand, 2001), que afectam o reconhecimento da Dor nesta população, existe a crença de que doentes com alterações cognitivas não experienciam Dor tão severamente quanto aqueles que estão cognitivamente intactos.

Não há nenhuma evidência de que as respostas nociceptoras periféricas ou de transmissão da Dor estão prejudicadas em pessoas com alterações cognitivas, embora a polémica exista sobre alterações do sistema nervoso central que influenciam ou diminuem a interpretação da transmissão da Dor (Gibson, Voukelatos, Ames, Flicker e Helme, 2001; Scherder, Slaets, Deijen, Gorter, Ooms, *et al*, 2003; Schuler *et al*, 2004).

Assim, até que fique demonstrado cientificamente que doentes com alterações cognitivas experienciem menos Dor, devemos assumir que qualquer condição que seja dolorosa para uma pessoa cognitivamente intacta, também será para aqueles com alterações cognitivas que não se pode expressar.

No decorrer da revisão bibliográfica alargada que efectuei, analisei em cada um dos documentos, os diversos conceitos, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos, o que me forneceu ideias e informação para a minha análise.

Simultaneamente, enquanto desenvolvi os estágios, pude identificar as estratégias que poderei utilizar para implementar mais tarde o projecto a que me proponho no serviço, identificando escalas de avaliação de dor desenhadas especificamente para este tipo de doentes. Existem formas de poder avaliar, controlar e tratar a Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas, que deverão ser colocadas em prática rapidamente, para que ninguém mais tenha que sofrer em silêncio. Uma abordagem com vista à melhoria do desempenho traduz-se na prestação de cuidados de alta qualidade, ao doente oncológico neurocirúrgico e na aplicação do conhecimento proveniente da evidência científica e da experiência adquirida nos estágios anteriores. Estas aprendizagens foram muito importantes não só para mim como também para a equipa que fui informando e sensibilizando ao longo do tempo e não só no final dos estágios.

Decidi assim fazer um diagnóstico de situação à equipa de Enfermagem com um questionário, para identificar a sensibilidade e a necessidade mais concreta e objectiva da equipa, relativamente às formas de avaliação de Dor disponíveis e sua adequação aos doentes com alterações cognitivas, para ter dados concretos. Elaborei um questionário à grande maioria dos colegas, não tendo tido possibilidade de abordar a totalidade devido a períodos de férias coincidentes, através de um questionário informal com duas questões (Apêndice V), efectuadas a 15 dos 22 enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia do HSAC, que puderam demonstrar o quão insatisfeitos estão acerca da avaliação da Dor através das escalas institucionalizadas.

Obtive como resultado dos questionários que efectuei, um conjunto de respostas que reflectem a inadequação das escalas institucionalizadas actualmente aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas com que nos deparamos. Desta forma, fiz a proposta, aproveitando as reuniões de passagem de serviço, para saber se os enfermeiros do serviço estariam receptivos a conhecer um novo instrumento de avaliação da Dor, que foi elaborado para doentes com alterações cognitivas, através de uma sessão de informação. Recebi então uma resposta muito positiva por parte da equipa e elaborei a acção de informação, cujos plano e slides coloquei respectivamente em Apêndice VI. Esta resposta da equipa constituiu um incentivo a logo que possível dar início a um projecto de validação, para o qual conto com o seu apoio e a sua colaboração.

Com a sensibilidade demonstrada pela equipa, elaborei uma sessão de informação no serviço na Neurocirurgia do HSAC, com a finalidade de proporcionar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas, informar acerca do tipo de avaliação e controlo da Dor prestada aos doentes oncológicos e os tipos de escalas existentes para estes tipos de doentes. Efectuei uma sessão de informação no serviço que abrangeu como pontos importantes, a abordagem acerca da Dor e especificamente a Dor de origem oncológica, os aspectos que determinam a sua especificidade e dificuldade na avaliação e tratamento, e como é encarada e tratada em Portugal. A sessão de informação teve como objectivos:

- Identificar a sensibilidade da equipa de Neurocirurgia do HSAC para as intervenções autónomas de intervenção junto do doente neuro-oncológico com Dor e sua família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente neuro-oncológico.
- Aplicar conhecimentos sobre a avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas;
- Apresentar as escalas existentes desenhadas para a avaliação da dor a doentes com alterações cognitivas.

Descrevi o resultado da minha pesquisa bibliográfica à equipa em relação à dificuldade que existe na avaliação da Dor aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas e os instrumentos que existem para esse efeito, terminando com a proposta do projecto de tradução e validação de um novo instrumento de avaliação *Checklist for Nonverbal Pain Indicators* (CNPI), desenhado para esse efeito. Por último, reflecti à equipa a minha intenção de sensibilizar o Núcleo de Dor do Centro Hospitalar de Lisboa Central acerca da pertinência da introdução de uma escala de avaliação de Dor para doentes com alterações cognitivas.

Durante a sessão de informação, relatei que, apesar da prevalência e as consequências da Dor, esta ainda é reconhecida e tratada de forma inadequada, especialmente nos doentes neuro-oncológicos com graves alterações cognitivas. Entre as barreiras para a avaliação da Dor nesta população estão a incapacidade de alguns doentes comunicarem a sua experiência da Dor, e do equívoco de que a Dor é menos grave em doentes com alterações cognitivas (Herr *et al*, 2006). Esses resultados são frequentemente atribuídos a outras condições, em vez de não reconhecidos ou não tratados (Brummel-Smith *et al*, 2002). Apesar da prevalência, as consequências da Dor em doentes com alterações cognitivas continuam a ser ineficazes, tanto na sua avaliação (Hall, Larrison e Steen, 1998; Herr *et al*, 2004; Weiner, Peterson e Keefe, 1999) e no seu tratamento (Bernabei *et al*, 1998; Morrison e Siu, 2000; Teno, Weitzen, Wetle e Mor, 2001, 2004; Won *et al*, 2004), especialmente naqueles que são incapazes de comunicar o seu desconforto.

A avaliação da sessão de informação revelou que:

1. Existe uma inadequação das escalas institucionalizadas para os doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas;
2. Esta inadequação das escalas faz com que as mesmas não sejam utilizadas ou o sejam incorrectamente;
3. Existe necessidade de procurar escala de avaliação de dor que tenha como população alvo este tipo de doentes;
4. A apresentação da escala CNPI revelou ser inovadora, importante, interessante para validar e adaptada à realidade dos doentes do serviço de Neurocirurgia do HSAC;
5. A equipa demonstrou agrado, motivação, interesse e disponibilidade na validação da mesma para o serviço.

A avaliação para detectar a Dor é, portanto, essencial, e é o passo crucial rumo ao adequado tratamento de doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas. Há, portanto, a

necessidade de gerir, validar e confiar nos instrumentos de avaliação da Dor elaborados para esta população.

Relativamente ao objectivo específico para **ser dinamizadora de mudança e implementar a avaliação da dor através de uma escala concebida para doentes com alterações cognitivas**, após efectuar revisões sistemáticas da literatura e fazer uma pesquisa bibliográfica alargada acerca do controlo e escalas de avaliação de Dor para doentes com alterações cognitivas, sabendo desde já que o que está actualmente disponível em Portugal não é suficiente ou adequado, decidi desenvolver estratégias para implementar uma escala de Dor adaptada aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas, contribuindo assim para melhorar a sua qualidade de vida.

Deste modo, decidi partilhar com a equipa de Enfermagem do serviço de Neurocirurgia do HSAC as intervenções autónomas junto do doente neuro-oncológico com Dor e sua família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aplicando as competências adquiridas acerca dos cuidados ao doente oncológico com Dor nos estágios, competências essas que promoveram a minha capacidade crítica, reflexiva e atitude científica. Estas permitiram o meu desenvolvimento pessoal, profissional e posterior decisão, mas também foi importante pensar que posso contribuir para a melhoria da avaliação do doente e dos registos de Enfermagem.

Ao longo de todo este percurso, nasceu a ideia de elaborar o projecto de validação da escala *Checklist for Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) à equipa de Enfermagem, na sessão de informação, afirmando que a mesma terá no pré-teste e validação uma intervenção no serviço e, como equipa, irá ser necessário que todos colaborem, relatando o que me levou a tomar a decisão de escolher este projecto para o serviço, que neste momento ainda está numa fase inicial e estão previstas as autorizações necessárias à realização do mesmo.

Julgo neste momento possuir bases de sustentação e cooperação da equipa de Enfermagem para iniciar o projecto de validação do referido instrumento, uma vez que no decurso da sessão de informação vários colegas foram lançando sugestões e ideias muito úteis e que irei ter em conta. É minha intenção dar início à implementação de uma ferramenta de avaliação da Dor testada e validada para doentes com alterações cognitivas incapazes de avaliar a sua Dor pela Escala Numérica ou *Wong-Baker* tanto nas fases aguda como crónica da doença. É meu objectivo fazer a adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da Escala de Avaliação de Dor “*Checklist for Non-Verbal Pain Indicators*”, para que a mesma possa ser usada

como um instrumento específico para avaliação de Dor crónica em doentes portugueses portadores de alterações cognitivas, pois, até à data não existe nenhum instrumento que o faça.

A *Checklist for Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) foi elaborada por Karen Feldt, Enfermeira norte-americana sediada em Seattle, é uma escala de observação comportamental para doentes não-verbais com grave comprometimento cognitivo (Anexo I). “*Indications: Behavioral Health adults who are unable to validate the presence of or quantify the severity of pain using either the Numerical Rating Scale or the Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*” (Feldt, 2000).

A escala é uma modificação da Escala de Comportamento de Dor da Universidade de Alabama em *Birmingham* - (UAB PBS), que foi concebida para medir a Dor crónica, a partir da qual alguns itens foram eliminados e outros redefinidos e foi desenhada para avaliar a Dor em doentes com grave comprometimento cognitivo em ambas as configurações agudas e crónicas (Feldt, 2000).

A avaliação envolve a observação do doente, em repouso e durante o movimento. Um item é pontuado como '1 Se o comportamento foi observado durante a actividade ou descanso, e como '0 se o comportamento não foi observado (variação do total escala 0-6). Depois de somar os dois pontos (para o movimento e repouso) a interpretação é a seguinte: 1-2 Dor Leve, 3-4 Dor moderada, 5-6 Dor Severa (Feldt, 2000).

A escolha deste instrumento deveu-se à sua: Simplicidade (indicadores reduzidos mas abrangentes); Facilidade de utilização (facilidade de compreensão e formação acerca da mesma); Avaliação do doente em dois momentos distintos; Baixo consumo de tempo para avaliação (avaliação pode ser realizada durante a prestação dos cuidados) e uma rápida Resposta à Dor observada. Os autores consultados afirmam uma boa validade da ferramenta.

Na minha opinião, a introdução deste instrumento vai melhorar o desenvolvimento físico, psicológico, emocional e dimensões sociais da qualidade de vida dos doentes com Dor persistente com alterações cognitivas que não se conseguem expressar.

Nos doentes neuro-oncológicos avançados com alterações cognitivas, sem a capacidade de comunicar, os métodos de avaliação comportamental da Dor, tornar-se-ão mais úteis e necessários. Desenvolver uma ferramenta que possa ser usada para avaliar a sua Dor pode melhorar muito a qualidade de vida dos 20-30% doentes que não conseguem comunicar adequadamente suas necessidades (Herr, 2006).

Este projecto está em construção e será brevemente submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com quem já se estabeleceu contacto.

Como equipa de investigação, além de mim própria, farão parte:

- Antónia Espadinha, Mestre em Comunicação em Saúde, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Luís Batalha, Enfermeiro Doutorado em Biologia Humana e Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Pedro Martins Rego, Enfermeiro, Licenciado em Psicologia Clínica e actualmente a realizar o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com opção em Enfermagem Oncológica.

Apesar do projecto se encontrar no início, conto já com a Enf.<sup>a</sup> Karen Feldt com quem via e-mail, estabeleci contacto, expliquei-lhe quem era e o que pretendo fazer, ao qual demonstrou o seu maior interesse e a disponibilidade.

Penso que a avaliação da Dor a este tipo de doentes é difícil e continua a ser um desafio diário para os enfermeiros e embora utilizar uma escala de avaliação da Dor seja um importante recurso na detecção da mesma, muitas vezes é um elemento de uma abordagem global, que também utiliza outros recursos, como o exame físico e as informações de familiares, que podem adicionar informações para resolver o problema da Dor e, portanto, continuarão sempre a ser necessárias.

Estabelecer um padrão típico de base do comportamento e actividade do doente é essencial para sermos capazes de reconhecer as mudanças que podem reflectir situações de Dor não reconhecidas. Embora mudanças subtis nos padrões usuais de comportamento ou actividade nem sempre signifiquem que o doente está com Dor, eles levantam a suspeita, o que deve levar à completa avaliação de Dor. (Herr e Decker, 2004)

Quando os doentes são incapazes de quantificar a sua Dor, a observação directa é essencial (AGS, 2002). Como a maioria das pessoas com alterações cognitivas graves são incapazes de expor oralmente o relato da sua experiência de Dor, a observação de comportamentos e actividades que podem indicar Dor é uma estratégia chave da avaliação. Devemos estar atentos para a presença de comportamentos de Dor típica, bem como aqueles que são menos óbvias e normalmente não são atribuídos à Dor.

Segundo Camargo (2003), o primeiro passo para a resolução desta situação parece ser o seu reconhecimento de forma a poder tornar-se prioridade. Mas para tratar algo é preciso, em primeira instância, valorizar e considerá-lo digno de ser tratado.

Sem uma correcta avaliação e sem o inevitável registo que lhe confira visibilidade, não podemos falar em valorizar a Dor. As intervenções desenvolvidas em função da avaliação efectuada, que

se baseiam no seu tratamento, monitorizadas continuamente por avaliações subsequentes, constituem os elementos chave da valorização e reconhecimento da Dor.

Findo este trabalho de campo onde me deparei com tantas experiências diferentes e que proporcionaram inúmeras aprendizagens, posso então referir que, de tudo o que deparei e pesquisei, o tratamento da Dor oncológica deverá ser proporcionado a todos os doentes oncológicos que dele necessitem, havendo uma particular atenção para os doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas devido à dificuldade em expressarem e caracterizarem a sua Dor. Sei, por isso, que será necessário ter em conta vários aspectos, entre eles: Evitar demora no tratamento, abordar outros problemas físicos, psicológicos, espirituais, sociais que o doente possa sentir, considerar a introdução de analgésicos adjuvantes, vigiar a eficácia do tratamento e o controlo da Dor.

A prática dos enfermeiros constituída pelo quotidiano dos cuidados de enfermagem, é susceptível de uma pluralidade de abordagens e perspectivas. A essência da profissão assenta no cuidar do outro, da pessoa, figura central do cuidado de enfermagem. Esta permite exercer os cuidados de forma abrangente, precisando a natureza dos problemas que o afectam, contribuindo para o seu bem-estar. Esta premissa é aplicável em situação de saúde, de doença, de deficiência ou de dificuldade. Os enfermeiros têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimentos de Enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências. A Enfermagem registou nos últimos anos, uma evolução, quer a nível da formação de base, quer na complexificação do seu exercício profissional, que torna significativo o seu papel no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como na qualidade e eficácia da prestação de cuidados (Fernandes, 2004). Convém realçar que a Enfermagem se exerce em contextos muito diversificados. Nunes (2004, pág.40) refere que “os enfermeiros cuidam da pessoa, quer se trate de cuidados de reparação (ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida) ou de manutenção (ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida).”

