



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Enfermagem à Pessoa Idosa**

## **Relatório de Estágio**

**“Abordagem da Dor na Pessoa Idosa com  
Doença Arterial Periférica”**

**Filipa Alexandra Duarte Cabeças**

**2011**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Enfermagem à Pessoa Idosa**

**Relatório de Estágio**

**Filipa Alexandra Duarte Cabeças**

**Orientado por: Professora Graça Melo**

**Co-orientado por: Enfermeiro Especialista Pedro**

**Nuno**

**2011**



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço à Professora Orientadora Graça Melo e ao Enfermeiro Especialista Pedro Nuno, Co-orientador deste ensino clínico, pelos conhecimentos transmitidos, pelo rigor, amizade e disponibilidade constante.

Aos doentes que participaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos os profissionais da Unidade Multidisciplinar de Dor e do Serviço de Cirurgia Vasculiar do CHLN-HSM, agradeço pelos conhecimentos transmitidos e disponibilidade durante esta etapa académica, profissional e pessoal. À Direcção do CHLN-HSM pela permissão para a realização do presente ensino clínico.

Por fim, quero agradecer de forma especial à minha família, ao Bruno, amigos e colegas pela compreensão, paciência e optimismo ao longo deste trabalho.

## RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa e pretende descrever o desenvolvimento de competências durante a prática clínica.

Defini como **tema** para o estágio a dor persistente na pessoa idosa com doença arterial periférica; tendo como **objectivo geral** desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico - cirúrgica, na abordagem à pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente.

A dor pode ser considerada uma experiência individual complexa com aspectos sensoriais, emocionais e sociais. Na pessoa idosa, a dor assume ainda maior complexidade devido às co-morbilidades associadas.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito humano dos doentes e também uma condição ética. A negligência da dor na pessoa idosa, pode ter graves consequências na sua qualidade de vida.

Em torno desta problemática, o estágio decorreu em duas fases: a primeira fase na Unidade Multidisciplinar de Dor e a segunda fase no Serviço de Cirurgia Vasculardo CHLN-HSM.

Na Unidade Multidisciplinar de Dor procurei “apropriar-me” do conhecimento e formas de trabalho desses profissionais, tendo em vista a aquisição de competências específicas na abordagem da dor persistente na pessoa idosa.

No Serviço de Cirurgia Vasculardesenvolvi várias actividades, de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sobre a avaliação sistemática da dor persistente na pessoa idosa. Obtendo os principais resultados: avaliação e registo da dor como quinto sinal vital (valorização da dor), uso de uma metodologia sistemática na avaliação da dor na pessoa idosa com doença arterial periférica (mudança de paradigma), referenciação criteriosa de situações de dor não controlada à Unidade Multidisciplinar de Dor, entre outros.

## **ABSTRACT**

This report was prepared under the master grade and specialization in medical surgical nursing, on aspect of the Elderly and to describe the development of skills in clinical practice.

Setting the stage as the theme for the study of persistent pain in older adults with peripheral arterial disease, aiming to develop general competencies of nurse specialist in medical - surgical nursing, the approach to the elderly with peripheral arterial disease and persistent pain.

The pain could be considered as a complex individual experience with sensory, emotional and social aspects. In the elderly, the pain is even more complex due to co-morbidities associated.

The effective control of pain is a duty of health professionals, a human right of patients and also an ethical condition. The neglect of pain in older adults, can have serious consequences on their quality of life.

Around this problem, the stage was in two phases: the first stage in the Multidisciplinary Pain Unit, and the second phase in the Department of Vascular Surgery CHLN-HSM.

In Unit Multidisciplinary Pain tried to "own me" of knowledge and ways of work of professionals in order to acquire specific skills in addressing the persistent pain in older adults.

In Vascular Surgery Service developed several activities in line with the skills of specialist nurses in medical-surgical nursing, on a systematic evaluation of persistent pain in older adults. Obtaining the following results: evaluation and registration of pain as the fifth vital sign (recovery of pain), use of a systematic methodology to asses pain in older adults with peripheral arterial disease (paradigm shift), judicious referral situations uncontrolled pain the Multidisciplinary Pain Unit, among others.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA .....	11
2. A PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E DOR	
PERSISTENTE .....	13
2.1. Doença Arterial Periférica.....	13
2.2. A Dor na Pessoa Idosa.....	15
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL	
PERIFÉRICA E DOR PERSISTENTE .....	23
4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	25
5. RELATÓRIO DE ESTÁGIO .....	26
5.1. Desenvolvimento de Competências na Avaliação da Dor na Pessoa Idosa –	
Unidade Multidisciplinar de Dor.....	27
5.1.1. Actividades inicialmente não previstas na Unidade Multidisciplinar de Dor..	31
5.2. Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica – Serviço de Cirurgia	
Vascular I .....	32
5.2.1. Actividades inicialmente não previstas no Serviço de Cirurgia Vascular I...	38
6. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO DO	
ESTÁGIO .....	39
7. LIMITAÇÕES/PERSPECTIVAS FUTURAS.....	43
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

APÊNDICES.....	51
APÊNDICE I – Inventário Resumido da Dor e Pedido de Autorização .....	52
APÊNDICE II – Folha de Registo e avaliação de feridas.....	53
APÊNDICE III – Formação HPV .....	54
APÊNDICE IV – Formação Serviço de Cirurgia Vascular.....	55
APÊNDICE V – Diagnóstico da Situação: fase inicial e final .....	56
ANEXOS .....	57
ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética, Presidente do Conselho de Administração e Enfermeira Directora do CHLN-HSM .....	58
ANEXO II – Certificado Jornadas ASTOR .....	59

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1: Diferenças entre Dor Aguda e Dor Persistente .....	16
QUADRO 2: Dor Nociceptiva e Dor Neuropática .....	18
QUADRO 3: Escalas de Avaliação da Dor na Pessoa Idosa.....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGS – American Geriatric Society;

BPI – Inventário Resumido da Dor;

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

CHLN - EPE – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Entidade Pública Empresarial;

CHLN-HSM – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria;

Cit. por – Citado por;

DAP – Doença Arterial Periférica;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira;

Enf<sup>o</sup> - Enfermeiro;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

et al – Outros autores;

ex. – Exemplo;

HPV – Hospital Pulido Valente;

HSM – Hospital de Santa Maria;

IASP – International Association of the Study of Pain;

NGC – National Clearinghouse;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

p. – página;

Sr – Senhor;

Sr<sup>a</sup> – Senhora.

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, inserida nas actividades pedagógicas do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa Idosa, a decorrer na ESEL, ano lectivo 2009/2011 e tem como finalidade apresentar o desenvolvimento de competências durante o ensino clínico.

O ensino clínico foi composto por duas fases: a primeira fase na Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD) e a segunda fase no Serviço de Cirurgia Vasculardo CHLN-HSM. Teve a duração de 500 horas (com início a 27 de Setembro de 2010 e término em Fevereiro de 2011) e decorreu sob orientação da Sr.ª Professora Graça Melo e do Sr. Enfermeiro Especialista Pedro Nuno.

Deste modo, optei por desenvolver competências profissionais em torno de uma **problemática** da prática clínica: ausência de uma metodologia efectiva na avaliação e controlo da dor persistente, no doente idoso com doença arterial periférica, no Serviço de Cirurgia Vasculardo CHLN-HSM.

Formulei como **objectivo geral** para este ensino clínico desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico - cirúrgica, na abordagem à pessoa idosa com doença arterial periférica (DAP) e dor persistente. Através de dois objectivos específicos: I) Aprofundar conhecimentos sobre o tratamento e controlo da dor persistente na pessoa idosa, durante o estágio na Unidade Multidisciplinar de Dor, no período de 5 semanas; II) Implementar uma metodologia de avaliação, monitorização e controlo da dor, no Serviço de Cirurgia Vasculardo HSM, durante 15 semanas, através da: Prestação de Cuidados, da Formação e Referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor.

Ao longo deste processo de formação procurei mobilizar os conhecimentos obtidos nas várias unidades curriculares deste curso e desenvolver competências decorrentes da prática clínica. Como alicerce para a minha concepção e intervenção na prestação dos cuidados de enfermagem utilizei a teoria de Jean Watson, pelas características do seu Modelo Transpessoal.

Este relatório é composto por nove partes: a primeira referente à apresentação do tema; a segunda consiste numa revisão de literatura; a terceira expõe o modelo de enfermagem utilizado para a prestação de cuidados; a quarta apresenta os

procedimentos formais e éticos realizados; a quinta descreve o desenvolvimento de competências efectuadas durante o estágio na Unidade Multidisciplinar de Dor; a sexta traduz o desenvolvimento de competências realizadas durante o estágio no Serviço de Cirurgia Vasculuar; a sétima é referente à avaliação do ensino clínico e dos resultados obtidos; a oitava apresenta as perspectivas futuras decorrentes do estágio; a nona expõe as considerações finais do estágio e os principais resultados obtidos.

## 1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A área a desenvolver durante este ensino clínico implicou a selecção de uma problemática que fosse de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa.

A escolha teve por base alguns pressupostos, **o quê?** (A dor persistente na doença arterial periférica, na pessoa idosa), **onde?** (na Unidade Multidisciplinar de Dor e no Serviço de Cirurgia Vasculuar) e **como?** (através das estratégias delimitadas no projecto), tendo em vista as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - vertente do Idoso.

A análise dos dados estatísticos do Serviço de Cirurgia Vasculuar I (CHLN-HSM), no ano de 2009 demonstrou que 82% dos doentes internados no respectivo Serviço tem mais de 65 anos. Por outro lado, 85% dos internamentos no ano de 2008 corresponderam a internamentos de doentes por diagnóstico de doença arterial periférica.

No contexto da doença arterial periférica a dor é um dos sintomas mais comuns e reveladores da doença. A progressão do processo patológico é acompanhada do aumento da intensidade do fenómeno doloroso até aos estádios mais avançados (GAMA, 1995).