É por isso que Hesbeen (2000), citado por Santos (2004, pág.41) refere que “o conteúdo real do cuidar é complexo, subtil e invisível.” Esta evolução tem implicações directas e progressivas no cuidar do doente oncológico, entendendo-se por este cuidar todas as formas de intervenção e prestação de cuidados aos diversos níveis, desde a prevenção até à doença avançada e terminal. Assim, segundo Loff (2004, pág.96), “cada vez mais é exigido à Enfermagem oncológica um corpo de conhecimentos específicos e uma técnica baseada na experiência, no reconhecimento precoce de sinais e sintomas em todas as fases e estadios, que lhe permita dar resposta rápida na satisfação das necessidades do doente e da sua família.”

É por tudo isto que acredito e me vejo como um elo que irá ajudar a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através do desenvolvimento de novas competências, procurando eu própria ser impulsionadora, por promover uma forma de criação, representação e aplicação de conhecimentos que possam aumentar a qualidade de cuidados prestados aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas, através do projecto a que me proponho, que teve como base uma ampla pesquisa acerca da avaliação da Dor.

O estágio que efectuei melhorou a minha confiança para cuidar do doente e reforçou as minhas competências com o conhecimento do pensamento crítico, ou seja, o método estruturado de estágio com vista a experiências clínicas com o apoio de orientadores qualificados e suporte científico, promoveu o aumento das minhas competências, o meu desempenho tornou-se mais integrado, flexível, eficiente e qualificado.

Tendo por base a teoria de Benner, obtive ganhos integrados no conhecimento, do domínio de competência proficiente, incluindo medidas adequadas para reconhecer características importantes e seleccionar estratégias adequadas para abordar o tema em questão. Em relação às experiências obtidas, o reconhecimento das situações como um todo e não em termos de peças separadas, mostrou-me agora o que esperar de uma determinada situação e o seu significado em termos de objectivos a longo prazo, reconhecendo quando é necessário tomar medidas para resolver situações problemáticas (incluindo a procura de supervisão e revisão da literatura). Esta compreensão holística desenvolveu-me uma perspectiva sobre a qual consigo observar os aspectos mais importantes de uma situação, desenvolvendo uma compreensão diferenciada da situação clínica.

### **3.2 Recursos e Barreiras Existentes**

Os recursos foram rentabilizados ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, tendo em conta as particularidades de cada um. Como recursos humanos, a Professora e Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio, delinearam o rumo, mas também contei com a colaboração da equipa multidisciplinar dos diferentes serviços.

Como perita na área dos cuidados paliativos, tive como orientadora a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> coordenadora da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, que se demonstrou disponível para me ajudar na concretização do meu relatório. Como peritos na área da Dor, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> coordenadora da Clínica da Dor do Instituto

Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, que também se demonstrou disponível e a quem recorri mais do que uma vez em auxílio, e num futuro próximo, conto com o Sr. Enf.º Luís Batalha, perito e referência na área, que tem contribuído com a validação da maior parte das escalas de Dor que actualmente existem em Portugal e que aceitou o meu convite para integrar a equipa de investigação.

Nos recursos físicos, as instituições e os serviços foram fundamentais para dar resposta ao projecto. No que respeita a recursos materiais, a pesquisa bibliográfica e da evidência científica são indispensáveis. Relativamente às barreiras para a concretização deste projecto, vou ter em conta desde o início a pouca motivação dos profissionais para a mudança de atitude e práticas de cuidados ao doente neuro-oncológico com Dor em contexto hospitalar.

## 4. Questões Éticas

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas com Dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos e éticos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua Dor, bem como a finalidade do cuidado.

Ao longo do estágio foram várias as questões éticas com que me deparei, e senti que, como elemento exterior ao serviço tenho um espaço de intervenção limitada, como por exemplo quando observei pelos registos de Enfermagem que as escalas não tinham sido utilizadas com rigor, não respeitando por isso os direitos e atitudes dos doentes. Foram situações que me sensibilizaram, pois quando tive oportunidade de intervir nesse tipo de situações, tentei esclarecer os colegas, tendo o cuidado de relatar as situações aos enfermeiros orientadores.

Como profissional, e tendo já informação acerca da temática da Dor e conseqüente avaliação, quando pude observar que os doentes não eram avaliados ou o eram incorrectamente, ponderei acerca das questões éticas que se colocam, que põem em causa o respeito pelos direitos dos doentes e do Código Deontológico dos Enfermeiros. O controlo da Dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Um compromisso é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, incluindo a pessoa que sente Dor, do cuidador e família enquanto parceiros de cuidados.

Estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional. “Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da Dor é inadequado” (OE, 2008).

A negação ou a desvalorização da Dor do doente é um erro ético no confronto com o sofrimento e a Dor, como uma falha na excelência do exercício profissional. Assim, e com o que hoje sei acerca da avaliação da Dor e dos factores que a influenciam, quer seja em processo agudo, crónico ou paliativo da doença oncológica, é importante valorizá-la, respeitar a avaliação que o doente faz e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode. Segundo a Carta dos Direitos dos Doentes (DGS) “O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais, que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil”.

O controlo da Dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de Dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

Temos o dever ético e legal de interceder uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da Dor é inadequado e temos a responsabilidade de nos articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da Dor, bem como, de fornecer a informação necessária ao doente oncológico acerca dos seus direitos fiscais, de que nem todos sabem. Também não deixa de ser verdade que, a partir do momento em que se estabelece a obrigatoriedade de equiparar a sinal vital, se está a aceitar como negligente a omissão do seu registo ou das medidas a tomar, decorrentes da sua avaliação. O registo quantificado da existência de Dor, obriga, eticamente, a lidar com este facto com a mesma seriedade com que se lida com os outros sinais vitais, valorizando sempre as suas alterações (Caseiro, 2003).

## 5. Implicações Para A Prática Dos Cuidados

A exposição frequente à morte e à transmissão de más notícias sobretudo em situações de fim de vida, resultam em situações de grande stress para os enfermeiros. O efeito desta exposição reflecte-se no contacto com os doentes e famílias, com distanciamento e dureza de atitudes, que ficam por de trás de uma abordagem meramente técnica para evitar mostrar compaixão. Também na vida privada, sobretudo na esfera familiar e social, estes factos mostram repercussões.

Do que expus ressalta que, sem prestadores de cuidados saudáveis, não é possível prestar bons cuidados aos doentes e seus familiares. É importante que se implementem estratégias que possibilitem a adaptação dos profissionais e à melhoria dos cuidados prestados. É necessário desenvolver programas de comunicação, implementar espaços de reflexão sobre a prática dos cuidados e simultaneamente disponibilizar recursos que permitam aos profissionais procurar ajuda de pares, superiores ou profissionais especializados. Dai que, em minha opinião a introdução da escala *Checklist for Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) poderá vir a ajudar a que os sentimentos de revolta com a situação, de frieza e distanciamento que alguns enfermeiros poderão sentir, para tentarem evitar mostrar compaixão com uma situação que se repete diariamente. Desta forma, a dor destes doentes será facilmente compreendida e antecipadamente tratada, evitando um sofrimento maior, melhorando conjuntamente a prestação e qualidade dos cuidados.

A falta de formação profissional a juntar à quase completa ausência de informação do doente e familiares, apresenta-se como a barreira central que tem sustentado o défice de comunicação e alimentado mitos relativamente ao controlo e tratamento da Dor oncológica. Os constrangimentos estruturais e a falta de acessibilidade têm-se encarregue de sustentar o tratamento inadequado da Dor oncológica em Portugal (P.A.I.N., 2004). O chamado mito da morfina, é ainda nos nossos dias e infelizmente, um autêntico travão numa cadeia que inclui não só os doentes e seus familiares, como técnicos de saúde e sociedade em geral, associado ao eventual perigo de uma depressão respiratória. É sem dúvida um perigo real embora extremamente raro (Meireles, 1997). Além da naloxona, antagonista específico da maior parte dos opióides, a Dor funciona também por si só como um autêntico antagonista (Meireles, 1997). Se por um lado, a falta de formação profissional tem tornado involuntariamente o técnico de saúde num dos obstáculos ou barreiras ao tratamento da Dor oncológica, a legislação inadequada tem contribuído para a falta de acessibilidade e tendo-se encarregue de manter o ciclo.

Sendo a terapêutica a principal ferramenta para o controlo da Dor, esta muitas vezes não está acessível ao doente, em especial ao doente ambulatorio em zonas rurais. Os constrangimentos assentam essencialmente na escassez de recursos humanos e económicos. A falta de incentivos aos profissionais que apoiam o doente oncológico e suas famílias na comunidade tem impedido que um número cada vez maior de doentes se mantenha em ambulatorio, com consequente internamento hospitalar. (P.A.I.N., 2004)

Relativamente às barreiras, verifica-se no nosso país um esforço significativo para que o tema da Dor seja incluído nos temas curriculares na área da saúde e uma intensificação de acções de formação credenciadas na área. No que se refere à falta de informação ao doente e comunidade, esta constituirá, porventura, uma etapa mais morosa, embora comecem a surgir campanhas de informação e os *media* iniciem a difusão das mesmas. Entidades oficiais como o Ministério da Saúde que, através da Direcção Geral lança o Plano Nacional de Luta contra a Dor e a Circular Normativa que eleva a Dor à categoria de 5º Sinal Vital, confirmam a noção da valorização da Dor, contribuindo para que o seu controlo possa ser uma realidade.

Em doentes com alterações cognitivas graves, os comportamentos de Dor comuns podem estar ausentes ou serem difíceis de interpretar, e é importante estar alerta. Instrumentos de avaliação não-verbais com base no comportamento são os mais comuns, no entanto, muitas vezes utilizam indicadores fisiológicos. Todavia, a investigação sobre medidas fisiológicas têm sido escassas, devido à sua limitada validade e limitações práticas (Herr, 2004). As respostas fisiológicas não são muitas vezes, específicas o suficiente para servir como indicadores de dor e são difíceis de avaliar em relação à discriminação de outros estados de angústia (Herr, 2004).

A pesquisa efectuada revela que existem actualmente em diferentes fases de desenvolvimento e validação, pelo menos 17 ferramentas de avaliação comportamental da Dor para doentes adultos com alterações cognitivas (Herr et al, 2006) (Apêndice VI). Estas adicionam informações importantes e ajudam a criar uma imagem correcta da Dor do doente não-verbal e com alterações cognitivas. Escalas validadas, práticas e confiáveis podem acrescentar o corpo de conhecimento sobre a Dor e ajudar a melhorar o tratamento da Dor a esta população significativa (Herr, 2006). A avaliação da Dor é reconhecida como uma área importante para futuras pesquisas e para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, e na última década, os estudos de avaliação de Dor para doentes com alterações cognitivas obtiveram resultados promissores.

Actualmente em Portugal, só está validada a escala DOLOPLUS 2 desde 2006 e está em processo de validação a escala PAINAD. Têm como alvos, a população geriátrica não comunicante, e a população com demência, respectivamente. Na minha opinião, a realidade é

que os doentes com alterações cognitivas por doença oncológica, trauma ou cirurgia não se enquadram em nenhuma das duas escalas, o que justifica a necessidade de introdução de uma escala que tenha sido pensada e esteja adaptada para este tipo de doentes.

## 6. Considerações Finais E Perspectivas Futuras

Estou certa que estes estágios se tornaram um suporte para que, no meu quotidiano, possa reforçar a minha capacidade de decisão nas respostas em cuidados de Enfermagem àqueles a quem presto cuidados, dando sentido à imprescindibilidade da minha intervenção. Espero que através deste relatório, tenha conseguido demonstrar que nos estágios consegui prestar cuidados e fazer pesquisa acerca da avaliação e controlo da Dor oncológica, sendo por isso revelador e essencial para a minha participação nos cuidados no local onde exerço funções, sentindo neste momento que tenho as bases para conseguir demonstrar que detenho determinados conhecimentos para as competências que penso ter atingido e evoluído.

Na minha opinião, fundamentada por Benner, considero a possibilidade de reconhecer e captar áreas de desempenho típicas dos enfermeiros competentes, proficientes ou mesmo peritos, razão pela qual esta estratégia pedagógica me permitiu, contactar com enfermeiros de diferentes níveis de competência, foi entendida como benéfica para a aprendizagem pela experiência, para além da formação e pesquisa científica, como forma de desenvolver as minhas competências de estar e lidar com situações complexas do cuidado.

O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e nem sempre dei conta dos meus progressos. Foi necessário construir estratégias para que houvesse conhecimento dos domínios desse saber fazer, de maneira a poder desenvolvê-lo e melhorá-lo. Benner (1984; 2001)

Poder afirmar o meu saber significa ir até ao fim no assumir das minhas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, promover a minha autonomia profissional, um compromisso profissional e social, de promover e desenvolver a autonomia dos doentes e famílias, e garantir uma contribuição mais pertinente nos cuidados de Enfermagem.

Fui introduzindo as mudanças no meu local de trabalho a que me fui propondo evidenciando as minhas aprendizagens ao longo dos locais de estágio, que fui transpondo, o que já consegui fazer a nível do serviço e do que tenciono fazer para também ter um suporte para o projecto que tenho intenção de elaborar.

São múltiplas as barreiras ao controlo da Dor que se colocam ao doente no meu contexto de trabalho, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços e diálogos com a equipa clínica, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições – o que atrasa, nega e impõe barreiras nas medidas de controlo da Dor nesse contexto.

Após ter conhecimento das preocupações da equipa de enfermagem, que é uma equipa jovem, preocupada com os doentes, com vontade de trabalhar, fui aprender e procurar a melhor forma de ajudar e prestar os melhores cuidados aos doentes.

Infelizmente, não somos apoiados e valorizados o suficiente, já que a terapêutica analgésica não é uma actividade autónoma da profissão, acredito que deve haver um compromisso da equipa de Enfermagem na abordagem da Dor, devendo incluir a participação da pessoa que sente Dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados. E já que me encontro numa posição relevante para promover e intervir no controlo da Dor, é meu objectivo aplicar estratégias de educação, formação e ensino a todos os intervenientes para o desenvolvimento de boas práticas no contexto de intervenção profissional, pois acredito que os resultados obtidos ajudam a reflectir sobre a melhoria das práticas para a elevada qualidade em prestação de cuidados de Enfermagem.

No âmbito das minhas competências nos domínios da prática profissional ética e legal e do desenvolvimento profissional, tomo por foco de atenção a Dor contribuindo para a satisfação do doente, o bem-estar e o auto-cuidado.

Acredito assim que irei:

- Caminhar para me tornar perita na prevenção, controlo e tratamento da Dor na prestação de cuidados ao doente neuro-oncológico com alterações cognitivas a nível intra-hospitalar, demonstrando uma compreensão de como as atitudes pessoais e profissionais, valores e crenças em relação ao cancro podem influenciar a sua Dor e os cuidados que os doentes e suas famílias recebem.
- Demonstrar a relevância que este percurso académico despertou em mim ao impulsionar o desejo de validar uma escala de avaliação de Dor para estes doentes, cujo inicio já se vislumbra;

No que concerne ao processo de desenvolvimento das competências, espero ter conseguido demonstrar e reflectir a par e passo, o que me levou a desenvolver as competências e a aprender e criar novos saberes a partir delas, reflectindo sobre os sucessos na relação com o doente oncológico, usando técnicas de reflexão e adquirindo a capacidade de aprender de forma frutífera ao longo da minha carreira profissional. Continuarei à procura das melhores respostas para as situações que requerem a atenção e o Cuidado de Enfermagem.

Benner et al (1996) afirmam que estas competências de envolvimento com os doentes e as famílias são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de pessoas que estão vulneráveis requer tanta atenção sobre a situação ou problema como as

capacidades existenciais de envolvimento pessoal. Para que tal conjugação de competências aconteça é necessário que se desenvolva uma aprendizagem com base na experiência que garanta uma ligação estreita entre as decisões clínicas (técnicas e científicas) e as decisões éticas, nas acções de cuidados.

Com o aumento das minhas competências, passei de uma observadora distanciada, para alguém muito empenhada activamente na procura da melhoria de uma situação que actualmente não considero aceitável. Com as minhas capacidades, que se desenvolveram de um estado iniciado avançado para um estado de competência, segundo Benner (1984), pois, tendo um problema de base e já consciente dos objectivos a longo prazo, consegui perspectivar os ganhos de planear uma acção para ajudar a alcançar uma maior eficiência na avaliação e tratamento da Dor oncológica. O meu olhar analítico dirigiu-se também para os processos de aprendizagem, para lá do ensino sistemático.

Este desenvolvimento desempenha uma função de identificação dos patamares e níveis na evolução gradual das minhas competências, que tem uma importância fundamental. Através da análise da minha prática nesta situação, concluo que o enfermeiro contemporâneo se vê diante de um desafio profissional, ser responsável pela melhoria na qualidade de cuidados aos seus doentes.

No meu dia-a-dia, faço questão de avaliar e conhecer o doente e interpretar correctamente as suas atitudes, para assim poder responder melhor às suas necessidades, fazendo com que exista personalização da relação, pois, como referem Pearson e Vaughan (1992) quando se têm de estabelecer prioridades num contexto de serviço de saúde muito ocupado, o mais frequente é realizar o trabalho dito “visível” em detrimento do trabalho menos visível, quantas vezes indiscutivelmente mais importante para os doentes, mas nas suas competências os enfermeiros mostram ser capazes de promover os cuidados que prestam, abordando o doente numa forma abrangente do seu todo biopsicossocial.

Actualmente, é necessário que desenvolva as competências que fazem de mim própria pessoa e profissional, capaz de me envolver com os doentes, permitindo-lhes e permitindo-me manter a distância certa para ser útil, eficaz nos cuidados, especialmente quando os momentos de crise e de transição são marcados pelo sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual.

Acredito que o aumento de competências me vão permitir atingir os objectivos no cuidado aos doentes. A competência afirma-se na complexidade das situações, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. Não basta ter vastos

conhecimentos se não conseguir articulá-los com as realidades do ambiente, tenho de saber, poder e querer agir. A minha intenção é ter um papel fundamental para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das experiências onde são evidenciadas as minhas competências.

A experiência de trabalhar com doentes crónicos leva-me ainda a reflectir sobre a melhor maneira de auxiliar o ser humano incapacitado de comunicar. Nestes casos, a comunicação não-verbal assume uma importância extrema, funcionando como um instrumento na aproximação a questões importantes não verbalizadas. A comunicação que ocorre entre enfermeiro-doente-família deve proceder-se de forma objectiva e clara, baseada na empatia e no respeito constante à pessoa que necessita de cuidados por parte do enfermeiro.

Estes aspectos assumem particular relevância no caso do doente oncológico, desempenhando o enfermeiro um papel primordial na relação de ajuda com o indivíduo, pois através da comunicação é possível desmistificar o estigma associado à doença, que está presente em todos os momentos, pela confiança e serenidade que proporciona ao doente, estabelecendo uma relação empática. É pela comunicação estabelecida com o doente que podemos compreendê-lo no seu todo, a sua visão do mundo e o seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos factos que lhe ocorrem, e tentar ajudá-lo a manter ou recuperar sua saúde. Segundo Hesbeen (2003) “O cuidado é o fermento da vida, ou seja, algo necessário à vida, algo indispensável ao mundo para que ele seja um mundo autêntico no qual possa existir humanidade, onde esta se desenvolverá e encontrará um futuro perene”.

Dentro do período compreendido para os estágios, tive a oportunidade de obter formação em 2 *Workshop's* certificados pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, que decorreram nos dias 11 e 12 de Novembro de 2010, inseridos no 8º Congresso de Enfermagem Oncológica, com total de 4 horas (Anexo III), sob os temas: Tratamento da Dor e Controlo Sintomático em Cuidados Paliativos. Esta opção revelou-se uma mais-valia em termos de aprendizagens para aumentar a minha preparação e os meus conhecimentos.

No futuro, penso que seria importante incluir nas instituições de ensino, os temas recomendados pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) para a formação dos enfermeiros, para que se iniciem precocemente conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da Dor, a incorporação de novas práticas e incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da Dor, pois a efectividade do controlo da Dor também decorre do

compromisso das instituições de saúde.

Com o final deste estágio, acredito que estou no caminho para me tornar, segundo Benner, proficiente pois, pude perceber e compreender situações com que me deparei, como partes inteiras de um problema que é transversal aos doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas e penso que a aprendizagem a partir destas experiências vivenciadas, bem como, da compreensão e perspectiva mais holística foram melhorar a minha tomada de decisão para tentar alcançar uma modificação do plano de avaliação da dor a estes doentes.

Julgo ter atingido os objectivos a que me propus para este estágio, foi-me proporcionado um aumento de conhecimentos na área de Dor oncológica, sua avaliação e seu tratamento, tendo como base uma pesquisa sistemática da literatura, tive a preocupação de orientar e fomentar o meu trabalho recorrendo à diversa bibliografia consultada. Conteí com uma excepcional e indispensável colaboração de todas as equipas de Enfermagem, que fazem um trabalho extraordinário com estes doentes e que me proporcionaram uma visão global muito diferente da minha realidade profissional, o que se constituiu como uma mais-valia e mais um degrau importante na minha escada evolutiva.

## 7. Referências Bibliográficas

ALIAGA, L. et al (2002). *Tratamiento Del Dolor - Teoria y Practica* (2ª edição). Barcelona: Publicaciones Permanyer.

AURET, K., TOYE, C., GOUCKE, R., KRISTJANSON, L., BRUCE, D., & SCHUG, S. (2008). Development and testing of a modified version of the brief pain inventory for use in residential aged care facilities. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 56,2. Recuperado em 12 de Janeiro de 2011, de EBSCO Masterfile database.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON PERSISTENT PAIN IN OLDER PERSONS. (2002). Clinical Practice Guidelines: The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50, 205-2

BARBOSA, António; NETO, Isabel G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos – Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.

BARÓN, M. Gonzalez et al. (2007). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente com câncer* (2ªedição). Madrid: Editorial medica panamericana.

BENNER, Patricia (2001). *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. (Edição Portuguesa). New Jersey, Prentice Hall: Quarteto Editora.

BENNER, Patricia; TANNER, Christine A.; CHESLA, Catherine A. (1996). *Expertise in Nursing practice, Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New York: Springer Publishing Company.

BLACK, Joice; MATASSARIN-JACOBS, Ester (1996). *Luckman E Sorensen – Enfermagem Médico-cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiologica*. (4ªEdição). Vol.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

BRUMMEL-SMITH, Kenneth et al - Outcomes of Pain in Frail Older Adults with Dementia. (2002). *Journal of the American Geriatrics Society*. 50, 11, 1847–1851

CAMARGO, A. C. (2003). Dor como 5º sinal vital. *Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Cancer – Central de Dor*. Acedido em 29 de Novembro de 2010, de [www.hcanc.org.br/dmeds/centDor/5sinal1.html](http://www.hcanc.org.br/dmeds/centDor/5sinal1.html).

CASCIATO, D; LOWITZ, B. (2000). *Manual Of Clinical Oncology*. Filadélfia: Lippincot. Williams's e Wilkins.

CASEIRO, José M. (2002). *Dor Irruptiva – Conceito, Controvérsias E Sua Abordagem, Terapêutica*. Lisboa: Ed. Permanyer

CASEIRO, José M. (2003). Editorial I – As vitórias da APED. *Dor*. 11, 2, p. 3.

CASTRO LOPES, José M. (2003). *Dor – 5º sinal vital*. Acedido em 12.02.11 em [http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/Dor\\_5\\_sinal.xml](http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/Dor_5_sinal.xml).

CASTRO LOPES, José M. – Fisiopatologia da Dor. In: CASEIRO, José M. (2003). *Biblioteca da Dor*. Lisboa: Ed. Permanyer

CAUNT, Helen (1993). Reduzindo O Impacte Psicológico Da Dor Pós-Operatória. *Nursing*. 71, 25-28.

CHAPMAN, R; GEVRIN, J. (1979). *Suffering: The Contributions of Persistent Pain*. Oxford: The Lancet.

CLEELAND, et al (1996). Dimensions of the Impact of Cancer Pain in a Four Country Sample: New Information from Multidimensional Scaling. *Pain*, 67, 267-273.

CURTISS, C. (2010). Challenges in pain assessment in cognitively intact and cognitively impaired older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 37, 7-16. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.

DALE, Fiona (1995). Dor No Pós-Operatório Do Doente Cirúrgico Programado. *Nursing*. 85, p.16-19

DECKER, S. (2009). Behavioral indicators of postoperative pain in older adults with delirium. *Clinical Nursing Research*, 18, 4, 336-347. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.

DEODATO, Sandra (2003). Cuidar o doente com Dor: uma breve reflexão. *Dor*. 11, 4. p. 29.

DINIZ, Alexandre et al (2001) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: *Direcção-Geral da Saúde*.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2003) Circular Normativa: *A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor*. Nº 09/DGCG.

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (2003). *Carta Dos Direitos Do Doente Internado*. Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 12 Janeiro de 2010 em: <http://www.dgs.pt/>

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2003). *A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor*. Circular Normativa nº9 DGCG

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa nº14 DGCG

DREYFUS, Hubert,L.; DREYFUS, Stuart, E.; BENNER, Patricia (1996). *Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skilful ethical comporment*. pág 258-279. In: BENNER, Patricia; TANNER, Christine A.; CHESLA, Catherine A (1996). *Expertise in Nursing practice, Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New York: Springer Publishing Company.

- FAULL, Christina; CARTER, Yvonne (2005). *Handbook of Palliative Care*. (2ª Edição). United Kingdom: Blackwell Publishing.
- FELDT, K. S. Improving Assessment And Treatment Of Pain In Cognitively Impaired In Nursing Home Residents. *Annals of Long Term Care*, vol.8, nº9, p.36-42.
- FELDT, K. S., RYDEN, M. B., & MILES, S. (1998). Treatment Of Pain In Cognitively Impaired Compared With Cognitively Intact Older Patients With Hip Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 9, p.1079-1085.
- FELDT, K. S. (2000). The Checklist Of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*. 1, 1, P.13-21.
- FERNANDES, Cristina (2004) – Projecto de Implementação da Avaliação da Dor como 5º Sinal Vital. Porto: Faculdade de Ciências. Dissertação de Mestrado
- FISHMAN, Scott; BALLANTYNE, Jane C. et al (2010). *Bonica's Management of Pain*. (4ª Edição). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- GEORGE, Júlia B. et al (2000). *Teorias De Enfermagem – Os Fundamentos À Prática Profissional*. (4ªedição). Porto Alegre: Art Med Editores.
- HERR, K. et al (2006). Pain Assessment In The Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. 7, 2, 44-56
- HERR, K. TITLER, M., SCHILLING, M., MARSH, J. L., XIE, X., ARDERY, G., et al. (2004). Evidence-Based Assessment Of Acute Pain In Older Adults: Current Nursing Practices And Perceived Barriers. *Clinical Journal of Pain*, 20, 5, 331-334.
- HERR, K., & GARAND, L. Assessment And Measurement Of Pain In Older Adults. (2001). *Clinics in Geriatric Medicine*. 17, 3, 457-478
- HERR, K., BJORO, K., & DECKER, S. (2004). A State-Of-The-Science Review Of Nonverbal Pain Assessment Tools For Use In Patients With Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 7, 3 P. 34-42.
- HERR, K., SPRATT, K., MOBILY, P., & RICHARDSON, G. (2004). Pain Intensity Assessment In Older Adults: Use Of Experimental Pain To Compare Psychometric Properties And Usability Of Selected Scales With Younger Adults. *Clinical Journal of Pain*. 20, 4, 207-219.
- HERR, K. (2010). Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 11, 2, S1-S10. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.
- HESBEEN, Walter. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- HORGAS, A. L., & TSAI, P. F. (1998). Analgesic Drug Prescription And Use In Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Nursing Research*. 47, 235-242.

- ISOLAN, Gustavo (2009). *Princípios de Cirurgia da Base do Crânio*. Porto Alegre: Academia Brasileira de Neurocirurgia. Dendrix.
- KAHAN, L; STEEVES, H. (1994). Witness To Suffering: Nursing Knowledge, Voice And Vision. In: *Nursing Outlook*. 42, 6. 296.
- KARKLIS, E.; FERREIRA G. (2002). A Dor: Uma Experiência Na História. *Sociedade Brasileira De Historia Da Medicina*. São Paulo. Acedido em 12 Janeiro de 2010 em [www.sbhm.org.br/](http://www.sbhm.org.br/)
- KAZANOWSKY, M.; LACETTI, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- LOFF, Ana – Relações Inter-Profissionais, In: PATRÃO NEVES, M. C.; PACHECO, Susana (2004). *Para uma Ética da Enfermagem – Desafios*. Coimbra: G. C. – Publicações, Lda.
- LORD, B. (2009). Paramedic assessment of pain in the cognitively impaired adult patient. *BMC Emergency Medicine*, 920. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.
- MANZ, B., MOSIER, R., NUSSER-GERLACH, M., BERGSTROM, N., & AGRAWAL, S. (2000). Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 1, 4, 106-115. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.
- MARTINS, Maria Madalena; TRAVANCA, Maria da Graça (2003). A Caminho Do Cuidar Em Enfermagem. Um Outro Olhar À Pessoa Com Dor. *Dor*. 11, 4, 23–28.
- McCAFFERY, Margo (1968). *Nursing practice theories related to cognitive, bodily pain and man-environmental interactions*. Los Angeles: UCLA Students Store
- MCINTYRE, T.M. (1994) Stress E Os Profissionais De Saúde: Os Que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*. 2, 3, 200
- MEIRELES, A. ALINGA, L. (1997). I Curso Intensivo de Tratamento da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal.
- MELZACK E.; LIEBESKING A. (1999) *Colloquium Paper: Terman. Proc. Natl. Acad. Sci. USA* recuperado em 11 de Julho de 2010 em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/)
- MORRISON, R. S., & SIU, A. L. (2000). A Comparison Of Pain And Its Treatment In Advanced Dementia And Cognitively Intact Patients With Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*. 19, 240-248.
- MORSE, J. (2001). Towards A Praxis Theory Of Suffering. *Advances In Nursing Science*. 24, 1. 59.
- NUNES, Lúcia – A Especificidade Da Enfermagem, In: PATRÃO NEVES, M. C.; PACHECO, Susana (2004). *Para uma Ética da Enfermagem – Desafios*. Coimbra: G. C. – Publicações, Lda.

HERR, K.; DECKER, S. (2004). Older Adults With Severe Cognitive Impairment: Assessment of Pain. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 12, 4, 46-52.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências Do Enfermeiro De Cuidados Gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código deontológico dos enfermeiros – anotações e comentários. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*.

P.A.I.N. (PAIN ASSOCIATES`INTERNATIONAL NETWORK) (2004). *P.A.I.N.I PORTUGAL - Dor Oncológica*. Funchal. Acedido em 12 Janeiro de 2010 em [http://www.grunenthal.pt/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=59000013](http://www.grunenthal.pt/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=59000013)

HERR K. et al. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *American Society for Pain Management Nursing*. 12, 2

PAULO, João (2006) – *As Vivências Da Dor E Do Sofrimento Na Pessoa Com Doença Oncológica Em Tratamento Paliativo*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação De Mestrado

PEARSON, A; VAUGHAN, B. (1992). *Modelos Para O Exercício De Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

PIMENTA C.; FERREIRA, K. – Dor No Doente Com Cancer. In: PIMENTA, C; MOTA, D.; CRUZ, D. (2006). – *Dor E Cuidados Paliativos – Enfermagem, Medicina E Psicologia*. Brasil: Editora Manole.