A evidência científica refere que a pessoa idosa com dor persistente não controlada pode ter distúrbios de sono, declínio social, mal nutrição, declínio da actividade física (quedas), depressão, ansiedade, entre outros (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002).

Na realidade onde trabalho constatei que os **doentes idosos** apresentavam na sua grande maioria: postura recolhida, um comportamento autoprotector, uma expressão facial de dor, alterações do tonus muscular e episódios dolorosos frequentes. A pessoa idosa com doença arterial periférica era descrente no tratamento da dor ou renitente à administração da analgesia (por considerar que esta não teria efeito); por outro lado, existiam doentes polimedicados, mas com índices elevados de dor.

Contudo, **os enfermeiros** do Serviço de Cirurgia Vascular, CHLN-HSM, não aplicavam uma metodologia sistemática de avaliação da dor e não desenvolviam uma atitude preventiva face à mesma.

Perante esta situação, o passo inicial para o desenvolvimento deste estágio teve como base o seguinte **problema**: Ausência de uma metodologia efectiva na avaliação e controlo da dor, no doente idoso com doença arterial periférica, no Serviço de Cirurgia Vascular, CHLN-HSM.

Com a finalidade de abordar o problema enunciado, formulei a seguinte **questão de partida** “Qual o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, ao nível dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente?”, que serviu de base para todo o meu estágio.

Nesta etapa académica e profissional a possibilidade de contrariar este problema e de investir na área, motivou-me para a mobilização de métodos e técnicas no âmbito da investigação, favorecendo o desenvolvimento de competências, delineando como **objectivo geral** para o estágio desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico - cirúrgica, na abordagem à pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente.

**Locais de Estágio:** - Unidade Multidisciplinar da Dor – (CHLN-HSM);  
- Serviço de Cirurgia Vascular – (CHLN-HSM).

## 2. A PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E DOR PERSISTENTE

Actualmente os idosos constituem o segmento populacional com maior crescimento na nossa sociedade. Estima-se que em 2030, 22% da população terá mais de 65 anos de idade. O grande aumento está relacionado com a população com mais de 85 anos de idade. Cerca de 70% de todos os idosos, vão experienciar algum tipo de dor persistente (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2008).

O **envelhecimento humano** poderá ser compreendido como um processo multifactorial de alterações biológicas, psicológicas entre outras, provocadas pela idade. Este é visto, como forma de involução funcional e morfológica, sempre progressiva, que afecta vários órgãos em particular, tecidos e células (IMAGINÁRIO, 2004). O processo de envelhecimento não se repercute do mesmo modo nos diferentes órgãos ou sistemas de um mesmo indivíduo (COSTA, 2002).

Decorrente do aumento da esperança de vida e devido à prevalência de doenças crónico degenerativas, surgem pessoas cada vez mais dependentes, com necessidade de suporte familiar e comunitário, conduzindo a uma maior solicitação de apoios formais e informais.

### 2.1. Doença Arterial Periférica

A **doença vascular** pode ter diversas componentes, nomeadamente arterial, venosa ou linfática. Assim, pode ter manifestações ao nível cardíaco, cerebral ou periférico; o termo periférico é utilizado para caracterizar o envolvimento dos membros, em oposição a dores consideradas centrais, que podem afectar o coração ou a circulação intracraniana (GAMA, 1995).

Da **doença arterial periférica** (DAP) faz parte a doença isquémica, que é definida como sendo o fluxo arterial insuficiente para manter as funções normais teciduais, pela diminuição de nutrientes (glicose, oxigénio, proteínas, vitaminas, enzimas, entre outros) para os tecidos e a diminuição na saída dos metabólitos de degradação das células. A isquémia pode ser total (fluxo arterial insuficiente para manter a vida celular ou tecidual) ou parcial (quando ainda existe viabilidade celular),

porém com risco de evoluir para morte celular, dependendo do tempo em isquémia (SILVA, 2004).

A doença arterial periférica pode ter várias etiologias: Doença de Buerger, Horton, Takayasu, Colagenoses, etc. A principal causa da arteriopatia periférica é a aterosclerose.

Na doença arterial periférica o grau de isquémia é definido de acordo com a

**Classificação de *Leriche-Fontaine*:**

**Estádio I** - Fase latência (descoberta casual);

**Estádio IIa** - Claudicações intermitentes não incapacitantes;

**Estádio IIb** - Claudicações incapacitantes;

**Estádio III** - Dor em repouso alterações tróficas rubor de pendência;

**Estádio IV** - Lesões necróticas, úlceras, gangrena (SILVA, 2004).

De acordo com esta classificação, a dor é um factor constante, predominante e que se manifesta a partir do **Grau II** de isquémia. A dor é um sintoma de capital importância e habitual nas diversas afecções vasculares periféricas (GAMA, 1995).

Na agudização da doença arterial periférica, em geral o doente dorme sentado, com a probabilidade de formação de estase e edema dos membros, levando a um aumento da pressão intersticial e tecidual o que dificulta a dinâmica da microcirculação, agravando a isquémia periférica e dando origem a lesões tróficas cutâneas, úlceras e infecções (GAMA, 1995).

O tratamento da doença arterial periférica baseia-se em diferentes situações: a redução e evicção dos factores de risco, hábitos tabágicos, controle da hipertensão e diabetes mellitus (alteração de hábitos alimentares), redução do sedentarismo (marcha); bem como pela associação de alguns fármacos no tratamento: (antiagregantes plaquetários e substâncias vasoactivas - Alprostadil e Pentoxifilina), em situações de agudização da doença arterial periférica a terapêutica cirúrgica constitui a opção mais adequada.

## 2.2. A Dor na Pessoa Idosa

A **dor** constitui uma entidade múltipla que envolve aspectos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos (SANTOS e BRITES, 2003).

A dor é subjectiva, uma experiência pessoal, apenas conhecida pela pessoa que a sente. A dor pode manifestar-se em diferentes perspectivas, sendo multidimensional e descrita através de vários níveis:

- Dimensão Sensorial (localização, intensidade, características da sensação de dor);
- Dimensão Afectiva (comportamento emocional, forma como a dor é percebida);
- Impacto (efeitos da dor no comportamento, na vida da pessoa e no seu desenvolvimento na sociedade) (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, BRITISH GERIATRIC SOCIETY e BRITISH PAIN SOCIETY, 2007).

A definição mais frequente na literatura refere que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita como tal (IASP, 1974) cit. por (CROME, MAIN e LALLY, 2007).

O conceito de **Dor Total** surgiu por Cicely Saunders, dando ênfase não só aos aspectos físicos, mas também espirituais, psicológicos e sociais da dor (CLARK, 1999).

A dor pode ser classificada como **aguda** ou **crónica**, consoante a sua persistência se prolonga por mais de três meses. A **dor aguda** tem início rápido, curta duração e acompanha-se de fenómenos de disfunção autonómica – taquicardia, hipertensão arterial, sudorese entre outros; tem como expressão psíquica a ansiedade (JANSEN, 2008).

A **dor crónica** constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral (JANSEN, 2008). Pode estar presente na ausência de uma lesão objectiva 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. Se não for tratado, o doente centra-se na sua dor, evoluindo para a cronicidade e para a incapacidade (JANSEN, 2008; HARRISON, 2009).

O conceito de **dor persistente**, ao invés de dor crónica, surge com a finalidade de promover uma versão mais positiva desta dor continua (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002).

A dor persistente é uma dor prolongada no tempo, constante, que a investigação científica refere ser superior a um mês, surgindo por intervalos recorrentes de tempo (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2008).

Na pessoa idosa os sintomas de dor persistente incluem a apatia, os estados depressivos, a insónia, a anorexia, a redução da mobilidade, a ansiedade, a malnutrição e problemas cognitivos (MITCHEL, 2002; JANSEN, 2008).

**QUADRO 1: Diferenças entre Dor Aguda e Dor Persistente**

DOR AGUDA	DOR PERSISTENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dano eminente ou presente nos tecidos</li> <li>• Dano limitado</li> <li>• A imobilização facilita a diminuição da dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparentemente sem dano eminente</li> <li>• Capacidade funcional reduzida</li> <li>• Respostas de adaptação</li> <li>• Co-morbilidades: depressão, ansiedade, distúrbios do sono, entre outros.</li> </ul>

**Fonte:** Quadro retirado e traduzido de “*Managing Pain in the Older Adult*” (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2008).

A pessoa idosa com dor persistente de origem arterial periférica, geralmente experiencia um aumento da intensidade da sua dor, causada pelo movimento, o que resulta numa limitação das suas actividades físicas.

**A fisiopatologia** da dor é um fenómeno complexo, pelas suas vias de transmissão e modulação. Os nociceptores são os neurónios do Sistema Nervoso Periférico, responsáveis pela detecção e transmissão de estímulos dolorosos. A activação dos nociceptores pode ser provocada por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos. A transmissão efectuada pelos nociceptores, está dependente do seu diâmetro, mielinização e velocidade de condução das fibras sensitivas, estas dividem-se em três grupos A $\beta$ , A $\delta$  e C. Em condições fisiológicas, as fibras C e A $\delta$  transmitem informação nociceptiva. Quando o estímulo é aplicado à pele as fibras A $\delta$  são responsáveis pela dor aguda, seguida de uma dor difusa, provocada pelas fibras C, de condução mais lenta (LOPES, 2003).

Os mecanismos pelos quais um determinado estímulo dá origem a potenciais de acção nas terminações periféricas dos nociceptores, levando á consequente

transmissão dos impulsos nervosos até à medula espinal, ainda não estão totalmente esclarecidos. Considera-se que a transmissão do fenómeno doloroso nociceptivo tem início nos neurónios aferentes primários (nociceptores periféricos - receptores específicos da pele para estímulos nociceptivos somáticos ou viscerais), activando os nervos periféricos do axónio de um nervo periférico (neurónios aferentes), os neurónios aferentes sinapsam com os neurónios da medula espinal e transmitem o estímulo, através desta. O estímulo vai pela medula até ao tálamo (córtex cerebral). No tálamo, a informação é analisada e processada - atingindo a consciência e a percepção (HARRISON, 2009).