PIMENTA, C. et al (1997). Dor no doente com câncer: características e controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 43, 1, Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Acedido em 12 Janeiro de 2010 em [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_43/v01/artigo2\\_completo.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2_completo.html)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003). Direcção Geral da Saúde – *Circular Normativa n.º 09* Lisboa

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2001). Direcção Geral da Saúde – *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido em 12 Janeiro de 2010 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>;

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999). *Empatia e Respeito – Dimensões Centrais na Relação de Ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora.

RITTO, Ana Cristina; AMADO, Maria Lurdes (2000). *Guia Orientador De Enfermagem – O Doente Oncológico Com Dor Na Comunidade*. Lisboa: Instituto Português De Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional De Lisboa – Unidade Terapêutica da Dor.

SANTOS, João (2004). Um Olhar Sobre As Práticas... Das Pessoas E Das Suas Necessidades Em Saúde Aos Enfermeiros E O Respectivo Contributo Para A Satisfação Dessas Necessidades. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 14, 39-43.

SAXEY, Sue (1988). A Resposta Do Enfermeiro À Dor Pós-Operatória. *Nursing*. 7, 31-35.

- SCHERDER, E. J. A., SLAETS, J., DEIJEN, J. B., GORTER, Y., OOMS, M. E., RIBBE, M., et al. (2003). Pain Assessment In Patients With Possible Vascular Dementia. *Psychiatry*. 66, 2, 133-145.
- SCHULER, M., NJOO, N., HESTERMANN, M., OSTER, P., & HAUER, K. (2004). Acute And Chronic Pain In Geriatrics: Clinical Characteristics Of Pain And The Influence Of Cognition. *Pain Medicine*. 5, 3, 253-262.
- SCOPEL, Evânea et al (2007). Medidas de avaliação da Dor. *Revista Digital Buenos Aires*. 11, 105. recuperado em 11 de Julho de 2010 em: <http://www.efdeportes.com/>
- SILVA e BATOCA (2002) **In:** CREUTZBERG M, FUNCK L, KRUSE MHL, MANCIA JR (2004). *Enfermagem Hoje: Coragem De Experimentar Muitos Modos De Ser*. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília. recuperado em 11 de Julho de 2010 em: <http://bstorm.com.br/Enfermagem>.
- SNOW, A., & SHUSTER, J. (2006). Assessment and treatment of persistent pain in persons with cognitive and communicative impairment. *Journal Of Clinical Psychology*, 62, 11, 1379-1387. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.
- TENO, J. M., KABUNOTO, G., WETLE, T., ROY, J., & MOR, V. (2004). Daily Pain That Was Excruciating At Some Time In The Previous Week: Prevalence, Characteristics, And Outcomes In Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 5, 762-767.
- TENO, J., WEITZEN, S., WETLE, T., & MOR, V. (2001). Persistent Pain In Nursing Home Residents. *Journal Of The American Medical Association*, 285, 16, 2081.
- TULLI.P.C.A; PINHEIRO.C.S.; TEIXEIRA.Z. (2009). Dor Oncológica: Os Cuidados de Enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*.
- TWYXCROSS, R. (2003). Cancer Pain Syndromes. *Cancer Pain*. New York: Arnold Publishers
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2008). Circular Informativa. *Utilização Dos Medicamentos Opióides Fortes Na Dor Crónica Não Oncológica*. Nº: 09/DSCS/DPCD/DSQC.
- VAN IERSEL, T., TIMMERMAN, D., & MULLIE, A. (2006). Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *International Journal Of Palliative Nursing*, 12, 2, 54-59. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de EBSCO Masterfile database.
- WILSON, Peter R. et al (2008). *Chronic Pain. Clinical Pain Management*. (2ª Edição). Reino unido: Hodder Arnold.
- WON, A. B., LAPANE, K. L., VALLOW, S., SCHEIN, J., MORRIS, J. N., & LIPSITZ, L. A. (2004). Persistent Nonmalignant Pain And Analgesic Prescribing Patterns In Elderly Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52, 6, 867-874.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Cancer Pain Relief And Palliative Care* (2ª Edição). Genebra

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Cancer Pain Relief With A Guide To Opioid Availability*. (2ª Edição). Genebra

[www.apcp.com.pt/](http://www.apcp.com.pt/) - acedido a 11/07/2010

[www.aped.com](http://www.aped.com) – acedido a 12/07/2010

[www.cancer.org.sg](http://www.cancer.org.sg) - acedido a 11/07/2010

[www.iasp.pt](http://www.iasp.pt) - acedido a 11/07/2010

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org) - acedido a 12/07/2010

[www.nccn.org](http://www.nccn.org) – acedido a 11/07/2010

[www.nursingtimes.net](http://www.nursingtimes.net) – acedido a 12/07/2010

[www.oms.pt](http://www.oms.pt) – acedido a 05/12/10

[www.ons.org](http://www.ons.org) - acedido a 11/07/2010

[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) - acedido a 12/07/2010

ZÁRATE ORTIZ, E.; ORBEGOZO, A. (2004). El Dolor En Los Mayores E Intervención De Enfermería. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*. 39, 4, 57- 64.

# APÊNDICES

APÊNDICE I  
(Em Documento Anexo)

## APÊNDICE II

## **Reflexão Crítica – Estágio I – Neurocirurgia UCIN-HSJ**

Durante este Estágio tive o intuito de compreender a importância do impacto e avaliação da Dor no doente agudo neuro-oncológico e desenvolver competências que permitiram avaliar correctamente a Dor nestes doentes em contexto hospitalar, de modo a proporcionar o meu desenvolvimento e aquisição de competências na área do cuidar do doente do foro médico-cirúrgico.

Como ponto de partida, questionei-me acerca do meu exercício profissional integrada numa equipa multidisciplinar, e de como a minha prática e agir como enfermeira e pessoa, poderia influenciar a dinâmica e funcionamento do serviço onde decidi realizar o meu estágio.

O estágio espelhou todo um universo de conhecimentos desenvolvidos, demonstrando a sua flexibilidade de aplicação, motivada à prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para o cuidado de Enfermagem avançado ao doente.

O cuidado tem assim a ver, com a atenção. O cuidado significa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento (Hesbeen, 2000). Na relação de ajuda, promovi um ambiente favorável, onde o indivíduo sentisse tranquilidade e confiança para se expressar. A interacção com o doente caracterizou-se assim, não apenas por uma relação de poder, em que este é submetido aos meus cuidados, mas também por uma atitude de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos. E cuidar não é apenas tratar, como também dar atenção e reflectir. Os cuidados foram, portanto, prestados de forma humana e holística, e à luz desta abordagem integrada, não excluindo o cuidado emocional aos doentes, quando ambicionei cuidados de qualidade.

Ao longo do meu percurso profissional exerci funções na unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos do Hospital dos Capuchos, o que facilitou esta transição e o meu conhecimento acerca deste tipo de doentes e técnicas utilizadas. Hoje, motivada e consciente do meu constante crescimento, confrontei-me com uma realidade que me incentiva a um desempenho cada vez mais diferenciado para uma Enfermagem de qualidade.

A reflexão da prática profissional e do saber científico, visando a excelência do cuidar, surgem da consciência de que são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, actualizada e autónoma, permitindo fundamentar as minhas decisões. Assim, o estágio desenvolvido permitiu a flexibilidade necessária à realização do meu projecto individual, direccionado para a realização dos meus objectivos.

Ao integrar a equipa multidisciplinar de Neurocirurgia – UCI no HSJ, muitas são as vivências, que num crescendo me foram moldando e motivando para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas, éticas e culturais no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados que presto ao cliente/família no seu processo e gestão de doença.

Numa realidade de cuidados de Enfermagem prestados em Neurocirurgia, em ambiente de cuidados intensivos, é necessária uma vasta gama de conhecimentos e competências que, face à necessária celeridade e qualidade de cuidados, devem realizar-se numa cultura de segurança. Neste contexto foi possível determinar, na prática, as necessidades reais existentes numa abordagem global ao doente de forma de minorar riscos associados à prática.

As minhas expectativas e os meus grandes objectivos, tendo como base o doente nas suas vertentes bio/psico/sócio culturais, era poder prestar cuidados especializados de qualidade, tendo como intenção observar, avaliar, participar e intervir na Dor e seu tratamento, ao mesmo tempo que procurei relacionar aquilo que encontrei com a bibliografia científica que fui consultando no decorrer do estágio. Esperava que esta nova etapa do meu percurso académico me trouxesse inúmeras aprendizagens e que se revelasse uma experiência extremamente enriquecedora.

Nesta realidade, a cirurgia de urgência é bastante frequente. Estas ocorrências, originam na equipa, uma adaptação forçada face às necessidades do doente. A celeridade exigida, a destreza de actuação e a mobilização de conhecimentos, originam, de certo modo, situações de stress, advindo destas, a possibilidade acrescida de compromisso do controlo analgésico do doente.

Escolhi referir esta situação pelos sentimentos que senti quando vi esta doente e a sua família. Conheci esta doente durante a Licenciatura, era colega, era “das nossas”, e vê-la ali, deitada, sem reacção, como qualquer outro desconhecido a quem presto cuidados foi algo que me tocou. A família era muito presente e participativa na situação de doença e internamento.

A S.<sup>a</sup> A. O. Já tinha sido intervencionada cirurgicamente a um astrocitoma cerebral em 2009, mas foi a realizar um exame de controlo rotineiro que se visualizou uma hidrocefalia obstrutiva. Recorreu ao hospital da área de residência com o marido, já com alteração do estado de consciência, hemiparésia à direita, períodos de confusão, disartria e cefaleias persistentes, com Score 14 (4+4+6). Foi transferida para a UCIN-HSJ, onde foi intervencionada cirurgicamente, com colocação de drenagem ventricular externa. Durante o internamento houve pioria do seu estado geral, do estado de consciência e do seu estado motor, com alternância entre os Score 7/4 (1+1+5/2).

Relativamente à doente, nunca saberei até que ponto estará a ouvir, compreender a gravidade da situação, da perda das suas capacidades neurológicas, motoras e do aumento da sua dependência e da Dor que sente. Ao longo do tempo como o estado geral e neurológico se agravou, fui-me apoiando na linguagem não-verbal para podermos comunicar e continuar a estabelecer relação e fazer o ensino à família, pois apercebi-me que não falavam com ela nem sequer lhe tocavam, mantendo alguma distância entre o leito. Aproveitei então um dia em que a família mais próxima a foi visitar e após me terem perguntado acerca da sua situação clínica, encaminhei-os ao quarto da doente, acompanhando-os e aproximando-os da mesma, reiniciei a comunicação entre eles, tentando mostrar o modo de como falar com ela, pedindo que lhe tocassem no braço e mãos. Demonstrei como é importante manter-se perto do leito da doente, para que ela os sentisse perto.

O doente que está hospitalizado, e falo por experiência própria, começa a sentir-se incapaz e solitário, basta ficarmos doentes, longe de nossos familiares para nos lembrarmos como é importante sermos amados. Fica tão fragilizado que desconfia de todos os profissionais que estão envolvidos no tratamento, principalmente dos enfermeiros, que permanecem envolvidos no seu cuidado durante todo o tempo de hospitalização, ou o contrário, vê o enfermeiro como um amigo, um profissional com competências técnicas que o ajudará a recuperar e a superar esta fase difícil da sua vida.

Com esta doente, senti que, devido ao prolongar do seu internamento e agravamento do estado neurológico, se tornava cada vez mais difícil ter noção da Dor e desconforto que sentia e de como seria a melhor forma de a ajudar, já que o sentimento que me percorria era de incapacidade de auxílio a alguém que bem poderia ser eu.

Optei então por evidenciar o que para mim se tornaram ganhos do ponto de vista de conhecimento e desenvolvimento enquanto profissional. Após pesquisa e leituras variadas sobre as quais debrucei um olhar mais atento e desperto sobre alguns objectivos, através da leitura e reflexão, realizei uma síntese que refere a evolução da visão da problemática oncológica. Com esta leitura crítica e reflexiva julgo ter obtido e potenciado a minha noção de quão importante é o meu agir enquanto profissional e elemento social potencialmente influente do ponto de vista de sensibilização e apoio a um agir direccionado para a Prevenção, Apoio, Tratamento e Acompanhamento da Dor Oncológica.

Assim, iniciei a minha reflexão tendo como base o conceito de Dor à luz de alguns autores. Sendo a Dor uma realidade complexa e multidimensional que influencia a Pessoa na sua

totalidade, cabe-me a mim enquanto enfermeira olhar esta realidade contextualizando aos meus cuidados com base em conceitos inerentes como os de Cuidar, Saúde, Pessoa e Ambiente.

A importância da Dor, sua avaliação e tratamento, surge pelo facto desta ser um dos principais motivos da procura de cuidados de saúde por parte da população em geral.

A realidade profissional onde me situo, é uma área onde a prevalência e evidência de Dor pré e pós-cirúrgica é uma constante e onde impera a necessidade de uma abordagem global e multidisciplinar.

Por outro lado, a Dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Assim, a Dor, e em particular a Dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a Dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC).

Embora as iniciativas no serviço de Neurocirurgia - UCI mostrem preocupação e movimento para instituir a Dor como 5º sinal vital na instituição hospitalar, ela ainda não é prioridade de avaliação para os enfermeiros, pois o que observei frequentemente foi a prática corrente de um convívio quotidiano preocupado dos profissionais de saúde com a Dor do outro, mas com falhas na avaliação, seja por não ter sido efectuada ou quer tenha por erro na sua avaliação, resultando na fraca identificação e tratamento. A equipa de Enfermagem é quem, pela maior proximidade com o doente, identifica, avalia e notifica a Dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, prescreve algumas medidas não-farmacológicas e avalia a analgesia. Ou seja, na prática, é quem organiza e gere a Dor.

Visando esta avaliação tive em consideração determinados aspectos, que poderão influenciar ainda que indirectamente a avaliação da Dor, relativos ao meu próprio contexto, isto é, à forma como eu própria vejo a Dor, as minhas representações e vivências pessoais, e o contexto da profissão.

Dai que para mim, a avaliação da Dor nestes doentes com alterações cognitivas e comunicacionais seja fundamental. Era notória a fâcias de Dor que por exemplo, a doente fazia à mobilização ou em repouso quando deixava cair uma lágrima... que por vezes não foi tratada.

Contudo, *deveríamos*, como enfermeiros, abster-nos de admirar a tolerância à Dor porque podemos estar a negar ao doente o direito de não a tolerar (McCaffery, 1983, citada por Caunt,

1993). Os enfermeiros devem clarificar os seus conceitos pessoais de Dor, para evitar que os apliquem aos outros. Segundo Saxey (1988), as crenças dos enfermeiros a respeito da Dor e do seu alívio afectam as suas interpretações sobre a prescrição da terapêutica, reflectindo um modelo pessoal de administração de analgesia. Por exemplo, a minha percepção e expectativas acerca do alívio que os analgésicos deveriam trazer ao doente, quer através da minha experiência pessoal de Dor, da Dor de outros e de administração de analgésicos, poderão influenciar o modo como irei avaliar a Dor dos doentes.

Tentei ainda evitar uma resposta rotineira à Dor, que pode ser imposta pelo próprio contexto da profissão e do serviço. Tomei também consciência de alguns mitos ou ideias pré-concebidas que poderia ter acerca desta temática, inculcados pela própria sociedade, de modo a exercer o importante papel que o enfermeiro tem no combate à Dor de forma mais correcta. Tentei explicar à família e também aos colegas acerca da necessidade de existir uma avaliação da Dor mais adequada a estes doentes, ensinando-os a interpretar a Dor e desconforto, através da sua expressão facial e corporal e, ainda pelas manifestações fisiológicas como rubor, sudorese, tremores, palidez, etc.

Realmente, o papel desempenhado pelo enfermeiro, como profissional de saúde, é extremamente importante neste sentido, sendo ele quem passa mais tempo com o doente, pelo que deve ter um papel activo (Dale, 1995). A reacção do profissional de saúde à Dor e sofrimento do seu semelhante tem de ser destituída de preconceitos, inteligente e enraizada num princípio básico de aceitação e crença no doente (Raiman, 1988).

Tentei avaliar a Dor de forma relativamente constante. Tive em consideração tanto dados subjectivos como objectivos. Porém, segundo estudos realizados 69% dos enfermeiros escolhe, actualmente, os métodos não verbais como sendo o critério mais indicativo da Dor, como por exemplo, sinais fisiológicos.

A comunicação é essencial para todos os momentos da nossa existência e especialmente para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal enfermeiro – doente – família adequado. A comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objectiva o cuidado, e através desta favorecer a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada. Este assunto é considerado como parte fundamental do meu exercício profissional, para que possa garantir o êxito dos procedimentos técnicos e comunicacionais e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem.

É da maior importância que trabalhe com o doente e família para que juntos possamos reconhecer, esclarecer e definir problemas existenciais.

Estes dados são relevantes, uma vez que vão influenciar a resposta comportamental do indivíduo face à Dor. A Dor e o sofrimento, tal como acontece com a alegria e a felicidade, são termos abstractos complexos que dizem respeito a muitas respostas diferentes, específicas de cada indivíduo (Raiman, 1988, p.41).

A intervenção profissional face ao indivíduo com Dor é de extrema importância, na medida em que, ela própria, interfere com a satisfação de necessidades. A Dor é um problema prioritário a tratar, no planeamento de cuidados. Independentemente da sua intensidade, a Dor não aliviada pode tornar-se uma preocupação de tal forma monopolizadora, que toda a atenção da pessoa é direccionada para o seu alívio. Assim, sendo cada indivíduo singular, com manifestações de Dor únicas, o planeamento de cuidados para aquela pessoa em concreto revelou-se indispensável à concretização das metas propostas. Reconhece-se, assim, ser uma prioridade que, os doentes tenham acesso a um maior alívio da Dor (Diniz et al, 2001).

Segundo um estudo realizado, os enfermeiros acreditam que o alívio da Dor promove a recuperação do doente, logo, seria razoável esperar que isso fosse prioritário nos cuidados de Enfermagem prestados. Porém, na minha prestação de cuidados tentei evidenciar como objectivos fundamentais, tendo em consideração o diagnóstico de Enfermagem relativo à Dor, mencionado anteriormente: Eliminar ou reduzir ao máximo os estímulos dolorosos, aliviar e, se possível, eliminar a Dor.

Hunt et al (1977), citados por Raiman (1988), verificaram, em estudos realizados, que os enfermeiros tinham tendência para sobrevalorizar o alívio fornecido pelos analgésicos. Um outro estudo efectuado (Saxey, 1988) revela que somente um pequeno número de enfermeiros mencionou intervenções como distração, calor, frio e massagem, dando maior importância à administração de fármacos. Pessoalmente, tentei não demonstrar esta tendência e utilizei também formas não farmacológicas, que complementavam a própria terapêutica farmacológica, no combate à Dor, como a massagem e redução da luminosidade do quarto. A massagem induz o relaxamento e reduz a Dor. Escolhi-a tendo em consideração os efeitos descritos, que correspondiam aos objectivos inicialmente planeados: Redução da Dor; diminuição da ansiedade; aumento do relaxamento; aumento do bem-estar e promoção de confiança. Além disso, trata-se de uma técnica que pode ser utilizada livremente, sem ter que proceder à aquisição de materiais que o serviço não possuía.

A família também fica ansiosa com a percepção de Dor. Assim, demonstrei uma atitude de disponibilidade também para com a família, ouvindo-os, dando-lhes o meu apoio e os esclarecimentos necessários e possíveis. Assim, face a todos os cuidados prestados, farmacológicos e não farmacológicos relativos ao problema de Dor, foi reduzida e até mesmo, em algumas ocasiões, eliminada. As avaliações da Dor pós actuação dos fármacos e técnicas complementares descritas apontaram nesse sentido.

Estes tipos de tumores têm repercussões sociais, laborais e familiares muito grandes. Os doentes neuro-oncológicos, para além de terem de lidar com as alterações na aparência física decorrentes da doença, têm também de lidar com todas as alterações que ela implica no padrão de vida, tendo em conta a natureza complexa das regiões anatómicas afectadas e a sua proximidade com várias estruturas vitais. O tratamento destas neoplasias inclui frequentemente abordagens agressivas, que levam por vezes a sequelas irreversíveis, implicando efeitos devastadores a nível físico e psicológico.

Penso que, nós enfermeiros, ao focarmos a atenção nas rotinas e nos procedimentos técnicos, deixamos de perceber importantes necessidades dos doentes – sentimentos, anseios, dúvidas, a Dor – e, conseqüentemente, deixamos de prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua a dimensão emocional, especialmente no âmbito da doença crónica, devido ao medo da morte, à ansiedade do enfermeiro sobre a capacidade de o doente enfrentar a doença, à falta de tempo, à falta de formação, e à ansiedade sobre as consequências negativas para os doentes. Para prestarmos um cuidado emocional de qualidade, é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar atencioso, tocar e confortar os nossos doentes, recuperando a sua auto-estima, pois tocar, olhar e ouvir são gestos e comportamentos que contribuem para gerar sentimentos de segurança e protecção. Segundo Montagu (1998), o toque desenvolve vantagens evidentes em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico.

Considero que a avaliação e tratamento da Dor ao doente se fazem de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do mesmo, mas da sua família. Essa sistematização do cuidado deve estar registada, de forma a proporcionar uma comunicação efectiva entre os enfermeiros e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao doente, contribuindo para melhores cuidados. Vejo o doente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-social-espiritual e emocional, que se encontra fragilizado pela doença. Nessa perspectiva, espero que esta reflexão seja mais um passo para a realização de muitas outras, além de estudos mais detalhados que contemplem o cuidado emocional em Enfermagem aos

diferentes tipos de doentes e situações, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Este ponto de partida exige um elevado nível de sensibilidade às manifestações não-verbais do doente, que permita ao enfermeiro interpretar as suas necessidades individuais.

Só assim conseguirei obter alguma ressonância à nossa acção, além de permitir oferecer um cuidado realmente direccionado, que ajude a diminuir o sofrimento presente no convívio com a doença. A experiência de trabalhar com doentes oncológicos leva-me ainda a reflectir sobre a melhor maneira de ajudar o ser humano incapacitado de comunicar. Nestes casos, a comunicação não-verbal – postura, expressões faciais, gestos, aparência e contacto corporal – assume uma importância extrema, funcionando como um instrumento ao serviço da equipa de Enfermagem na aproximação a questões importantes e íntimas não verbalizadas.

Tal como disse anteriormente, adaptei aquilo que aprendi em novas situações de comunicação que com certeza me vão pôr à prova na minha relação com os meus doentes e as suas famílias, cometendo erros, mas aprendendo com eles e melhorando a minha técnica relacional e comunicacional, para compreendê-los como um todo.

A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de Enfermagem que vislumbra um cuidado de qualidade, colaborando para a promoção do cuidado emocional. A comunicação que ocorre entre enfermeiro - doente – família deve proceder-se de forma objectiva e clara, baseada na empatia e no respeito constante à pessoa que necessita de cuidados por parte do enfermeiro. Dá-se por base na comunicação de quem cuida e de quem é cuidado, aproximando-os de forma que o enfermeiro possa compreender a experiência do doente tendo uma visão holística acerca do cuidado no processo saúde - doença.

A comunicação é essencial para todos os momentos da nossa existência e especialmente para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal enfermeiro – doente – família adequado. A comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objectiva o cuidado, e através desta favorecer a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada. Este assunto é considerado como parte fundamental do meu exercício profissional, para que possa garantir o êxito dos procedimentos técnicos e comunicacionais e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem.

Acredito que a Enfermagem é um processo de educação contínua que visa um desenvolvimento e um crescimento, o que conseqüentemente leva a um cuidado mais aperfeiçoado.

## APÊNDICE III

## **Reflexão Crítica II – Clínica de Dor – IPO Lisboa**

Este Estágio foi de grande importância, na medida em que abordei o indivíduo oncológico com Dor de forma holística, de uma forma sob a qual nunca tinha avaliado, em ambulatório. Tive oportunidade de conhecer as questões aplicadas neste serviço, aprender a dar boas respostas à diversidade de situações com que me deparei e irei deparar no futuro. Igualmente é importante este conhecimento para a compreensão progressiva da complexidade inerente às diferentes situações de Dor e também para a minha própria capacidade de lidar com este tipo de situações, conjugando saberes já obtidos anteriormente com os que vou adquirindo/desenvolvendo dia-a-dia.

O objectivo da Clínica é apoiar em termos de diagnóstico e terapêutica, doentes portadores de Dor crónica, em particular oncológica, da instituição ou a ela referenciada; estabelecer protocolos de actuação no alívio da Dor nas vertentes físicas, psíquicas e comportamental; assegurar e incentivar o ensino na área da Dor a todos os profissionais interessados.

A ênfase dada na Clínica para a importância dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades desta assistência que deve actuar para além do controle de sintomas físicos, valorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto das suas acções segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios doentes.

A Dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para doentes oncológicos em progressão. Nalgum momento da evolução da doença, a grande parte dos doentes experienciam Dor. Acredito que devemos desenvolver e divulgar rotinas multidisciplinares para assegurar que o alívio da Dor é possível na maioria dos casos. A adequada preparação da equipa é uma estratégia fundamental para o controle da Dor e sintomas prevalentes em doentes oncológicos. É condição imprescindível que os profissionais de saúde saibam como controlar a Dor destes doentes, que reajam contra mitos e preconceitos principalmente sobre as terapêuticas disponíveis e que se mantenham actualizados.

Este Ensino Clínico, trouxe-me inúmeras experiências de aprendizagem com os doentes e apesar de poder referir qualquer uma delas por ser única, optei por referir uma situação de uma doente que me marcou, por pessoalmente ter sentido que partilhávamos uma história de doença semelhante.

A Sr.<sup>a</sup> A. S. é uma doente de 29 anos, solteira, sem filhos, diagnosticada com tumor da tiróide, submetida a Tiroidectomia Total em 2008. Actualmente metastizada a nível traqueal, esofágico e pulmonar, recusou radioterapia paliativa. Seguida em Consulta de Dor no IPO desde a cirurgia por Dor cervical anterior com irradiação para a região mandibular e temporal à direita. Tem família presente, principalmente a mãe e o irmão, que a acompanham às consultas e a ajudam no domicílio.

Foi da maior importância trabalhar com a doente e sua família. Porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções, que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia (Hesbeen, 2000).

Ao cuidar desta doente, utilizei todos os meus sentidos para desenvolver uma visão global do processo, observando sistematicamente o ambiente, a relação com a família e os doentes com o intuito de promover melhor e mais seguros cuidados.

Penso que o enfermeiro durante a sua vivência do cuidar, experiencia sentimentos e emoções com implicações nos cuidados. Esta ideia é corroborada por Honoré (2004), quando refere que o sentimento é inerente ao cuidado.

Durante a entrevista, em que pedi à doente para descrever como se sentia, constatei algumas dificuldades, por parte dela em explicitar verbalmente a forma como se sentia, sendo necessário incentivá-la a partilhar esta vivência. Os sentimentos e emoções partilhadas por mim evidenciam sentimentos e reacções emocionais de mal-estar, manifestando o meu pesar através da tristeza, da pena e da mágoa experienciada. As causas da tristeza, penso que as aponto para a associação ao cuidar de pessoas jovens, ao diagnóstico reservado e à situação de perda permanente.

A pena foi outra forma que encontrei para expressar a minha tristeza em relação à doente, pois considero a pena um olhar para o passado, que nos levou ao mal, que se queria que não tivesse acontecido, senti pena da pessoa cuidada, transpondo-me para a sua situação, pela qual também passei, mas que, felizmente, no meu caso não tive diagnóstico positivo para doença oncológica aos 26 anos como ela.

A pena e a revolta sentida, realça o sofrimento que experienciei, face à Dor e à inevitabilidade da morte. A mágoa foi um sentimento que esteve presente durante o cuidar.

Para Strongman (1998), a angústia é vivenciada pelos enfermeiros quando cuidam. Esta emoção desempenha um papel muito importante na comunicação, tanto no indivíduo consigo próprio, através da tristeza, mal-estar e sentimentos de incapacidade, que se acompanham a agir de forma a modificar o que não estiver bem. As experiências emocionais que vivi caracterizam-se pelo conjunto de sentimentos e emoções experimentadas.

A revolta é expressa de uma forma directa, é um sentimento que advém da emoção de indignação, é uma emoção social que está ligada à impotência. Expressei a revolta sentida durante o cuidar, mostrando a minha indignação e impotência perante a doente com Dor e doença oncológica em fim de vida. Também o facto de cuidar de pessoas jovens, constitui uma dificuldade no meu cuidar. A revolta sentida pode ser explicada pelo facto de me identificar com a doente, transpondo muitas vezes a realidade desta para um nível pessoal. O medo foi experienciado, constituindo uma reacção emocional, quando transpus a minha prática para o plano pessoal, identificando-me com ela, antecipando a vivência da morte.

Perante a Dor e a doença oncológica em fase terminal, experienciei ainda sentimentos de impotência. A impotência é uma consciência, na medida em que, de acordo com Damásio (2003), os enfermeiros relevam impotência demonstrando a sua incapacidade de dar resposta em determinados momentos, assumindo que nada podem fazer para os modificar, de forma a evitá-los. Experienciei sentimentos de impotência, porque me sentia incapaz perante a inevitabilidade da morte, não sabendo o que fazer.

Durante a prática de cuidar, experienciei ainda a frustração, quando fui impedida de atingir os objectivos desejados. A incapacidade de dar à pessoa doente aquilo que ela necessita, nomeadamente, proporcionar-lhe o controlo da sua Dor, conduziu à vivência de estados emocionais negativos, como a frustração.

O sucesso no tratamento da Dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de Dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da Dor irá actuar como uma linha de base para o julgamento das intervenções subsequentes. A natureza pluridimensional da Dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende uma acção nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente. Negociação e planeamento são vitais no processo e requerem boa comunicação da equipa de saúde entre si, com os doentes e suas famílias: Os enfermeiros são os profissionais que mais frequentemente avaliam a Dor - Avaliam a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais; Colaboram na reorganização do

esquema analgésico e propõem estratégias não farmacológicas; Auxiliam no ajuste de atitudes e expectativas sobre os tratamentos, preparam os doentes e treinam cuidadores para a alta hospitalar.

Sendo a Enfermagem uma profissão essencialmente relacional, revestiu-se de uma grande importância, pois com esta doente, procedi de forma objectiva e clara, baseada na empatia e no respeito constante à pessoa que necessita de cuidados por parte do enfermeiro, com a qual me senti muito próxima.

O incómodo causado pelo prolongar do sofrimento do doente, foi um modo de sentir o sofrimento. A ligação estabelecida com a doente e sua família conduziu também à vivência do sofrimento e o causado pela eminência da morte. Considero que tive consciência do sofrimento vivenciado pela doente, que adveio não só do processo evolutivo da doença, mas também do facto da Dor não estar controlada.

O facto de ter assumido que os doentes sofrem, conduziu a um processo de consciencialização do meu próprio sofrimento. Esta tomada de consciência revelou-se fundamental, conduzindo a um processo adaptativo, que resulta da emoção. Esta ideia é reforçada por Damásio (2001), quando refere que o processo simples de sentir começa por dar ao organismo o incentivo, de forma a ocupar-se dos resultados da emoção, ou seja, o sofrimento começa pelos sentimentos, quando que seja realçado pelo conhecer e pela tomada de decisão e consciência desse sofrimento. Segundo Neto (2004) realça que o que importa realmente é, sentimo-nos tranquilos e não ameaçados pelo sofrimento do outro, o que pressupõe alguma maturidade. Para a autora, somos todos “cuidadores feridos”, transportando os nossos medos, as nossas dores e as nossas perdas. Nesse sentido, é necessário assumir verdadeiramente a fragilidade da nossa condição humana e os nossos limites para, como profissionais, colocarmos o melhor de nós ao serviço das pessoas doentes e das famílias, que necessitam.