A dor pode resultar da estimulação dos nociceptores localizados na pele, vísceras ou outros órgãos, designada de **dor nociceptiva**; ou de uma lesão/disfunção do Sistema Nervoso Central ou Periférico designada por **dor neuropática** (dor central) (LOPES, 2003).

Com o envelhecimento existem alterações na percepção nociceptiva da dor, a fibra A $\delta$  decresce a sua actividade (JANSEN, 2008).

Na doença arterial periférica, a fisiologia da dor pode traduzir-se, em alguns casos, na **sensibilização central** - estimulação nóxica prolongada, que conduz a alterações neuronais que perduram para além do período de estimulação e se tornam praticamente independentes dessa estimulação. Existem estímulos que ocorrem de forma desorganizada no córtex cerebral (estimulação excessiva dos neurónios espinais e supraespinais), provocando uma dor perpetuada para além do estímulo que lhe deu origem.

Existe ainda outro aspecto, com relevo na doença arterial periférica, a **desaferenciação**, que surge após uma amputação, ocorrendo uma reorganização dos mapas sensoriais centrais, os neurónios do Sistema Nervoso Central, que recebiam a informação daquele segmento, tornam-se desorganizados e anormalmente hiperactivos - habitualmente conhecida por **Dor Fantasma** (SILVA, 2010).

A American Geriatric Society considerou quatro categorias na **patogenia** da dor persistente:

- A Dor Nociceptiva, do tipo visceral ou somática, que em geral resulta da estimulação dos receptores da dor. A dor nociceptiva pode ter como proveniência a

inflamação dos tecidos, deformação mecânica ou destruição de estruturas ósseas; ex: artrites traumáticas, síndromes de dor miofascial, processos isquêmicos;

- A Dor Neuropática surge por um processo que envolve o Sistema Nervoso Periférico e Sistema Nervoso Central; ex: neuropatia diabética, nevralgia do trigêmeo, amputação de membros;

- A Dor Mista (Nociceptiva e Neuropática) ou Inespecífica com uma origem multicausal ou incerta. As enxaquecas podem ser um exemplo deste tipo de dor, bem como vasculites inespecíficas e as lombalgias;

- Situações de complexidade elevada e raras, onde a dor pode ter origem em perturbações psicológicas, aumentando a sua intensidade, exacerbando-a, ou fazendo-a persistir para além do que é usual/típico para a situação em causa – situações psicossomáticas (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002).

A doença arterial periférica provoca dor nociceptiva em situação de isquémia de grau IV (pela lesão tecidual) e dor neuropática (pela lesão em nervos periféricos) (CARDOSO, 1999).

#### QUADRO 2: Dor Nociceptiva e Dor Neuropática

DOR NOCICEPTIVA	DOR NEUROPÁTICA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Episódio de doença aguda (ex: Angina de Peito, Acidente Vascular Cerebral);</li><li>• Processo inflamatório ou lesão tecidual;</li><li>• Estimulação de nervos periféricos ou receptores viscerais.</li><li>• Resulta de um processo de doença ou tratamento médico (ex: Cirurgia)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Episódio de doença continuada (ex: dor por Herpes Zóster, Doença Vascular Arterial, por neuroplasticidade dos nociceptores);</li><li>• Lesão ou mau funcionamento do Sistema Nervoso;</li><li>• Perda de músculo ou osso;</li><li>• Lesão em nervos periféricos e centrais.</li></ul>

Fonte: (NATIONAL CLEARING HOUSE, 2005)

A **experiência dolorosa na pessoa idosa** resulta da interacção de uma multiplicidade de factores: de alterações neurológicas, da visão, da audição, da cognição, do sistema nervoso autónomo (hipotensão ortostática), do sistema músculo-esquelético, na marcha e no equilíbrio postural. Estes têm um efeito nefasto na autonomia do doente idoso, acentuando situações de dependência (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2009).

As alterações fisiológicas e anatómicas decorrentes do envelhecimento são de extrema importância na abordagem da dor na pessoa idosa (JANSEN, 2008).

Existem diferenças na forma como o Adulto e o Idoso descrevem a sua dor. A pessoa idosa, em geral, não refere uma intensidade de dor tão elevada. As estratégias de coping, a intervenção médica e as co-morbilidades podem alterar a forma do idoso reporta a sua dor (JANSEN, 2008).

Segundo a literatura, o género também tem influência o processo de relato da dor, pelo idoso: as mulheres reportam a dor com maior frequência e tendem a referir uma dor mais grave que os homens. No entanto, a mulher idosa tende a encontrar estratégias de resolução a nível social, ajudas técnicas e formas de lidar com a sua dor, mais rapidamente que o homem (GARTRELL, 2005).

Verifica-se com frequência que o doente idoso não deseja tomar a medicação analgésica, por receio de efeitos secundários ou de ser submetido a tratamentos com efeitos colaterais desagradáveis ou de estar sobre “investigação” (CROME, MAIN e LALLY, 2007).

Em adição à doença crónica, a polimedicação, os acidentes domésticos, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, constituem factores que condicionam a saúde e a autonomia da pessoa idosa (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2008).

O enfermeiro pelo tempo de contacto com a pessoa doente assume uma posição privilegiada para intervir e promover a avaliação e controlo da dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002).

A Direcção Geral de Saúde equipara a dor ao 5.º sinal vital e segundo as suas directrizes, a dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pelos profissionais de saúde (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003). A avaliação da intensidade da dor está indicada através do uso de instrumentos/escalas de avaliação, validados e adequados a cada população/situação em particular (HERR et al, 2006).

A **avaliação da dor** na pessoa idosa é difícil, devido à complexidade das suas necessidades (físicas, sociais, económicas, funcionais e ambientais). Quase sempre associado ao envelhecimento surgem alterações da comunicação, cognitivas e funcionais que dificultam a avaliação da dor e contribuem para a sua desvalorização (CROME, 2007; AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2009).

A avaliação da dor por uma equipa multidisciplinar permite que a pessoa seja assistida e encaminhada para as especialidades necessárias, para resolver o fenómeno/causa dolorosa e as co-morbilidades associadas. O imperativo será diminuir a dor para um nível que o doente sinta que é aceitável, sem esquecer que a dor persistente é de difícil tratamento (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002).

As **Escalas Unidimensionais** são a primeira forma de avaliação de dor recomendada na pessoa idosa com capacidade de autorelato e pensamento abstracto preservadas. Na pessoa idosa sem défice cognitivo ou com défice cognitivo ligeiro a moderado privilegia-se o autorelato; o próprio indica a sua intensidade de dor, através do uso das seguintes escalas: Escala Numérica Universal (ENU), a Escala Numérica Verbal (ENV) e a Escala Visual Analógica (EVA). No entanto, alguns idosos podem ter dificuldades em utilizar estas escalas, pelo que existem escalas alternativas: Escala das Faces, Escala Qualitativa, Termómetro da Dor. (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003; HERR et al, 2006).

Os instrumentos de **Avaliação de Dor Multidimensionais** contemplam a dor com aspectos quantitativos (Intensidade) e qualitativos (interferência da dor nas actividades de vida na pessoa idosa). Alguns instrumentos multidimensionais dão ênfase á componente sensorial (localização, duração, tipo) e afectiva (tensão e medo) da dor. ex: Questionário de MacGill; Inventário Resumido da Dor (APÊNDICE I), entre outros (ROENN, PAICE e PROEDOR, 2009).

Os instrumentos de **Heteroavaliação ou Comportamentais** permitem avaliar a dor na pessoa idosa não comunicante, em geral, ou com problemas demenciais (demências vasculares, Alzheimer). Na presença de défice cognitivo moderado a grave, é possível realizar a heteroavaliação (avaliação por terceiros - profissional de saúde), com escalas apropriadas. A utilização destes instrumentos não reflecte a intensidade de dor, mas permite, através da presença de comportamentos de observação directa, fazer a correspondência a situações de dor e conhecer a severidade da mesma (HERR et al, 2006)

**QUADRO 3: Escalas para Avaliação da Dor na Pessoa Idosa**

<b>Pessoa Idosa</b>	<b>Exemplos de Escalas</b>	<b>Comentários</b>
<b>Auto Relato</b> - Pessoa sem problema cognitivo - Pessoa com problema cognitivo de mínimo a moderado	Escala Numérica (ENU) Escala Verbal (ENV) Escala Numérica (ENU)	A apresentação da escala na posição vertical, em oposição à posição horizontal, pode evitar malinterpretações.
- Pessoa com problema cognitivo de moderado a grave	Termómetro da dor Escala visual analógica das cores (EVA)	De fácil entendimento, com maior relevância nos doentes com doença de Alzheimer.
<b>Observação</b> - Pessoa com problema cognitivo grave	Escala de avaliação da dor de Abbey	De fácil aplicação, mas requer um conhecimento mais atento e detalhado dos comportamentos da pessoa.
<b>Avaliação Multidimensional</b> - Pessoa sem problema cognitivo ou com problema mínimo.	Inventário Resumido da Dor (BPI)	15 itens de severidade, impacto nas actividades de vida diárias, humor e qualidade de vida.

**Fonte:** “*The assessment of pain in older people*” (ROYALL COLLEGE OF PHYSICIANS, BRITISH GERIATRIC SOCIETY e BRITISH PAIN SOCIETY, 2007)

Um estudo efectuado em Portugal, demonstrou que existem 5 tipos de **barreiras para o tratamento da dor crónica: mitos** (sobre a dor, a doença, o tratamento e os fármacos); **falta de acessibilidade** (aos prestadores de cuidados e à medicação); **falta de formação dos profissionais de saúde** (pré e pós-graduada); **falta de informação** (do doente/familiares e comunidade); **défice de comunicação** (entre as estruturas, entre os profissionais, com os doentes); **constrangimentos estruturais** (escassez de recursos humanos, económicos e outros) (PAIN, 2004).