Do exposto apreendo que a experiência do cuidar, tem implicações na forma como os enfermeiros vivenciam os sentimentos e emoções, tendo estas implicações nos cuidados.

Neste sentido tenho a possibilidade de ajudar a doente, conduzindo-me à satisfação profissional. A Dor e a doença em final de vida conduzem à degradação física e psíquica da pessoa e conseqüentemente, à proximidade da morte, levando-me a experienciar sentimentos e emoções negativos. A tristeza, a revolta e a impotência experienciada traduzem sentimentos e emoções negativos que provocam mal-estar, podendo estes factos explicar a aversão sentida.

Durante a entrevista, experienciei dificuldades, que se prenderam com a precocidade etária da doença, com a inexperiência, com o estado de consciência da doente, com a identificação de uma vivência penosa e com a avaliação da Dor da doente. Partindo do princípio de que a Dor é única e por isso, desde logo subjectiva, a sua avaliação constitui à partida uma dificuldade para os profissionais de saúde.

Durante o cuidar, experienciei dificuldades, sentimentos e emoções, que me provocam sofrimento, neste sentido, para ultrapassar as dificuldades sentidas e o sofrimento, utilizo estratégias de alívio recorrendo a redes de apoio que passam pela partilha com os pares, partilha com a família e ainda pela informação científica e técnica. Tenho também competências internas, como a reflexão, o desvio do pensamento, arranjar outras ocupações, os cuidados à família e a distração/actividades de lazer. Adoptar mecanismos de defesa como forma de alívio, que são o distanciamento da interacção e o desapego emocional, são dos que mais utilizo.

A satisfação, que surge durante o cuidar, é vivida igualmente por mim. Do exposto, agora, ao ler aquilo que senti na altura, pude verificar que durante o cuidar, vivenciei também emoções de satisfação, que se traduz numa sensação de bem-estar, quando consegui satisfazer as necessidades e o alívio da dor da doente.

## APÊNDICE IV

## **Reflexão Crítica – Equipa de Suporte Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do IPO-Lisboa**

A Medicina paliativa, já reconhecida como especialidade em alguns países, visa tratar doentes com doença activa e prognóstico reservado desviando o foco de suas atenções da cura para a qualidade de vida. O cuidado a doentes com doença oncológica avançada, que não encontram resposta curativa com os tratamentos tradicionais, iniciou o caminho da especialização há cerca de 40 anos. Ao focar a diversidade das necessidades destes doentes, contemplar os benefícios da multidisciplinaridade para o êxito dos objectivos e incluir os familiares na problemática da doença avançada, moldou-se o futuro do que conhecemos hoje por Cuidados Paliativos. Para a Organização Mundial da Saúde, Cuidado Paliativo é: “O cuidado total e activo de doentes cuja doença não é mais respondida ao tratamento curativo. São da maior importância: O controlo da Dor e outros sintomas, como também os psicológicos, espirituais e sociais” WHO 1990.

A magnitude dos termos “cuidado total e activo” dão a exacta dimensão da visão ideal sobre cuidados paliativos. Cuidado no sentido mais amplo possível, considerando as necessidades destes doentes em todos os seus aspectos e activo, no sentido do afastamento da passividade e conformismo em direcção a investimentos pelo aprimoramento e qualificação da assistência. A ênfase na importância dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades desta assistência que deve actuar para além do controle de sintomas físicos, priorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto de suas acções segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios doentes.

Trouxe uma situação para descrever como reflexão crítica, uma situação que se depreende com o objectivo deste relatório.

A Sr.<sup>a</sup>. D.S. era uma doente de 65 anos, com doença neoplásica oculta, com queixas de Dor a nível oral e odinofagia muito intensas, que a faziam respirar somente pelo nariz, fazendo inspirações e expirações muito lentamente, pois o ar ao passar provocava-lhe Dor intensa. A doente recusava-se a falar e a abrir a cavidade oral pela Dor, apresentava-se maioritariamente com os olhos encerrados, com a mão a cobrir a boca e nariz, prostrada, em posição fetal, com fâcias nítido de Dor.

A Dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para doentes com doença oncológica em progressão e pude observar como a equipa de suporte intra-hospitalar se empenha em aumentar a qualidade de vida restante de doentes e familiares que lutam com uma

doença mortal. A adequada preparação da equipa é estratégia fundamental para o controlo da Dor e sintomas prevalentes em doentes oncológicos sob cuidados paliativos.

É condição imprescindível para mim saber como controlar a Dor de doentes oncológicos avançados, para poder reagir contra mitos e conceitos principalmente sobre as terapêuticas disponíveis e me manter actualizada. Sei agora que, o sucesso no tratamento da Dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de Dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da Dor irá actuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes.

“O cuidado é o fermento da vida, ou seja, algo necessário à vida, algo indispensável ao mundo para que ele seja um mundo autêntico no qual possa existir humanidade, onde esta se desenvolverá e encontrará um futuro perene” (Hesbeen, 2003).

A avaliação da Dor é uma dificuldade sentida no meu cuidar, que aumenta quando cuido de doentes, que não verbalizam. Esta ideia é reforçada por Pereira (2006), quando refere que a Dor pode ser difícil de avaliar em doentes que apresentem um grau significativo de deficit cognitivo e/ou alterações de consciência.

Pude verificar que, apesar da disponibilidade dos instrumentos de avaliação da Dor, estes nem sempre são usados ou, por vezes usados correctamente. Por um lado, alguns enfermeiros confiam nos sinais fisiológicos, como a alteração de sinais vitais e aspecto do doente. Por outro lado, há enfermeiros que talvez contem com a comunicação verbal, o que poderá ser bastante subjectivo, já que estará sujeito a diferentes interpretações, ou até por vezes, por confusão e desorientação mental dos doentes, acabam por não utilizar nenhuma das escalas, o que revestiu a minha lista de competências de uma importância primordial, pois a experiência leva-me ainda a reflectir sobre a melhor maneira de colaborar com o ser humano incapacitado de comunicar, exprimir a sua Dor.

Avaliei vários tipos de Dor ao longo do ensino clínico, desta forma, colhi determinados dados subjectivos a doentes conscientes e orientados, bem como a doentes com alteração da consciência, pedindo que me descrevessem a sua Dor, tendo o cuidado de a validar, por vezes quantificá-la, tendo em conta as suas experiências, personalidade, idade e ansiedade. Mas neste caso, esta doente muito prostrada, com recusa na auto-avaliação da Dor pelas escalas institucionalizadas pelo IPO, leva-me a ter a certeza que existe a necessidade de aposta em escalas comportamentais de heteroavaliação, pois nesta doente teriam sido extremamente úteis.

Assim, os sentimentos e as emoções que senti no meu cuidar com esta doente foram: a tristeza, a pena, a mágoa, a revolta, o medo, a impotência, a frustração e o sofrimento.

A revolta que senti não foi só relativamente a toda a situação de doença da doente mas também com o serviço em si e com as instituições, que ao terem uma doente que não consegue verbalizar pela Dor que sente, e que por isso não a consegue quantificar, a medicação de resgate não lhe seja fornecida. Penso que esta situação deve demonstrar um pouco daquilo que se deve passar por todas as instituições do país, o que me faz pensar na importância que este tipo de escalas têm e a necessidade de serem implementadas, para que todos nós, que são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os doentes, as possam ter como referência de avaliação e possam prestar o melhor cuidado e tratamento analgésico que lhes seja possível, evitando-se tamanho sofrimento.

Durante a prática do cuidar, lidei no dia-a-dia com interrogações, inquietações e até com o sofrimento do doente e seus familiares. Penso que, ao focarmos a atenção nas rotinas e nos procedimentos técnicos, deixamos de perceber importantes necessidades dos doentes – sentimentos, anseios, dúvidas – e, conseqüentemente, deixamos de prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua a dimensão emocional, especialmente no âmbito da doença crónica, devido ao medo da morte, à ansiedade do enfermeiro sobre a capacidade de o doente enfrentar a doença, à falta de tempo, à falta formação para lidar com estes casos, e à ansiedade sobre as conseqüências negativas para os doentes.

Para prestar um cuidado emocional de qualidade, sei agora, tendo como experiência os outros locais de estágio, o quão importante e necessário foi ter-me tornado boa ouvinte, consegui expressar um olhar atencioso, tocar e confortar a doente, ajudando a recuperar a sua auto-estima, pois tocar, olhar e ouvir são gestos e comportamentos que contribuem para gerar sentimentos de segurança e protecção. Segundo Montagu (1998), o toque desenvolve vantagens evidentes em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico.

Na minha opinião, todo este processo decorreu de forma positiva, consegui alcançar aquele que era o meu objectivo, utilizando algumas das técnicas da comunicação verbal e não verbal. Penso que, devido à minha inexperiência neste tipo de situações, havia muitos aspectos que poderia ou deveria ter feito de maneira diferente e até poderiam ter sido mais facilitadores de todo o processo. No entanto, senti que fiz a diferença e senti-me feliz, pois apesar de ter consciência de que poderia não ter sido a melhor abordagem, tive um excelente feedback da

relação que estabeleci e do tipo de comunicação de que fui parte integrante, participativa e facilitadora para esta doente.

Para que os cuidados fossem humanizados, integrais e individualizados tentei conhecer os sentimentos, vontades e necessidades da doente e para uma melhor qualidade dos serviços de saúde, foi vital conhecer não só a percepção da doente mas também a da família. Assim senti-me sensibilizada para disponibilizar um conjunto de cuidados que acompanhou tanto as minhas como também as expectativas da doente e da sua família, diminuindo o peso do stress e da ansiedade no processo do tratamento.

Considero que o cuidado emocional ao doente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, bem como, da sua família. Essa sistematização do cuidado deve estar registada, de forma a proporcionar uma comunicação efectiva entre mim e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao doente, contribuindo para melhores cuidados. Observei o doente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-social-espiritual e emocional, que se encontra fragilizado pela doença. Porém, essa pessoa ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado, e os estive sensibilizada para perceber essa individualidade e as necessidades de cada um. Nessa perspectiva, espero que esta reflexão seja mais um passo para a realização de muitas outras, além de estudos mais detalhados que contemplem o cuidado emocional em enfermagem aos diferentes tipos de doentes e situações, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em cuidados paliativos, a prática solitária de acompanhamento de doentes em fim de vida é difícil. A morte e sofrimento são acontecimentos desgastantes, a presença constante de degradação e do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, provocou-me sentimentos de frustração, que, em algumas situações se manifestou por uma presença mais curta junto do doente, por menos diálogo e pelo limitar dos cuidados ao mínimo indispensável. Da análise dos sentimentos e emoções que vivenciei surgiu-me o sofrimento, de uma doença grave, que alerta a vida e as relações de uma pessoa, uma exclusão forçada do quotidiano, o esforço para aguentar, querer amar e ser amada, Dor crónica e aguda, angústia e obstrução do amor nas relações.

A natureza pluridimensional da Dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende uma acção nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais da doente. A negociação e planeamento foram vitais no processo e requereram uma boa comunicação da equipa de saúde entre si e com os doentes e seus cuidadores.

A adequada preparação ao longo dos estágios foi uma estratégia fundamental para o controlo da Dor e sintomas prevalentes em doentes oncológicos sob cuidados paliativos. Os enfermeiros são dos profissionais que mais frequentemente avaliam a Dor. Avaliei a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais. Colaborei na reorganização do esquema analgésico e propus estratégias não farmacológicas. Auxiliei no ajuste de atitudes e expectativas sobre os tratamentos, preparei a doente e treinei cuidadores familiares para a alta hospitalar, abordando as possibilidades de tratamento da Dor adequado aos recursos disponíveis.

Considero, portanto, que a promoção de um cuidado holístico que integre as necessidades bio-psico-sócio espirituais e emocionais passa pela eficácia do processo comunicativo entre mim e a doente. Todavia também entendo que o processo é dinâmico e que, para haver comunicação, a expressão verbal ou não-verbal, tem de ser percebida dentro do universo de significação comum. Caso assim não aconteça, inviabiliza o processo comunicativo e, conseqüentemente, compromete os cuidados oferecidos. Para otimizar os cuidados integrados, a equipa de enfermagem estabeleceu estratégias de cuidados para atingir os seus objectivos e assim, a formação para o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação assumiu grande relevância.

Segundo Wright e Leahey (2002) “a Enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de Enfermagem”.

Só assim conseguirei obter alguma ressonância, além de me permitir oferecer um cuidado realmente direccionado, que ajude a diminuir o sofrimento presente no convívio com a doença. A experiência de trabalhar com doentes crónicos leva-me ainda a reflectir sobre a melhor maneira de colaborar com o ser humano incapacitado de comunicar. Nestes casos, a comunicação não-verbal assume uma importância extrema, funcionando como um instrumento ao serviço da equipa de enfermagem na aproximação a questões importantes e íntimas não verbalizadas.

Tal como disse anteriormente, vou tentar adaptar aquilo que aprendi em novas situações de comunicação que com certeza me vão pôr à prova na minha relação com os meus doentes e as suas famílias, cometendo erros, mas aprendendo com eles e melhorando a minha técnica relacional e comunicacional, para compreendê-los como um todo.

A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de Enfermagem que vislumbra um cuidado de qualidade, colaborando para a promoção do cuidado emocional. A comunicação que ocorre entre enfermeiro - doente – família deve proceder-se de forma objectiva e clara, baseada na empatia e no respeito constante à pessoa que necessita de cuidados por parte do enfermeiro.

Dá-se por base na comunicação de quem cuida e de quem é cuidado, aproximando-os de forma que possa compreender a experiência do doente tendo uma visão holística acerca do cuidado no processo saúde - doença. Posso usar a comunicação para conseguir estabelecer um relacionamento empático com o doente, a fim de lhe oferecer apoio, conforto e informação, e despertar o seu sentimento de confiança e auto estima, bem como lhe ensinar modos mais adequados de comunicação. No entanto, o maior medo enfrentado pelos doentes é que sofram no decurso da progressão da doença, por isso irei desenvolver e divulgar rotinas multidisciplinares para assegurar que o alívio da Dor é possível na maioria dos casos.

Na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados. Todos os aspectos sobre a “Dor Total”, são agora muito claros para mim. Muitos doentes oncológicos avançados sofrem de mais de um tipo de Dor e o tratamento adequado vai depender da identificação de sua origem. As abordagens anti-álgicas terapêuticas devem considerar as possibilidades de vida útil, as expectativas e qualidade de vida dos doentes, sem contudo limitar os recursos existentes ou submetê-los a critérios pessoais.

O processo de decisão do tratamento analgésico, inicia-se com a unificação dos conhecimentos actualizados da equipa. As decisões são precedidas pela avaliação da Dor, e preferencialmente pela escolha de intervenções múltiplas para a garantia de maior êxito.

Para isso, além de conhecimentos uniformes, a padronização de terapêuticas, termos e métodos são institucionalizados, a escolha dos agentes farmacológicos, titulação, prescrição regular, doses de resgate são a sequência lógica e necessária. Mas, sendo esse um processo necessariamente contínuo, a mais importante decisão em analgesia é a reavaliação contínua, daí que as visitas aos doentes institucionalizados sejam diárias, para prever, antecipar e minorar qualquer tipo de queixa do doente, considerando-se a alternância previsível dos sintomas, que em Cuidados Paliativos se dá muito rapidamente e não raro, intensamente, como pude observar com esta doente.

A observação contínua e atenta às respostas, novas queixas e aos detalhes é que garantem o controlo do processo analgésico, permitindo ajustes de doses, associação de agentes e adequação das doses de resgate e o controle analgésico.

No caso desta doente, a sua dor tornou-se tão forte que a opção de sedação lhe foi proporcionada, pois, os seus sintomas não estavam a conseguir ser adequadamente controlados com analgésicos ou outras medicações, e quando o sofrimento existencial se tornou intenso, essa opção foi tomada. A sedação na iminência da morte deve ser entendida em toda a sua complexidade, pois devido ao stress e exaustão causados por sintomas que não podem ser adequadamente controlados (delírio, insuficiência respiratória, náuseas e vómitos, Dor e stress) apesar dos esforços activos para identificar uma terapia tolerável que não comprometa a consciência, os doentes aceitam esse recurso na intenção de alcançar maior conforto. A sedação teve a intenção de produzir sonolência suficiente para aliviar o sofrimento, não a deixando inconsciente e é potencialmente reversível.

No entanto, seja qual for o caminho escolhido para aliviar a Dor e o desconforto nos doentes em fim de vida, sei hoje que existem premissas que não devem ser descuradas: Nenhum doente deve morrer sem o adequado alívio dos seus sintomas; A falha em controlar estes sintomas é uma falha na utilização correcta da terapêutica farmacológica e uma abordagem positiva e clara ao doente e seus familiares sobre o alívio dos sintomas no final da vida, é de extrema importância.

Este Ensino Clínico foi de extrema importância, pois quanto maior e melhor for o meu conhecimento em relação a todas as questões aplicadas neste serviço, mais possibilidades terei de saber dar uma boa resposta à diversidade de situações com que me deparar no futuro. Igualmente é importante este conhecimento para a compreensão progressiva da complexidade inerente às situações de cuidados e também para a minha própria capacidade de lidar com este tipo de situações, conjugando saberes já obtidos anteriormente com os que vou adquirindo/desenvolvendo dia-a-dia.

## APÊNDICE V

## QUESTIONÁRIO

. Estão Satisfeitos Com a Avaliação de Dor Efectuada Actualmente aos Doentes Neuro-Oncológicos no Serviço de Neurocirurgia do HSAC?

. As Escalas de Dor Institucionalizadas Estão Adaptadas aos Doentes Neuro-Oncológicos com Alterações da Consciência?

## APÊNDICE VI

## **PLANO DA ACÇÃO DE INFORMAÇÃO**

**Andrea Sofia Luis Silvério**

**Lisboa**

**Fevereiro de 2011**

**Destinatários:**

Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos.

**Finalidade:**

Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos, para a importância da integração de um método de avaliação de dor desenhado para doentes com alterações cognitivas, no plano elaborado em estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com opção em Enfermagem Oncológica.

**Objectivo:**

Contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos na equipa acerca da avaliação e intervenção na Dor oncológica em doentes com alterações cognitivas, dar a conhecer o tipo de avaliação e controlo da Dor prestados aos doentes oncológicos e os tipos de escalas existentes para estes tipos de doentes. Abrange como pontos importantes: A abordagem na Dor de origem oncológica, os aspectos que determinam a sua especificidade e dificuldade na avaliação e tratamento, e como é encarada e tratada em Portugal.

**Objectivos específicos:**

Fundamentar a inclusão de um método de avaliação de dor desenhado para doentes com alterações cognitivas, como projecto elaborado em estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com opção em Enfermagem Oncológica.

## PLANO DA SESSÃO

Etapas	Conteúdos	Estratégias
<b>Introdução</b> (3 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificação do tema</li> <li>• Objectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação em slide show</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b> (15 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contextualização da temática da dor oncológica</li> <li>• Dificuldades de avaliação da dor em doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas</li> <li>• Métodos de avaliação de dor existentes para doentes com alterações cognitivas</li> <li>• Proposta de elaboração do pré-teste e validação da escala CNPI no serviço de Neurocirurgia – CHLC-HSAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação em slide show</li> </ul>
<b>Conclusão</b> (20 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos conteúdos centrais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão com os Enfermeiros</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA (SESSÃO)

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa: **A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor**. Nº 09/DGCG. 2003

CAMARGO, A. C. – Dor como 5º sinal vital, In: **Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Cancer – Central de Dor**. [on line]. Outubro 2003 [acedido em 29.11.04]. Disponível em [www.hcanc.org.br/dmeds/centDor/5sinal1.html](http://www.hcanc.org.br/dmeds/centDor/5sinal1.html).

CASEIRO, José M. – **Dor Irruptiva – Conceito, Controvérsias E Sua Abordagem, Terapêutica**. Lisboa: Ed. Permanyer, 2002, p16. ISBN: 972-733-112-2

CASTRO LOPES, José M. – **Dor – 5º sinal vital** [on line]. Junho 2003 [acedido em 12.02.11]. Disponível em [http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/Dor\\_5\\_sinal.xml](http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/Dor_5_sinal.xml).

CHAPMAN, R; GEVRIN, J. **Suffering: The Contributions of Persistent Pain**. Oxford: The Lancet. 1979. P.2377. ISBN: 0 8493 0926 3

DEODATO, Sandra – Cuidar o doente com Dor: uma breve reflexão. In: **Dor**. vol. 11, nº4, 2003. p. 29. ISSN: 1806-0013

DINIZ, Alexandre et al – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: **Direcção-Geral da Saúde**. (2001) ISBN 972-9425-95-7;

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE - **Carta Dos Direitos Do Doente Internado**. Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde [em linha] 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE. Circular Normativa nº9 DGCG. **A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático Da Intensidade Da Dor**. 2003

FELDT, K. S., RYDEN, M. B., & MILES, S. Treatment Of Pain In Cognitively Impaired Compared With Cognitively Intact Older Patients With Hip Fracture. In: **Journal of the American Geriatrics Society**, vol. 46, nº9, (1998). p.1079-1085. ISSN: 0002-8614

FELDT, K. S. The Checklist Of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). In: **Pain Management Nursing**. Vol.1, nº1, (2000). P.13-21. ISSN: 1532-8635

HERR, K. et al – Pain Assessment In The Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. In: **Pain Management Nursing**. Vol 7. Nº2 (2006). Pag. 44-56 ISSN: 1532-8635

HERR, K. TITLER, M., SCHILLING, M., MARSH, J. L., XIE, X., ARDERY, G., et al. Evidence-Based Assessment Of Acute Pain In Older Adults: Current Nursing Practices And Perceived Barriers. In: **Clinical Journal of Pain**, vol.20, nº5, (2004). P.331-334. ISSN: 07498047

HERR, K., & GARAND, L. Assessment And Measurement Of Pain In Older Adults. In: **Clinics in Geriatric Medicine**, vol.17, n°3, (2001). P.457-478 ISSN: 0749-0690

HERR, K., BJORO, K., & DECKER, S. A State-Of-The-Science Review Of Nonverbal Pain Assessment Tools For Use In Patients With Dementia. In: **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 7, n°3 (2004). P. 34-42. ISSN: 0885-3924

HERR, K.; DECKER, S. Older Adults With Severe Cognitive Impairment: Assessment of Pain. In: **Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging**. Vol.12, n°4, (2004) p.46-52. ISSN: 1524-7929

HERR K. et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. In: **American Society for Pain Management Nursing**. Vol. 12, n°2 (2006) ISSN: 1524-9042

## Diapositivo 1



Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na área de Intervenção Oncológica

**Projecto de Estágio**

**A DOR EM DOENTES  
NEURO-ONCOLÓGICOS**

## Diapositivo 2

## Dor Oncológica

- É um fenómeno complexo, com as suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida
- É condição indispensável para uma correcta caracterização clínica e uma adequada estratégia terapêutica
- Pode e deve ser tratada, com adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e com todos os recursos técnicos e humanos, disponíveis.

## Diapositivo 3

## Dor Oncológica

- É considerada um dos sintomas mais frequentes e temidos nos doentes oncológicos, da qual aproximadamente 9 milhões de pessoas em todo o mundo sofre
- Estima-se que 10 a dos 15% doentes oncológicos apresentam dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial
- Com o aparecimento de metástases, a incidência da dor aumenta para 25 a 30%, e nas fases muito avançadas 60 a 90% dos pacientes referem dor de intensidade bastante expressiva.

## Diapositivo 4

## Dor Oncológica

- Nos doentes neuro-oncológicos, os tumores ou metástases que comprimam ou invadam o SNC podem desencadear deficits neurológicos, algumas vezes como único sintoma
- Causam dor intensa que por vezes se torna difícil de controlar, causando edema e danos irreversíveis na sua propagação a nível local, destroem o tecido normal do cérebro ou medula espinhal e como muitas vezes são inoperáveis, a dor é muito difícil de controlar.

## Diapositivo 5

## Dor Oncológica

- Na maioria dos doentes, a dor tem mais de uma origem (WOODRUFF, 1997) e nem todas as dores são directamente atribuíveis ao próprio cancro, mas também:
  - Tratamento (17%)
  - Debilidade (9%)
  - Outras doenças concomitantes (9%) (CLEELAND et al, 1996), tais como dor somática, visceral ou neurogénica
  - Confronto com uma morte antecipada e de um projecto de vida desfeito.  
(TWYXCROSS, 2003)

## Diapositivo 6

- Para além dos factores biológicos é também necessário considerar as percepções e significados que a pessoa atribui à dor no seu contexto de vida

## DOR TOTAL

- Definindo-a como o resultado de factores físicos, psicológicos, sociais e emocionais que de algum modo afligem a pessoa  
CHERNY et al (1994)

## Diapositivo 7

- Desde a introdução dos princípios de tratamento da dor oncológica (Escada Analgésica da OMS, 1986) foram realizados importantes avanços, estando cada vez mais cientes de que um controlo adequado da dor é condição prévia para mitigar o sofrimento e para proporcionar uma melhor qualidade de vida.
- A necessidade de aliviar o sofrimento, mantendo a integração social e familiar, conjugada com a justa distribuição dos recursos e a forçosa rentabilização das unidades de internamento
  - Aparecimento de respostas sociais organizadas, como os Cuidados Paliativos ou das Unidades de Tratamento da Dor.

## Diapositivo 8

- No entanto, ainda há muitas lacunas graves no controlo da dor e a evidência mostra que continua inadequadamente tratada e que o controlo da dor deve, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação e humanização dos cuidados de saúde.

Direcção Geral de Saúde (2008)

## Diapositivo 9

- O enfermeiro tem o papel de tornar a dor **VISÍVEL**:
  - Observar e dialogar com o doente;
  - Utilizar escalas de avaliação da dor adaptadas a cada doente;
  - Registar a dor, desenvolver intervenções e avaliar resultados;
  - Observar expressões e comportamentos verbais e não verbais;
  - Acreditar no doente;
  - Criar a colheita de dados: localização da dor; factores temporais, de agravamento e alívio; identificação das necessidades afectadas pela dor; estratégias de *coping*; implicações da dor nas actividades de vida;
  - Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor.
- É imperativo que os Enfermeiros não subestimem as queixas do doente e avaliem todos os sintomas, aprendendo a perceber quando a dor aumenta, para promover o tratamento imediato.

## Diapositivo 10

## Características da Dor Oncológica

- Tornam difícil a avaliação, no entanto, é essencial quando o objectivo *major* é o conforto do doente, já que é muito debilitadora, associa-se à depressão, causam sentimentos de impotência, isolamento e desespero (BLACK e MATASSARIN-JACOBS, 1996; PIMENTA e FERREIRA, 2006).
- A dor que ocorre intermitentemente num doente com dor oncológica, é descrita como episódica
- A dor episódica pode ser caracterizada, de acordo com KAZANOWSKI e LACCETTI (2005), de três formas distintas: dor incidental, dor de final de dose e dor irruptiva.

## Diapositivo 11

- A dor incidental está relacionada com uma actividade ou experiência particular, como sair da cama ou reagir a um estímulo sensorial, como o medo
- A dor de final de dose surge quando o efeito de um analgésico de acção prolongada não é mantido ao longo da duração esperada
- A dor irruptiva é um episódio temporário de dor, que se instala rapidamente, sendo habitualmente de curta duração, inferior a 30 minutos

(KAZANOWSKI e LACCETTI, 2005)

## Diapositivo 12

- A dor irruptiva, é a tradução mais utilizada para *breakthrough pain* dos anglo-saxónicos (CASEIRO, 2002)
- É definida como “um aumento transitório de dor num doente oncológico que se apresenta estavelmente controlado com opióides, do seu quadro algico persistente”.
- É identificável pelo seu carácter episódico
- É definida nos doentes oncológicos e só deve ser considerada em doentes, que já se encontrem medicados e aparentemente controlados

CASEIRO (2002)

## Diapositivo 13

- São várias as causas que podem estar associadas ao desencadeamento da dor irruptiva: o movimento, a pressão, a obstipação, a flatulência ou a baixa concentração sérica de analgésicos opióides...
- Investigadores argumentam que só deve ser considerada a dor irruptiva e tratada como tal, quando a dor basal destes doentes se encontrar controlada apropriadamente com analgésico opióides

(SIMMONDS, 1999; PORTENOY, 1999, citados por CASEIRO, 2002)

## Diapositivo 14

- Determinadas situações como as explicitadas atrás, podem desencadear bruscamente a dor e permitirem, pelo seu conhecimento, serem antecipadas com medicação suplementar
- Neste caso estamos perante uma dor incidental (*incident pain*), que é considerada por vários autores como uma variante da dor irruptiva, surgindo isoladamente, da mesma forma repentina e intensa em doentes previamente controlados com opióides, com a diferença de que, pelo facto de se reconhecer a sua causa, possibilita a adopção de medidas terapêuticas de antecipação

(SIMMONDS, 1999; PATT e ELLISON, 1998, citados por CASEIRO, 2002).

## Diapositivo 15

## Reconhecer e Identificar Indícios de Dor

- Tarefa difícil, visto que os doentes e os profissionais podem ter concepções diferentes da dor
- Pode apresentar-se de diversas maneiras, tais como choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal
- O não aparecimento destes sinais não significa ausência de dor
- Alguns doentes podem adaptar-se à dor, através do desenvolvimento de um elevado autocontrole, suprimindo os sinais de sofrimento, ou apenas permanecendo prostrados, devido ao esgotamento físico e mental causados pela doença.

## Diapositivo 16

## Factores que Influenciam a Expressão da Dor

- A localização, duração, causa, o mecanismo da dor e no controle dos sintomas associados;
- A resposta à dor também é modificada por factores dependentes da terapêutica, tais como: dose, tolerância, toxicidade e respostas individuais; condições fisiopatológicas, culturais e ambientais que influenciam a reacção final do doente à dor, o sofrimento psicológico, gestão de stress, dependências, disfunção cognitiva, os litígios sobre questões espirituais e a personalidade do doente;
- A deterioração das relações sociais influencia a manifestação final da dor: a disfunção familiar, social e problemas económicos.