A literatura internacional, no que concerne às barreiras para o tratamento da dor crónica, aponta duas situações: a primeira é relacionada com constrangimentos provocados pelos profissionais de saúde (ausência de uma metodologia de avaliação da dor, falta de comunicação, falta de registo e controlo de dor apropriado, subvalorização das queixas algícas da pessoa idosa, fraca relação entre o profissional de saúde e o doente/família). A segunda diz respeito a constrangimentos relacionados com a pessoa idosa (o idoso considera normal com a idade sentir dor; quando experimentou um tratamento analgésico que teve insucesso pensa que nada mais há a fazer; pensa que a dor não pode ser aliviada pelo que não a refere; tem receio dos gastos monetários ou de ficar dependente da medicação). Para a pessoa idosa, a falta de acessibilidade aos cuidados de saúde também impede o tratamento da dor (JANSEN, 2008; BÓNICA, 2010).

### 3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA IDOSA COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E DOR PERSISTENTE

Durante este estágio utilizei como modelo para abordagem da pessoa idosa, o Modelo de Enfermagem de Jean Watson.

A **enfermagem** é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências da saúde/doença do homem, que se pratica em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas (WATSON, 2002).

Na teoria do cuidado/humanista a pessoa constitui um todo (pelo biológico, psicológico e social) e o enfermeiro deve realizar uma parceria com o doente, na satisfação das suas necessidades humanas básicas (WATSON, 2002).

O cuidar em enfermagem só pode ser demonstrado e praticado numa relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, família ou comunidade, permitindo que esta relação tenha potencial para transcender o tempo, o espaço e o mundo físico concreto (WATSON, 1985). Neste encontro entre as duas pessoas cria-se uma relação de cuidar, designada pela autora de Transpessoal.

O cuidar não é apenas uma questão de boas intenções, envolve conhecimentos do enfermeiro para ajudar a pessoa doente no seu crescimento. Na concepção de cuidados de enfermagem, este modelo distingue o *essencial* e o *acessório*; o *essencial* é a acção interpessoal enfermeiro – doente, e o *acessório* é o conjunto de técnicas e protocolos utilizados (WATSON, 1985).

Este modelo teórico dá importância à instilação da fé e esperança, estimulando as forças existenciais, fenomenológicas e espirituais do doente. O enfermeiro interessa-se pelos aspectos da relação que permitem a livre expressão de sentimentos e pensamentos do doente; ajuda o doente a criar uma força interna que lhe permita maior autoconhecimento e controlo (WATSON, 1985).

Após pesquisa na literatura verifiquei a ausência de artigos que desenvolvam teoricamente e na prática, os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor persistente, tendo por base a filosofia do modelo teórico de Jean Watson.

Na filosofia de cuidados de Watson, o doente não assume um papel passivo de receptor de cuidados. Durante este ensino clínico desenvolvi a minha prestação de cuidados de enfermagem com base no modelo desta autora, por considerar que este

favorece o crescimento da pessoa idosa, ajudando-a a conhecer o seu corpo, a avaliar a intensidade da sua dor e a conceber formas de atenuar essa dor, através de meios farmacológicos e não farmacológicos.

Ao enfermeiro compete desenvolver intervenções que ajudem a orientar a pessoa, fazendo emergir no doente forças intra e extrapessoais para a satisfação das suas necessidades humanas básicas. Esta visão, segundo Jean Watson, leva à compreensão da pessoa de uma forma holística e individualizada.

## 4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ao longo deste estágio procurei desenvolver a prática clínica baseada no respeito de normas ético-deontológicas e nos padrões de qualidade associados a uma área de especialidade.

O estágio decorreu na Unidade Multidisciplinar de Dor e no Serviço de Cirurgia Vasculiar I (CHLN-HSM). Para esse efeito, foram efectuadas reuniões de discussão da aplicabilidade, interesse e obtenção de contributos com a realização do ensino clínico. As reuniões decorreram com o Director Clínico do Serviço de Cirurgia Vasculiar, Professor Doutor Américo Dinis da Gama e com as Enfermeiras Chefes dos locais de estágio, Enfermeira Amélia Matos (Unidade Multidisciplinar de Dor) e Enfermeira Elisabete Patrício (Serviço de Cirurgia Vasculiar). Posteriormente, foi pedida autorização à Direcção de Enfermagem e ao Conselho de Ética Hospitalar (CHLN-HSM) para implementação do projecto de estágio.

Na investigação clínica, quando são utilizadas pessoas como sujeitos de investigação é necessário ter em conta considerações éticas, pelo que foram respeitados cinco princípios fundamentais aplicáveis ao ser humano: o direito à auto-determinação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e ao prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo (FORTIN, 1999). Os dados colhidos durante esta fase do estágio, em nada foram intrusivos ou expositivos em relação à pessoa idosa e aos profissionais de saúde.

Durante o estágio apliquei a versão portuguesa do Inventário Resumido da Dor (AZEVEDO et al, 2007). Para a utilização do Inventário Resumido da Dor foi obtido o consentimento informado, após a explicação de todos os procedimentos e objectivos aos doentes integrados neste trabalho. O consentimento informado, significa que os participantes possuem a informação necessária e são capazes de a compreender, tendo a capacidade de escolher livremente e de forma voluntária, colaborar na investigação (POLIT e HUNGLER, 1995).

Na segunda fase do estágio, no Serviço de Cirurgia Vasculiar, para a contagem do registo da intensidade da dor através dos processos clínicos, não foram colocados elementos que possam reconhecer ou identificar pessoalmente os enfermeiros.

## 5. RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Este capítulo pretende apresentar o desenvolvimento de competências durante o ensino clínico.

O ensino clínico decorreu no Hospital de Santa Maria, em duas vertentes: na Unidade Multidisciplinar de Dor (primeira fase do estágio) e no Serviço de Cirurgia Vasculuar (segunda fase de estágio). O tempo total de estágio foi de 20 semanas.

Na realização do projecto de estágio idealizei a situação pretendida para o final do ensino clínico:

### **Situação ideal para o final do ensino clínico, por parte dos Profissionais de Saúde:**

- Avaliação e registo da intensidade da dor persistente, na pessoa idosa, com doença arterial periférica, no Serviço de Cirurgia Vasculuar, através de uma metodologia sistemática – directrizes da American Geriatric Society, Direcção Geral de Saúde, entre outras entidades;
- Encaminhamento da pessoa idosa com dor não controlada, internada no Serviço de Cirurgia Vasculuar, para a Unidade Multidisciplinar de Dor (CHLN-HSM).

### **Resultados Esperados:**

- Melhoria da qualidade de vida do doente, com doença arterial periférica, através da redução da intensidade da dor, quando internados no Serviço de Cirurgia Vasculuar, do HSM;
- Tornar a dor visível aos olhos dos outros elementos da equipa multidisciplinar, objectivando-a, para promover um controlo mais eficaz;
- Valorizar a dor em tempo útil, como sintoma da doença arterial periférica, prevenindo eventuais complicações para a pessoa idosa internada no Serviço de Cirurgia Vasculuar (CHLN-HSM);
- Incremento do número de referências entre o Serviço de Cirurgia Vasculuar e a Unidade Multidisciplinar de Dor (CHLN-HSM), na pessoa idosa com dor não controlada;
- Formação dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vasculuar (CHLN-HSM).

## 5.1. Desenvolvimento de Competências na Avaliação da Dor na Pessoa Idosa – Unidade Multidisciplinar de Dor

A **primeira fase** do estágio decorreu na Unidade Multidisciplinar de Dor e teve início no dia 27 de Setembro de 2010.

Foi escolhida a Unidade Multidisciplinar de Dor (CHLN-HSM) como local de estágio por intervir preferencialmente em doentes com dor crónica na vertente de internamento e ambulatório. A Unidade Multidisciplinar de Dor é um serviço de referência a nível nacional, sendo formada por profissionais de saúde peritos na área.

A **Unidade Multidisciplinar de Dor** do CHLN-EPE surgiu em 2008, encontra-se sediada no Hospital de Santa Maria piso 1 e faz parte das unidades de dor crónica de nível III, cumprindo as directrizes configuradas pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor, emitidas pela Direcção Geral de Saúde em 2001. Tem como finalidade o tratamento de doentes com dor crónica, internados ou em ambulatório, referenciados pelas Unidades de Saúde Familiares e outras instituições da sua área de influência. Procura abordar de forma activa a dor crónica, persistente ou recorrente, de doentes que foram submetidos a tratamento não eficaz.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, fisiatra, assistente social, assistente operacional, dietista, assistentes técnicos, entre outros profissionais consultores.

O alvo dos cuidados é o doente e a sua família, estabelecendo-se um plano de intervenção individualizado de controlo de dor (através de métodos terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos).

A actividade da Unidade Multidisciplinar de Dor desenvolve-se em parceria com os Serviços de Internamento do CHLN, na consulta a doentes internados (de Médico e/ou Enfermeiro); realiza ainda consultas urgentes no próprio dia (doentes provenientes do Serviço de Urgência Central ou ambulatório); e Consulta telefónica (Consulta de *Follow-up* terapêutico inicial e subsequente).

No âmbito das actividades da Unidade Multidisciplinar de Dor são efectuadas consultas conjuntas de médico e enfermeiro (para definir prioridades de actuação e utilização de instrumentos de avaliação particulares, entre outros); realizam-se ainda procedimentos de tratamento diagnóstico e terapêutico da dor (ex: titulação analgésica

em situação de dor aguda ou crónica agudizada incidental ou irruptiva, terapia de relaxamento e hipnose, orientação e educação do doente e família, entre muitas outras actividades).

A dor na sua complexidade multidimensional requer uma variedade de estratégias dentro dos cuidados de saúde, sendo fundamental a multidisciplinaridade, para a resolução do fenómeno/causa dolorosa e das co-morbilidades associadas à pessoa idosa (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002). Na **abordagem multidisciplinar** valoriza-se o contributo que cada profissional pode proporcionar à pessoa doente.

No projecto de estágio formulei o seguinte objectivo específico:

**Objectivo Especifico I** - “Aprofundar conhecimentos sobre o tratamento e controlo da dor persistente na pessoa idosa, durante o estágio na Unidade Multidisciplinar de Dor, no período de 5 semanas.”

Para atingir este objectivo realizei as seguintes **actividades**:

**Integração na Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD):** Para atingir o objectivo proposto foi necessário um conhecimento efectivo da realidade da Unidade Multidisciplinar de Dor. Durante a primeira semana procurei integrar-me e interagir com a equipa multidisciplinar, obtendo informação sobre os recursos materiais e humanos, metodologia de trabalho, instrumentos de colheita de dados e registos deste serviço. Procedi à consulta de normas (folha de referenciação à UMD, folha de colheita de dados de enfermagem, folha de follow up telefónico) e protocolos de analgesia do Serviço de Anestesia. Obtive ainda, conhecimento sobre a articulação inter e intra hospitalar na Unidade Multidisciplinar da Dor. Neste período, tive a oportunidade de observar quatro sessões de hipnose sugestiva, para tratamento e controlo da dor, com o enfermeiro Luís Abrantes e participar na reunião de preparação para o evento comemorativo do dia internacional da dor.

**Realização de revisão da literatura que permita compreender o estado da arte, sobre as condutas actuais na pessoa idosa com dor persistente:** Tendo como alvo

de intervenção a saúde da pessoa idosa e reflectindo sobre as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, ao longo do ensino clínico efectuei pesquisa e revisão bibliográfica sobre epidemiologia, envelhecimento, instrumentos de avaliação de dor na pessoa idosa, que me permitiu realizar uma prática fundamentada e actualizada, nos cuidados à pessoa idosa com dor. Outra forma de desenvolver os meus conhecimentos e competências nesta área foi através do contacto/entrevista com profissionais peritos na área.

**Recolha de informação sobre a pessoa idosa assistida na Unidade Multidisciplinar de Dor, recorrendo ao processo clínico e de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, elementos da equipa multidisciplinar, pessoa/cuidador, entre outros:** Nesta fase, procurei alargar as minhas competências específicas, direccionando-me preferencialmente para a resolução dos problemas de saúde da pessoa idosa, com dor persistente, pelo que foram efectuadas as seguintes acções:

- Participei diariamente na reunião da equipa multidisciplinar da Unidade de Dor, para discussão de casos clínicos, dos doentes seguidos no internamento e em ambulatório. Nestas reuniões, elaboram-se planos individuais de cuidados destinados à situação de cada doente. Verifica-se uma estreita colaboração por parte de todos os profissionais, reflectindo sobre as intervenções que devem ser realizadas para promover o bem-estar da pessoa com dor. É valorizado o contributo que cada área profissional pode fornecer para resolver os problemas do doente.

- Monitorização diária de doentes no internamento (consulta de médico e/ou enfermeiro) para avaliação e acompanhamento caso a caso.

- Observei e participei na realização de consultas telefónicas de *Follow Up* a doentes em ambulatório (incidindo sobre a avaliação da intensidade da dor, efeitos secundários da terapêutica, cumprimento da medicação, entre outros); procedi à elaboração de cartas de luto para os familiares de doentes falecidos; registos da actividade de enfermagem efectuada, entre outros.

- Discussão com o enfermeiro especialista Pedro Nuno, sobre o processo de admissão do doente de primeira vez na Unidade Multidisciplinar de Dor, observando a consulta de enfermagem e a consulta médica (sessões de educação e orientação sobre o plano terapêutico; análise da fisiopatologia da dor caso a caso, observação de exames complementares).

- Pesquisa sobre instrumentos de avaliação de dor em populações especiais, nomeadamente: para a pessoa idosa; para a pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro, moderado e grave (demências vasculares); para doentes em coma induzido por sedação.

- Leitura e observação do projecto de analgesia tópica para feridas, elaborado pelos profissionais da Unidade Multidisciplinar de Dor. Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem a feridas dolorosas, no doente idoso, com analgesia tópica.

- Observação de consultas conjuntas de dor orofacial (médico da Unidade Multidisciplinar de Dor e médico especialista em Cirurgia-Maxilofacial).

- Realização de procedimentos técnicos de enfermagem: preparação de analgesia específica (patient controlled analgesia, punção e administração de terapêutica por hipodermoclise, analgesia por punção epidural, entre outros). Preparação e administração de analgesia em situações de dor não controlada (titulação de morfina por via endovenosa, avaliação e estabilização de parâmetros vitais). Orientação e educação de doentes e familiares sobre a aplicação de opióides transdérmicos. Aquisição de conhecimentos sobre a rotação de opióides e de via de administração (no idoso a rotação de opióides da via endovenosa para Perós acarreta uma diminuição de 25 a 50% da dose da medicação).

Com a finalidade de me dirigir ao contexto da **pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente não controlada**, procurei conhecer instrumentos apropriados para avaliação sistemática da dor. Assim, nas consultas de enfermagem, durante o acolhimento do doente/família na Unidade Multidisciplinar de Dor, era reunida

toda a informação/documentação pertinente para avaliação e caracterização da dor: identificação/história de vida; início e duração da dor; possível origem (oncológica/não oncológica, traumática, entre outros); localização (distribuição - mapa corporal); classificação temporal; intensidade (através da Escala Numérica Universal); características associadas (sinais secundários ou sintomas); patogénese da dor (nociceptiva, neuropática); tratamentos já instituídos; factores de alívio e agravamento (variação), factores psicossociais, entre outros.

Nas consultas de enfermagem que efectuei, na companhia do co-orientador, foi-me permitido aplicar o Inventário Resumido da Dor (AZEVEDO et al, 2007) (APÊNDICE I). Este instrumento possibilita a avaliação da intensidade da dor e permite verificar a interferência da dor na actividade da pessoa: na disposição, na capacidade de andar a pé, nas relações com os outros, no sono, no prazer de viver, entre outros.

Optei pelo uso deste instrumento, por englobar a Escala Numérica Universal, e ser recomendado para a avaliação da dor na pessoa idosa (Direcção Geral de Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Royal College of Physicians); no entanto, após pesquisa na literatura, verifiquei a ausência de estudos sobre a aplicação do Inventário Resumido da Dor na pessoa idosa em geral, e com Doença Arterial Periférica. A aplicação deste questionário respeitou os princípios legais e éticos necessários (APÊNDICE I).

**Elaborar um artigo sobre a Pessoa Idosa com Dor Persistente:** Ao longo do estágio, através da reunião de vários documentos (artigos internacionais e nacionais), e pela aquisição própria de conhecimentos e várias leituras no âmbito da Dor Persistente na Pessoa Idosa, procedi à sistematização de conteúdos, elaborando um artigo sobre “Abordagem à dor persistente na pessoa idosa”. Este artigo, foi revisto por vários profissionais - peritos na área da Dor e aguarda envio para publicação numa revista internacional.

### 5.1.1. Actividades inicialmente não previstas na Unidade Multidisciplinar de Dor

Durante este estágio, fruto da sua evolução, tive a possibilidade de desenvolver actividades acrescidas:

- Frequência na formação prestada pelo Laboratório Astelas, sobre a CAPSAÍCINA 8% (novo medicamento transdérmico utilizado para o tratamento da dor neuropática periférica);
- Elaboração de uma **folha de Registo e avaliação de feridas** (APÊNDICE II) que engloba a monitorização, avaliação da intensidade e do tipo de dor. (Para implementar no Serviço de Cirurgia Vascular);
- Comparência no “Evento Comemorativo para o Dia Internacional da DOR” (15 de Outubro), no HSM, realizada pela equipa da Unidade Multidisciplinar de Dor;
- Planeamento/elaboração de um **Folheto de Acolhimento** para o doente assistido na Unidade Multidisciplinar de Dor, que ainda se encontra em fase de aprovação;
- Planeamento/elaboração de um **Diário de Dor** para o doente assistido na Unidade Multidisciplinar de Dor, que ainda se encontra em fase de aprovação. Serve como indicador para o sucesso ou insucesso do tratamento farmacológico, melhorando o acompanhamento da resposta terapêutica por parte da equipa);
- Realização de uma **Ação de Formação no Serviço de Medicina I do Hospital Pulido Valente** (APÊNDICE III) em conformidade com o convite feito à Unidade Multidisciplinar de Dor, cujo tema foi definido em conjunto com enfermeiro especialista Pedro Nuno, “ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM À PESSOA IDOSA COM DOR“. A sessão teve como conteúdos programáticos: dificuldades na avaliação e registo da dor, problemática da pessoa idosa, estratégias de avaliação – adequação dos instrumentos à pessoa idosa, experiências pessoais. Contou com a presença da Enfermeira Chefe do Serviço, e com 15 enfermeiros. Teve a duração de 45 minutos, incluindo a exposição e discussão. Considero que a sessão foi bem sucedida, pela participação

dos presentes e pelas questões efectuadas, sobre a aplicação dos instrumentos à pessoa idosa.

- Partilha de informação sobre métodos de pesquisa de informação/investigação em enfermagem com os enfermeiros da Unidade Multidisciplinar de Dor;

- Aquisição e partilha de conhecimentos e experiências, através da realização de **contactos/entrevistas a Enfermeiros peritos na área da dor e da pessoa idosa**, nomeadamente com a Enfermeira Hírdina Guarda (Centro de Saúde Lapa) (Responsável pela Validação da Escala Dolopus em Portugal); Enfermeiro Lino (Unidade de Cuidados Intensivos de Pneumologia-HPV), escalas de dor em doentes ventilados e sedados, usadas em Portugal.