SCOPEL et al (2007)

## Diapositivo 17

## Portugal

- Os constrangimentos estruturais e a falta de acessibilidade têm-se encarregue de sustentar o tratamento inadequado da dor oncológica
- A falta de formação profissional tem tornado involuntariamente o técnico de saúde num dos primeiros obstáculos ou barreiras ao tratamento da dor oncológica
- A falta de formação profissional a juntar à quase completa ausência de informação ao doente e familiares, apresenta-se como a barreira central que tem sustentado o défice de comunicação e alimentado mitos
- A legislação inadequada que muito tem contribuído para a falta de acessibilidade tem-se encarregue de manter o ciclo

## Diapositivo 18

## Doentes Neuro-Oncológicos com Alterações Cognitivas

- Apesar da prevalência e as consequências conhecidas da dor, esta é reconhecida e tratada de forma inadequada
- Entre as barreiras para a avaliação da dor nesta população estão a incapacidade de alguns doentes neuro-oncológicos para comunicar a sua experiência da dor, e do equívoco de que a dor é menos grave em doentes com alterações cognitivas
- Esses resultados são frequentemente atribuídos a outras condições, em vez de não reconhecidos ou não tratados. O derradeiro impacto da dor sobre a qualidade de vida desta população é difícil de determinar

BRUMMEL-SMITH et al (2002)

## Diapositivo 19

- Doentes com comprometimento cognitivo recebem menos medicação analgésica do que aqueles que são capazes de comunicar, apesar de serem propensos às mesmas experiências dolorosas  
(FELDT, RYDEN, e MILES, 1998; HORGAS e TSAI, 1998; MORRISON e SIU, 2000; WON et al, 2004)
- Vários factores contribuem para a má gestão da dor nesta população: No entanto, a mais incómoda é a incapacidade de reconhecer a dor em doentes que não podem comunicar a sua experiência de dor  
(HERR, BJORO & DECKER, 2005)

**A principal razão para o NÃO-TRATAMENTO da dor é a NÃO-DETECÇÃO**

## Diapositivo 20

- Existem evidências de que a dor não-detectada e não-tratada entre doentes com alterações cognitivas fornecem o mais claro argumento para a urgente necessidade de usar uma escala de avaliação da dor que seja específica para este tipo de doentes.
- A avaliação é essencial e é o primeiro passo rumo ao adequado tratamento de doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas
- Há, necessidade de gerir, validar e confiar nos instrumentos de avaliação

## Diapositivo 21

- Existem barreiras que interferem com a avaliação, e a gestão eficaz da dor é importante para promover conforto a estes doentes
- A barreira mais óbvia é a incapacidade do pessoa com alteração cognitiva grave para comunicar a presença de dor, de uma forma que seja facilmente compreendida.

- Embora vários mitos e medos tenham sido identificados (HERR & GARAND, 2001), existe a crença de que doentes com alterações cognitivas não experienciam dor tão severa quanto aqueles que estão cognitivamente intactos
- Não existe evidência de que as respostas nociceptoras periféricas ou da transmissão da dor estão prejudicadas em pessoas com alterações cognitivas, embora a polémica exista sobre alterações do SNC que influenciam ou diminuem a interpretação da transmissão da dor (GIBSON, VOUKELATOS, AMES, FLICKER, & HELME, 2001; SCHERDER, SLAETS, DEIJEN, GORTER, OOMS, et al, 2003; SCHULER et al, 2004).
- Até que provas mostrem que doentes com alterações cognitivas experienciem menos dor, devemos assumir que **qualquer condição** que é dolorosa para uma pessoa cognitivamente intacta também **será dolorosa** para aqueles com alterações cognitivas que não se podem expressar.

## Diapositivo 22

## Diapositivo 23

- Nos doentes neuro-oncológicos avançados, sem a capacidade de comunicar, métodos de avaliação comportamental da dor, tornar-se-ão mais úteis e necessários, sendo que a observação directa é fundamental
- Desenvolver uma ferramenta que possa ser usada para avaliar a sua dor pode melhorar muito a qualidade de vida de 20 a 30% doentes que não conseguem comunicar adequadamente suas necessidades

(AGS, 2002)

- Os enfermeiros devem estar atentos para a presença de comportamentos de dor típica, bem como aqueles que são menos óbvios, difíceis de interpretar e normalmente não são atribuídos à dor: fricção, gemer, gritar, fazer caretas, sobrancelhas franzidas...
- Medidas fisiológicas, como a frequência cardíaca ou tensão arterial, também podem fornecer informações importantes
  - A investigação sobre medidas fisiológicas têm sido escassas, devido à sua validade limitada e limitações práticas. As respostas fisiológicas são muitas vezes, não específicas o suficiente para servir como indicadores de dor, e são difíceis de avaliar em relação à discriminação de outros estados de angústia.

## Diapositivo 24

## Diapositivo 25

## Pesquisa

- Revela que existem actualmente pelo menos 17 ferramentas de Avaliação Comportamental da Dor (HERR, 2006):
  - • **ADD**: *The Assessment of Discomfort in Dementia Protocol* (KOVACH *et al.*, 1999; 2001; 2002) (tested in longterm care setting; acute/chronic pain)
  - • **CNPI**: *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (FELDT, 2000a, 2000b; FELDT *et al.*, 1998; JONES *et al.*, 2005)(tested in acute care setting, long-term care setting; acute/chronic pain)
  - • **DOLOPLUS 2**: *The Doloplus 2* (LEFEBRE-CHAPIRO, 2001) (tested in long-term care setting, geriatric centers, palliative care center; chronic pain)
  - • **NOPPAIN**: *Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals* (SNOW *et al.*, 2003) (tested in long-term care; acute and chronic pain)
  - • **PACSLAC**: *The Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia* (FUCHS-LACELLE *et al.*, 2004) (tested in long-term care setting; chronic pain)
  - • **PAINAD**: *The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (LANE *et al.*, 2003; WARDEN *et al.*, 2003) (tested in long-term care setting; chronic pain; preliminary reports of testing in acute pain not yet published)
  - • **ABBEY** - *The Abbey Pain Scale* (ABBEY, J., *et al.*, 2004)
  - • **DS-DAT** - *The Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer's Type* (HURLEY, A., *et al.*, 1992)

- • **FLACC** - *The Face, Legs, Activity, Cry and Consolability Pain Assessment Tool* (MERKEL, S.I. *et al.*, 1997)
- • **PADE** - *Pain Assessment for the Dementing Elderly* (VILLANEUVA, M.R. *et al.*, 2003)
- • **CPAT** - *Certified Nurse Assistant Pain Assessment Tool* (CERVO, F., RAGGI, R., BRIGHTLONG, L., WRIGHT, W., ROWS *et al.*, 2007)
- • **DBS** - *Discomfort Behavior Scale* (STEVENSON, K., 2006)
- • **Dis DAT** - *Disability Distress Assessment Tool* (REGNARD, C., MATHEWS, D., GIBSON, L., CLARKE, C., 2007)
- • **EPCA-2** - *Elderly Pain Caring Assessment 2* (MORELLO, R., JEAN, A., ALIX, M., SELLINPERES, D., FERMANIAN, J., 2007)
- • **MOBID** - *Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale* (HUSEBO, B.S., STRAND, I., MOE-NILSSEN, R., HUSEBO, S.B., SNOW, A.L., LJUNGGREN, A.E., 2007)
- • **PAINE** - *Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons* (COHEN-MANSFIELD, J., 2006)
- • **PBOICIE** - *Pain Behaviors for Osteoarthritis Instrument for Cognitively Impaired Elders* (TSAI, P., BECK, C., RICHARDS, K., PHILLIPS, L., ROBERSON, P., EVANS, J., 2008).

A partir dos resultados da análise, com base na critérios de avaliação de qualidade relativa à validade, confiabilidade e homogeneidade demonstram que as escalas PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS2 e CNPI mostram as melhores qualidades psicométricas.

(HERR, 2006)

## Diapositivo 26

## Diapositivo 27

- Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente na dor entre os doentes com comprometimento cognitivo, que é ilustrado pelo facto de que mais da metade das escalas incluídas nesta revisão foram publicadas após 2002.
- Evidentemente, o número de escalas recentemente desenvolvidos têm crescido muito rapidamente.
- Escalas validadas, práticas e confiáveis podem acrescentar o corpo de conhecimento sobre a dor e ajudar a melhorar o tratamento da dor a esta população importante.

## Diapositivo 28

- Estas ferramentas específicas adicionam informações importantes e ajudam a criar uma imagem correcta da dor do doente não-verbal e com alterações cognitivas.
- RAMELET et al. afirmou que a utilidade clínica e viabilidade das escalas são de primordial importância para a aceitação de uma medida na prática clínica.
- Com o enorme progresso feito na última década, os estudos de avaliação de dor para esta população obtiveram resultados promissores.

## Diapositivo 29

## Projecto

- Implementar em Portugal uma ferramenta de avaliação da dor testada e validada para doentes com alterações cognitivas incapazes de avaliar a sua dor pela Escala Numérica ou WONG-BAKER tanto nas fases aguda como crónica da doença
- Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da Escala de Avaliação de Dor “*Checklist for Non-Verbal Pain Indicators*”, para que o mesmo possa ser usado como um instrumento específico para avaliação de dor em doentes portugueses portadores de alterações cognitivas.

## Diapositivo 30

## Projecto

- A *Checklist for Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) elaborada por Karen Feldt é uma escala de observação comportamental para doentes não-verbais com grave comprometimento cognitivo.

*Indications: Behavioral Health adults who are unable to validate the presence of or quantify the severity of pain using either the Numerical Rating Scale or the Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (Feldt, 2000)*

- A escala é uma modificação da Escala de Comportamento de Dor da Universidade de Alabama em Birmingham - (UAB PBS), que foi concebida para medir a dor crónica, a partir do qual alguns itens foram eliminados e outros redefinidos.
- A lista de verificação dos indicadores de dor não-verbal (Feldt, 2000) foi desenhada para avaliar a dor em doentes com grave comprometimento cognitivo em ambas as configurações agudas e crónicas.

## Diapositivo 31

- A avaliação envolve a observação do doente, em repouso e durante o movimento
- Um item é pontuado como '1' Se o comportamento foi observado durante a actividade ou descanso, e como '0' se o comportamento não foi observado (variação do total escala 0-6)
- Depois de somar os dois pontos (para o movimento e repouso) a interpretação é a seguinte: 1-2 Dor Leve, 3-4 Dor moderada, 5-6 Dor Severa.
- Os autores afirmam uma boa validade da ferramenta.

## Diapositivo 32

### Checklist for Non Verbal Pain Indicators

Indicators	With Movement	At Rest
<b>Vocal Complaints</b> – Nonverbal expressions of pain demonstrated by moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs		
<b>Facial Grimaces and Winces</b> – Furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expression		
<b>Bracing</b> – Clutching or holding onto siderails, bed, tray table or affected area during movement		
<b>Restlessness</b> – Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still		
<b>Rubbing</b> – Massaging affected area		
<b>Vocal Complaints</b> – Verbal expression of pain using words, e.g. “ouch” or “that hurts”; “cursing during movement, or exclamations of protest, e.g. “stop” or “that’s enough”		
<b>Total Score</b>		

## Diapositivo 33

## Porquê da Escolha

- Simples
- Fácil de utilizar
- Avaliação em dois momentos
- Itens reduzidos mas abrangentes
- Baixo consumo de tempo
- Rápida resposta à dor observada
- Visa melhorar o desenvolvimento físico, psicológico, emocional e dimensões sociais da qualidade de vida das pessoas com dor persistente

- Este projecto contará com o apoio da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Como equipa de investigação, farão parte:
  - Andrea Silvério, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
  - Antónia Espadinha, Mestre, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
  - Luís Batalha, Doutorado e Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

## Diapositivo 34

## Diapositivo 35

## Fases do Processo

- Inscrição como Investigadora na UI&DE e submissão do projecto
- 2 Tradutores para a tradução da ferramenta
- 2 Tradutores com língua materna original à da ferramenta para fazer a retroversão
- Consenso acerca da tradução e parecer de Karen Feldt
- Parecer de peritos na área
- Pré-Teste com 5 doentes neuro-oncológicos com alterações cognitivas
- Processo Estatístico
- Validação do instrumento com cerca de 150 doentes
- Processos Estatístico e Psicométricos de validade do instrumento
- Artigo publicado em revista científica nacional e internacional.

## Diapositivo 36

- A avaliação da dor a este tipo de doentes é difícil e continua a ser um desafio diário para os enfermeiros.
- Embora utilizar uma escala de avaliação da dor seja um importante recurso na detecção da dor, muitas vezes é um elemento de uma abordagem global, que também utiliza outros recursos, como o exame físico e as informações de familiares
- Estas explorações de vários recursos podem adicionar informações para resolver o problema da dor e, portanto, continuam a ser necessárias.

## Diapositivo 37

- “Embora raramente se morra de dor muitos são os que morrem com ela, sobretudo os que com ela convivem diariamente.”  
CASTRO LOPES (2003)
- “O alívio da dor deveria ser um dos direitos básicos do homem, limitado apenas pelo conhecimento das formas de o alcançar”  
MELZACK E LIEBESKING (1987)

## APÊNDICE VII

## Escalas de Avaliação de Dor para Doentes com Alterações da Consciência

- *The Abbey Pain Scale* (ABBEY) (ABBEY, J. *et al*, 2004);
- *The Assessment of Discomfort in Dementia* (ADD) Protocol, (KOVACH, C.R. *et al*, (1999) (testado em ambiente de cuidados a longo prazo; Dor aguda/crónica);
- *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI), (FELDT, K., 2000) (testado em ambiente de cuidados agudos e crónicos; Dor aguda/crónica);
- *The Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer's Type* (DS-DAT), (HURLEY, A. *et al*, 1992);
- *The Doloplus 2*, (WARY, B. e o *Doloplus Group*, 2001) (testado em ambiente de cuidados a longo prazo, centros geriátricos, centros de cuidados paliativos; Dor crónica);
- *The Face, Legs, Activity, Cry and Consolability Pain Assessment Tool* (FLACC), (MERKEL, S.I. *et al*, 1997);
- *Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals* (NOPPAIN), (SNOW, A.L. *et al*, 2001) (testado em ambiente de cuidados a longo prazo; Dor aguda/crónica);
- *The Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC), (FUCHS-LACELLE, S.K. *et al*, 2004) (testado em ambiente de cuidados a longo prazo; Dor crónica);
- *Pain Assessment for the Dementing Elderly* (PADE), (VILLANEUVA, M.R. *et al*, 2003);
- *The Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) Scale, (WARDEN, V. *et al*, 2003) (testado em ambiente de cuidados a longo prazo; Dor crónica; estudos preliminares de testes em Dor aguda ainda não publicados);
- *Certified Nurse Assistant Pain Assessment Tool* (CPAT), (CERVO, F., RAGGI, R., BRIGHTLONG, L., WRIGHT, W., ROWS *et al*, 2007);
- *Discomfort Behavior Scale* (DBS), (STEVENSON, K., 2006);
- *Disability Distress Assessment Tool* (Dis DAT), (REGNARD, C., MATHEWS, D., GIBSON, L., CLARKE, C., 2007);
- *Elderly Pain Caring Assessment 2* (EPCA-2), (MORELLO, R., JEAN, A., ALIX, M., SELLINPERES, D., FERMANIAN, J., 2007);

- *Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale* (MOBID), (HUSEBO, B.S., STRAND, I., MOE-NILSSEN, R., HUSEBO, S.B., SNOW, A.L., LJUNGGREN, A.E., 2007);
- *Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons* (PAINE), (COHEN-MANSFIELD, J., 2006);
- *Pain Behaviors for Osteoarthritis Instrument for Cognitively Impaired Elders* (PBOICIE), (TSAI, P., BECK, C., RICHARDS, K., PHILLIPS, L., ROBERSON, P., EVANS, J., 2008).

# ANEXOS

# ANEXO I

## Escala de Avaliação de Dor CNPI

<b>Checklist for Nonverbal Pain Indicators</b>	<b>With Movement</b>	<b>At Rest</b>
<b>Vocal Complaints</b> – nonverbal expression of pain demonstrated by moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
<b>Facial Grimaces and Winces</b> – furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expression		
<b>Bracing</b> – clutching or holding onto side rails, bed, tray table, or affected area during movement		
<b>Restlessness</b> – constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still		
<b>Rubbing</b> – massaging affected area		
<b>Vocal complaints</b> – verbal expression of pain using words, e.g., “ouch” or “that hurts; ” cursing during movement, or exclamations of protest, e.g., “stop” or “that’s enough.”		
<b>Total Score</b>		

**Feldt, 2000**

**ANEXO II**  
**(Somente em Suporte Papel)**

**ANEXO III**  
**(Somente em Suporte Papel)**