## **5.2. Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica – Cirurgia Vasculiar I**

A segunda fase do estágio decorreu no **Serviço de Cirurgia Vasculiar I** (CHLN – HSM). Este serviço, inaugurado em 1986, é actualmente dirigido pelo Professor Doutor Américo Dinis da Gama, sendo a Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais coordenada pela Enfermeira Chefe Elisabete Patrício, enfermeira especialista em pediatria.

A equipa de enfermagem é constituída por 35 enfermeiros, dos quais 7 são do sexo masculino e 28 do sexo feminino, tendo idades compreendidas entre os 23 e os 54 anos de idade. A grande maioria são Licenciados em Enfermagem, apenas 3 enfermeiros tem o Bacharelato em Enfermagem, e 6 enfermeiros tem cursos pós graduados. Existe ainda, 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, e 1 enfermeiro especialista em pediatria. A média de tempo de serviço da maioria destes enfermeiros è de 3 anos, onde 12 enfermeiros têm mais de 5 anos de experiência profissional.

Os dados estatísticos, do Serviço de Cirurgia Vasculard do HSM, no ano de 2008, revelaram que cerca de 85% dos internamentos no Serviço foram por doença arterial periférica. E que no ano de 2009, 82% dos doentes tinham mais de 65 anos. Maioritariamente os doentes internados são do sexo masculino.

O doente com patologia vascular apresenta vários tipos de dor: a dor aguda súbita e incapacitante; a dor aguda pós-operatória com um processo cirúrgico minor ou major; e a dor crónica insidiosa e persistente evolutiva, aparentemente mais resistente à medicação, cujo controlo se revela difícil. A pessoa idosa com diagnóstico de insuficiência arterial, tem em geral dor neuropática e nociceptiva (Isquemia de Grau IV), sendo o internamento prolongado no tempo (durante meses), podendo permanecer no serviço com uma dor persistente não controlada.

A dor persistente pode provocar uma série de eventos desfavoráveis para a pessoa idosa: comprometimento funcional, quedas, reabilitação demorada, alterações do humor (ansiedade e depressão), diminuição da interacção social, alterações no sono, distúrbios de apetite e aumento dos custos (AGS, 2009).

Face à ausência de avaliação sistemática da dor, no Serviço de Cirurgia Vasculard, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa, pode fazer a diferença ao estabelecer um plano específico de avaliação, aconselhamento e encaminhamento da pessoa idosa/família e dos profissionais. Através da correcta avaliação e registo da dor na doença arterial periférica, o enfermeiro contribui para o tratamento efectivo da dor e reduz a perda de autonomia da pessoa idosa, favorecendo o envelhecimento activo.

Na **Segunda fase** do estágio procurei partilhar os conhecimentos e “boas práticas” observadas na Unidade Multidisciplinar de Dor, e modificar o paradigma de ausência de avaliação sistemática e registo de dor por parte dos enfermeiros, do Serviço de Cirurgia Vasculard I.

No projecto de estágio formulei o seguinte objectivo específico:

**Objectivo Específico II** – “Implementar uma metodologia de avaliação, monitorização e controlo da dor, no Serviço de Cirurgia Vasculard do HSM, durante 15 semanas, através da: Prestação de Cuidados, da Formação e Referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor.”

Para atingir este objectivo, no âmbito da **Prestação de Cuidados**, realizei as seguintes **actividades**:

- **Sensibilização e mobilização das várias hierarquias do Serviço de Cirurgia Vascul**ar (CHLN-HSM), nomeadamente: Director Clínico, Enfermeira Chefe e Coordenadora do Serviço – Apresentação do projecto de estágio.

- **Diagnóstico da situação** sobre a avaliação e registo da intensidade da dor, efectuado pelos enfermeiros, no Serviço de Cirurgia Vascul

ar. Para conhecer a realidade da avaliação e registo da dor, procedi à contagem do registo da intensidade da dor, nas primeiras 24 horas de internamento, nos processos clínicos dos doentes idosos, internados por doença arterial periférica no Serviço. (APÊNDICE V).

A folha de parâmetros vitais presente no processo clínico de cada doente tem a Escala Numérica Universal (ENU) para registo da intensidade de dor que o doente refere. A avaliação da dor, pelos enfermeiros, deve ser efectuada pelo menos uma vez por turno ou sempre que se revele necessário, no entanto, raros eram os processos que apresentavam esse registo. Efectuei uma revisão dos registos de intensidade de dor, na folha de parâmetros vitais dos processos clínicos, onde verifiquei que em 75 internamentos, no mês de Novembro de 2010, 11 idosos foram internados com o diagnóstico de doença arterial periférica, e que no total de 33 turnos, a dor foi avaliada 13 vezes, em oposição a 20 ausências de avaliação. Estes resultados vêm reforçar o problema em estudo.

- Face aos resultados obtidos procedi ao **planeamento e realização de uma sessão de formação para sensibilização da equipa de enfermagem** (APÊNDICE IV). Cujos temas foram “PROJECTO DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA DOR NA PESSOA IDOSA”, tendo como objectivo geral “*Que os formandos no final da sessão sejam capazes de avaliar a dor de forma sistemática*”. Nesta sessão apresentei formalmente à equipa de enfermagem o meu estágio. A formação contou com a presença do enfermeiro especialista Pedro Nuno e do enfermeiro Luís Abrantes da Unidade Multidisciplinar de Dor, e de 17 enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vascul

avaliação da sessão os formandos consideraram que o assunto foi pertinente e a metodologia usada adequada. Sugeriram a realização de mais formações no Serviço e a realização de outra folha de registo de dor. No final da sessão apresentei um dossier com várias escalas de abordagem da dor, na pessoa idosa, colocando-o ao dispor de todos os elementos da equipa de enfermagem e médica.

- Durante o estágio procedi à elaboração de dois **estudos de caso**:

A realização destes estudos de caso permitiu-me demonstrar o desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, na vertente do enfermeiro especialista. De entre as competências desenvolvidas destaco a avaliação pormenorizada sobre a história e o contexto de vida da pessoa idosa e família, a abordagem de necessidades complexas de acordo com as especificidades da pessoa idosa (alterações mentais, físicas, funcionais), cujas intervenções de enfermagem para a resolução dos problemas encontrados foram baseadas nos conhecimentos adquiridos na fase académica desta especialidade e na pesquisa de literatura, negociando diferentes abordagens com os vários elementos da equipa multidisciplinar.

A pessoa idosa com doença arterial periférica é frequentemente submetida a longos períodos de internamento hospitalar, ficando sujeita a momentos despersonalizantes, de intromissão na sua intimidade e nos seus gostos, pelo que procurei individualizar os cuidados de enfermagem e devolver ao doente segurança no meio em que o rodeia e autonomia nas suas actividades de vida, favorecer as suas capacidades funcionais e prevenir eventuais complicações.

A prestação de cuidados de enfermagem foi baseada no modelo Transpessoal de Jean Watson, e teve por base o consentimento informado. Através da teoria transpessoal, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança e interesse com a pessoa idosa, para que esta possa livremente e sem receios expor as suas preocupações, valorizando não só o doente, mas também a família enquanto cuidadores.

Para a correcta identificação de problemas e prestação de cuidados de enfermagem foram aplicadas diversas ferramentas de avaliação e mobilizados os recursos intra e extrahospitalares adequados ao meu dispor para a resolução dos problemas da pessoa idosa.

Com a elaboração destes estudos de caso considero que obtive mais valias para a dinâmica do Serviço de Cirurgia Vascul ar I, contribuindo para que a equipa de enfermagem, através da observação de situações concretas, desenvolve-se a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor persistente, na pessoa idosa; com a colaboração dos profissionais da Unidade Multidisciplinar, permitiu tornar a dor visível aos olhos dos vários profissionais da equipa multidisciplinar; preveniu eventuais complicações para a pessoa idosa internada no Serviço de Cirurgia Vascul ar.

**- Sensibilização da equipa de enfermagem:**

**a)** Discussão sobre normas de avaliação sistemática da dor, emitidas pela Direcção Geral de Saúde (DGS), com os diferentes elementos da equipa de enfermagem; afixação das normas da DGS e de cartazes com a Escala Numérica Universal (ENU), nos três sectores do Serviço e na sala de pensos. Apresentação e discussão oral do plano de cuidados efectuado para a pessoa idosa, com dor persistente não controlada, nas passagens de turno; com a finalidade de dar visibilidade às necessidades do doente, incentivar a dinâmica de grupo e a partilha de experiências no cuidado ao doente idoso com dor persistente.

**b)** Implementação da metodologia de avaliação de dor, preconizada pela Direcção Geral de Saúde, com a equipa de enfermagem; realização de formação individual aos diversos enfermeiros do Serviço; observação dos registos efectuados sobre a dor e mobilização dos enfermeiros que não procediam à avaliação e registo da dor.

Com o evoluir do estágio, verificou-se o interesse e aumento de solicitações por parte da equipa de enfermagem, sobre a aplicação de instrumentos de avaliação de dor adequados à pessoa idosa, com a identificação de casos de dor não controlada a referenciar à equipa médica e conseqüentemente à Unidade Multidisciplinar de Dor. Os registos de enfermagem em processo clínico, contemplam uma descrição e observação mais aprofundada e fundamentada da dor na pessoa idosa, justificada através do uso das escalas de dor adequadas e da descrição mais rigorosa das características da dor.

No final do estágio, verifiquei um incremento da avaliação e registo da dor, na pessoa idosa com doença arterial periférica na folha de parâmetros vitais do Serviço (APÊNDICE V).

- **Sensibilização da equipa médica:** a avaliação sistemática da dor é um dever para a equipa de enfermagem, mas também médica. Deste modo, procedi à sensibilização directa dos médicos do Serviço de Cirurgia Vasculuar através da discussão de situações dos doentes com dor não controlada. Procurei efectuar a avaliação da dor ao doente quando este era observado pelo médico assistente. Pretendi agir como elemento pivô e dinamizador entre a equipa do Serviço de Cirurgia Vasculuar e a Unidade Multidisciplinar de Dor.

Actualmente, a maior parte das notas de observação efectuadas em diário clínico mencionam a dor do doente, as características da mesma e a referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor, o que demonstra que a dor está a ser valorizada.

Ao longo do estágio, verificou-se um incremento do número de referenciações de doentes com dor não controlada, do Serviço de Cirurgia Vasculuar para a Unidade Multidisciplinar de Dor.

- **Referenciação de doentes do Serviço de Cirurgia Vasculuar à Unidade Multidisciplinar de Dor:** Na fase inicial do estágio procedi à contagem do número de doentes referenciados, pelo Serviço de Cirurgia Vasculuar à Unidade Multidisciplinar de Dor, onde verifiquei que nos primeiros 8 meses do ano de 2010, foi referenciado apenas **1 doente**.

Após este estágio, entre Novembro 2010 e Fevereiro 2011 foram **referenciados 6 doentes com dor não controlada** à Unidade Multidisciplinar de Dor, pelo Serviço de Cirurgia Vasculuar. Destes 6 doentes referenciados à Unidade Multidisciplinar de Dor, todos os doentes tinham doença arterial periférica de grau IV, dos membros inferiores; dos quais 3 doentes encontravam-se numa faixa etária entre os 41 anos – 65 anos; e três doentes tinham mais de 65 anos de idade. A média etária dos doentes internados no Serviço de Cirurgia Vasculuar, no período referente, foi maioritariamente de doentes entre os 45 a 60 anos de idade.

- Na fase final do ensino clínico, para avaliar a minha intervenção no Serviço de Cirurgia Vasculuar, efectuei nova contagem dos **registos de intensidade de dor**, efectuada pelos enfermeiros na folha de parâmetros vitais, dos processos clínicos. Observei 11 processos clínicos referentes ao internamento de doentes idosos por doença arterial periférica, sendo que nas primeiras 24 horas de internamento, no registo da intensidade de dor na folha de parâmetros vitais em 33 turnos, a dor foi avaliada 26

vezes, em oposição a 7 ausências de avaliação. Comparativamente à fase inicial do estágio, o número de avaliações e registo da intensidade da dor aumentou para o dobro. Este aumento, pode ser entendido como maior valorização da dor pelos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Vasculiar (APÊNDICE V).

Ao longo deste ensino clínico, procurei incidir na **formação** da equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Vasculiar, divulgando e transmitindo as directrizes de avaliação da dor “Circular Normativa – Nº 9 DGCG - A dor como 5º sinal vital” (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003) e “The assessment of pain in older people: National Guidelines” (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, BRITISH PAIN SOCIETY e BRITISH GERIATRIC SOCIETY, 2007).

Efectuei pesquisa na literatura, para desenvolver uma prática fundamentada e actualizada, durante a prestação de cuidados à pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente, neste sentido, realizei um dossier com documentos importantes para a avaliação sistemática da dor: directrizes nacionais e internacionais, as várias escalas existentes para avaliação da dor no adulto (instrumentos de autoavaliação, heteroavaliação e questionários multidimensionais), com especial relevo para a pessoa idosa, para consulta dos profissionais enfermeiros e outros profissionais de saúde.

### **5.2.1. Actividades inicialmente não previstas no Serviço de Cirurgia Vasculiar**

- Frequentei as **Jornadas de Dor “Astor”**, realizadas pelo Hospital Garcia de Horta, onde observei alguns dos projectos que se desenvolvem a nível nacional na área da Dor. No âmbito das comunicações livres foram abordados temas como: admissão do doente com dor nas Unidade Multidisciplinares de Dor, utilização de fármacos opioides no tratamento da dor, apresentação da influência do riso na dor (tese de doutoramento), técnicas anestésicas no controlo da dor, projecto da sala de espera/desespera na Unidade Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Horta, entre outros. (ANEXO II)

- Articulação com os enfermeiros e médicos da Unidade Multidisciplinar de Dor, para a **elaboração de protocolos de actuação na dor persistente – Serviço de Cirurgia Vasculiar.**

## 6. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

**O Enfermeiro Especialista** “...é 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.” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, **D. R. I Série – A. 205** (1996/09/04) 2959 -2962)

Durante este estágio procurei desenvolver e traduzir através da prática clínica as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa idosa.

As competências gerais do enfermeiro especialista estão ao nível da investigação (desenvolvimento das aprendizagens profissionais); da responsabilidade profissional (ética e legal); da gestão da qualidade e dos cuidados.

As competências específicas na área da pessoa idosa, dirigem-se para os projectos de saúde/doença do idoso, tendo em vista a promoção da sua saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

O estágio teve duas fases: a primeira fase decorreu na Unidade Multidisciplinar de Dor, e a segunda fase no Serviço de Cirurgia Vasculuar do CHLN-HSM.

Na **Unidade Multidisciplinar de Dor** procurei “apropriar-me” do conhecimento e de formas de trabalho destes profissionais, tendo em vista a aquisição de “boas práticas” na abordagem da dor persistente na pessoa idosa, para numa fase mais tardia, poder implementar esses conhecimentos no Serviço de Cirurgia Vasculuar, e procurar solucionar um problema.

Para o desenvolvimento do estágio na Unidade Multidisciplinar de Dor, defini como **objectivo específico I** – “Aprofundar conhecimentos sobre o tratamento e controlo da dor persistente na pessoa idosa, durante o estágio na Unidade Multidisciplinar de Dor, no período de 5 semanas.”

Com vista ao cumprimento do objectivo proposto, procurei ter um conhecimento aprofundado sobre um **domínio específico da Enfermagem Médico-Cirúrgica**, nomeadamente na área da pessoa idosa com dor persistente, para isso participei nas diversas actividades diárias da Unidade Multidisciplinar de Dor, tais como: admissão do doente idoso com dor persistente, avaliação sistemática da dor, abordagem multidisciplinar da dor, realização de medidas terapêuticas, implementação do plano de cuidados no internamento ou no domicílio, entre outras.

Ao longo do estágio, o desenvolvimento de competências específicas foi um processo dinâmico, de constante aprendizagem e investigação, pelo que a proximidade e o estabelecimento de contactos com enfermeiros peritos e profissionais conhecedores da área da pessoa idosa e da dor persistente, contribuíram decisivamente para a minha formação.

Neste processo de formação procurei mobilizar os conhecimentos obtidos nas várias unidades curriculares deste curso e demonstrar competências na prática clínica, integrando conhecimentos científicos e técnicos, para alterar as práticas instituídas que se revelam desadequadas. O enfermeiro especialista, deve actuar como um modelo de conhecimento, para os outros enfermeiros, pelas suas capacidades técnico-científicas, e pela sua capacidade de resolver situações complexas.

A Unidade Multidisciplinar de Dor proporcionou-me conhecimentos acrescidos, que se desenvolveram ao nível das **competências gerais do enfermeiro especialista** (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008): na investigação (nos conhecimentos adquiridos e experiências vivenciadas sobre a abordagem da dor persistente), na gestão da qualidade (fomentando a melhoria continua da qualidade dos cuidados); na gestão dos cuidados (optimização da resposta da equipa multidisciplinar, adequação dos recursos ao contexto da pessoa idosa); no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (realizei intervenções fundamentadas na evidência científica mais recente; partilhando e discutindo o conhecimento).

O segundo período do estágio decorreu no **Serviço de Cirurgia Vascul**ar. Para esta fase, procurei intervir de forma activa na dinamização da avaliação e registo da dor persistente, tendo em vista as particularidades da pessoa idosa com doença arterial periférica, desejando alterar o paradigma de falta de valorização da dor, vivido no Serviço.

A abordagem da dor é um direito humano básico, por isso trata-se não apenas de uma situação clínica, mas também de uma condição ética, que abrange todos os profissionais de saúde. A evidência científica refere que a negligência da dor persistente, na pessoa idosa, pode ter graves consequências na sua qualidade de vida e conduzir a um declínio funcional e psicológico (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2002).

Defini como **objectivo específico II** – “Implementar uma metodologia de avaliação, monitorização e controlo da dor, no Serviço de Cirurgia Vascul

ar do HSM, durante 15 semanas, através da: Prestação de Cuidados, da Formação e Referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor.”

Com vista ao cumprimento deste objectivo, pensei várias actividades ao nível das **competências específicas e gerais do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**, para motivar e sensibilizar os enfermeiros do serviço, em relação à avaliação da dor, aplicando e transmitindo o conhecimento com rigor técnico. Procurei determinar a discussão de casos clínicos, alterar o paradigma da avaliação da dor pelos enfermeiros e desenvolver uma prática assente no conhecimento mais recente. Incidi sobretudo nos aspectos referentes à prestação de cuidados à pessoa idosa, beneficiando da consultadoria, efectuada pelo enfermeiro co-orientador (Unidade Multidisciplinar de Dor). Esta é sem dúvida, uma das competências que deve fazer parte do enfermeiro especialista, contribuir para a melhoria da prática clínica.

As **competências adquiridas** na primeira fase do estágio e a pesquisa de literatura, foram fundamentais para a prestação de cuidados de excelência numa área tão particular e complexa, que reúne a pessoa idosa, a dor persistente e a doença arterial periférica. A utilização de instrumentos e escalas de avaliação que observam e quantificam as alterações cognitivas, afectivas, físicas, entre outras, da pessoa idosa, foram essenciais para a avaliação e prestação de cuidados de enfermagem, neste contexto. A pessoa idosa evidencia problemas e questões de complexidade superior,

pelo que durante este ensino clínico para a satisfação das necessidades individuais, foi fundamental a valorização das co-morbilidades e articulação com parceiros da comunidade na preparação da alta clínica.

Procurei encontrar estratégias para resolver os problemas e dificuldades, nomeadamente a alteração de comportamentos da equipa de enfermagem e médica. Actualmente os enfermeiros têm uma visão mais interventiva; sendo conhecedores das directrizes da Direcção Geral de Saúde (Avaliação da dor como 5º Sinal Vital) e dos meios de acção e referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor.

Durante este processo, os **ganhos** traduziram-se no aumento da avaliação e registo da intensidade da dor; na valorização da dor na pessoa idosa, em tempo útil, prevenindo eventuais complicações; na realização de actividades sistemáticas na avaliação da dor por parte dos enfermeiros, com rigor técnico e científico; na referenciação criteriosa de doentes à Unidade Multidisciplinar de Dor.

Procurei agir como elemento de articulação/pivô, entre o Serviço de Cirurgia Vascular e a Unidade Multidisciplinar de Dor, facilitando o desenvolvimento dos conhecimentos e estreitando relações, para promover um controlo mais eficaz da dor na pessoa idosa internada no serviço de Cirurgia Vascular e prevenir eventuais complicações.

Este trabalho tinha por base a resolução de um **problema**, a ausência de avaliação sistemática da dor persistente, na pessoa idosa, com doença arterial periférica, no Serviço de Cirurgia Vascular CHLN-HSM. Ao longo deste estágio considero que os resultados obtidos foram satisfatórios e pretendo dar seguimento ao conhecimento e às competências que adquiri, continuando a investir nesta área.

Como **aspectos positivos** desta etapa formativa devo nomear a aquisição de novas competências resultantes do investimento teórico e prático, o estabelecimento de boas relações com profissionais peritos na área, a boa aceitação pelos profissionais do Serviço de Cirurgia Vascular, como futura enfermeira especialista, entre outros. Para além de algum cansaço físico evidenciado nesta fase, considero que esta experiência não teve aspectos negativos.

Atendendo ao problema inicialmente definido e aos objectivos específicos delimitados considero que consegui atingir o que me tinha proposto, no entanto pretendo continuar o trabalho desenvolvido para não se tornar num trabalho meramente académico.

## **7. LIMITAÇÕES/PERSPECTIVAS FUTURAS**

Com o previsível envelhecimento da população previsto para as próximas décadas e com as co-morbilidades associadas teremos cada vez mais pessoas idosas com dor persistente.

Na pesquisa na literatura verifiquei que são raras as referências, na área da pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente, o que constituiu um factor limitante.

Sendo a doença arterial periférica uma doença tendencialmente incapacitante e com uma intensidade de dor elevada, penso que de futuro, seria importante efectuar mais estudos sobre esta problemática.

No final deste processo, foram discutidas algumas propostas com os superiores hierárquicos e com o grupo de colegas, de onde surgiram algumas sugestões:

- Realização de uma nova folha de registo de parâmetros vitais, para o CHLN que contemple a reavaliação da intensidade da dor e as actividades efectuadas;
- Formação sobre a nova folha de registo e avaliação de feridas no Serviço de Cirurgia Vasculuar;
- Possível elaboração de protocolos de actuação em técnicas de analgesia para o doente vascular, em articulação com a Unidade Multidisciplinar de Dor.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é considerada uma experiência individual complexa com aspectos sensoriais, emocionais e sociais. Com o envelhecimento surgem alterações de comunicação, cognitivas e funcionais que impedem o reconhecimento da dor. Cuidar da pessoa idosa com dor persistente exige uma intervenção capaz de abranger estes factores.

**A importância do uso de uma metodologia sistemática de avaliação da dor** é um dever do profissional de saúde. A avaliação sistemática da intensidade da dor e o seu registo, devem ser feitos de forma regular e contínua; negligenciar a avaliação da dor constitui uma falha profissional (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

A dor é difícil de avaliar, mas a institucionalização de princípios de avaliação da dor e de directrizes adequadas, fomentam a uniformização de procedimentos e de boas práticas. **É possível melhorar a prestação de cuidados de enfermagem** pela utilização de uma abordagem transversal na avaliação da dor, facilitando a comunicação dos diversos elementos da equipa multidisciplinar e promovendo o delinear de estratégias analgésicas mais eficazes.

Ao efectuar este trabalho pretendi demonstrar as competências e aprendizagens adquiridas no âmbito prático deste curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, durante o período de estágio cumprido na Unidade Multidisciplinar de Dor e no Serviço de Cirurgia Vasculuar (CHLN-HSM).

Ao ter em conta as **competências gerais e específicas do enfermeiro especialista** em enfermagem médico cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, para este estágio delineei como **objectivo geral** desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico - cirúrgica, na abordagem à pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente.

O ensino clínico decorreu na **Unidade Multidisciplinar de Dor** para o desenvolvimento de competências específicas na área da dor, sendo o contexto prático rico em experiências, tais como: admissão do doente com dor persistente, conhecimentos sobre avaliação sistemática da dor e abordagem multidisciplinar da dor, realização de medidas terapêuticas, implementação do plano de cuidados no internamento ou domicílio, entre outras.

Durante o estágio efectuado no **Serviço de Cirurgia Vascul**ar realizei várias actividades com vista á valorização da dor persistente no idoso com doença arterial periférica. O período de estágio foi extremamente gratificante pelo desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos e pelas competências fortalecidas nesta área.

No final deste estágio, considero ter alcançado o objectivo geral proposto, através dos seguintes **resultados**: as necessidades da pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente tornaram-se valorizadas pela equipa de enfermagem, os enfermeiros alteraram as suas intervenções face à avaliação da dor, realizam intervenções sistemáticas com rigor técnico e científico – mudança do paradigma, verificou-se o aumento da avaliação e registo da intensidade da dor.

Através do incremento de referências à Unidade Multidisciplinar de Dor, penso que o bem-estar da pessoa idosa com doença arterial periférica e dor persistente internada no Serviço de Cirurgia Vascul,ar, cresceu significativamente. Este estágio estreitou as relações entre os dois Serviços.

A integração da avaliação sistemática da dor persistente no contexto dos cuidados de saúde, liberta os profissionais de saúde de práticas rotineiras, conduzindo-os à realização de acções autónomas, personalizadas, adequadas à situação da pessoa idosa com doença arterial periférica e ao seu contexto. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, através da correcta avaliação e registo da dor persistente na doença arterial periférica contribui para o tratamento efectivo da dor e reduz a perda de autonomia do idoso, favorecendo o envelhecimento activo.

A elaboração deste trabalho foi no âmbito académico, no entanto pretendo dar-lhe continuidade, para **perseverar a avaliação da dor no Serviço de Cirurgia Vascul**ar e **aumentar a qualidade de vida dos doentes internados**.

Como **limitações** devo salientar que a doença arterial periférica é uma doença tendencialmente incapacitante para a pessoa idosa, sendo a dor persistente uma das manifestações mais inquietantes nesta situação, pelo que seria proveitoso efectuar mais estudos nesta área.

Ao avaliar o trajecto realizado torna-se evidente o investimento e dedicação dispendido neste ensino clínico, mas fica a satisfação de que os conhecimentos adquiridos foram transferidos para a prática clínica. Por outro lado, este trabalho revelou-se extremamente gratificante em termos pessoais e profissionais, favorecendo a humanização dos cuidados de enfermagem, neste contexto.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY (2002) - The Management of Persistent Pain in Older Persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol. 50, nº6, p. 205-224.

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY (2008) - **Older Americans 2008 - Key Indicators of Well-Being**. Acedido em Junho de 2010. Disponível em:  
[http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging\\_Statistics/future\\_growth/future\\_growth.aspx#age](http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/future_growth/future_growth.aspx#age).

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY (2009) - Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol. 57. p.1331–1346.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (2010) - Acedido em: Junho de 2010. Disponível em: <http://www.aped-dor.org>.

AZEVEDO, L.; et al. (2007) - **Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica: Inventário Resumido da Dor (Short Form) – Vol.15, nº4**, Editor Permanyer Portugal, p. 38-39.

BASTOS, Zeferino (2007) - **Biblioteca da Dor: Compilação II Multidisciplinaridade e Organização da Dor Crónica**. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN 978-972-733-235-9.

BENNER, Patrícia (2001) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BONICA (2010) - **Bonica's Management of Pain**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW). ISBN 13:9780781768276.

CARDOSO, Alice (1999) - **Manual de tratamento da dor crónica**. Lisboa: Lidei. ISBN 972-757-056-9.

CENTER FOR CLINICAL PRACTICE AT NICE (2010) - Neuropathic pain; **The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings**; NICE. Acedido a 12 de Maio 2010. Disponível em: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk);

CLARK, David (1999) - Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders. p. 1958 –1967. **Social Science and Medicine**. Vol. 49, p.727–736.

COSTA, Maria (2002) - **Cuidar de Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Lisboa: Formasau. ISBN 972-8485-24-7.

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind (2004) - **Prática baseada na evidência**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.

CROME, Peter; MAIN, Chris; LALLY, Frank (2007) - **Pain in the Older People**. Oxford – New York: Oxford Pain Management Library. ISBN 978-0-19921261-3.

DECRETO-LEI nº 161/96, **D. R. I Série – A**. 205 (1996/09/04) p. 2959 - 2962.

DIAMOND, A.; CONIAM, S. (2001) - **Controlo da Dor Crónica**. Lisboa: Climepsi editores. ISBN 972-97250-6-3.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) - A Dor como quinto sinal vital. **Registo sistemático da intensidade da Dor**. Circular Normativa Nº 09/DGCG. Direcção-Geral da Saúde. Acedido em: Maio de 2010. Disponível em: <http://www.google.pt/#hl=ptPT&source=hp&biw=1090&bih=444&q=dor+5+sinal+vital%3B+DGS&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp=483274b938ecd644>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. DGS. Acedido em Maio de 2010. Disponível em: [http://hugodvj.weebly.com/uploads/7/5/5/0/755010/pnpsssoas\\_idosas.pdf](http://hugodvj.weebly.com/uploads/7/5/5/0/755010/pnpsssoas_idosas.pdf).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) - Circular Normativa; **Programa Nacional de Controlo da Dor Nº:11/DSCS/DPCD**; Para: Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de

Prevenção e Controlo da Doença. Acedido a 12 de Maio 2010. Disponível em: [www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf](http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) – Compilação de Natércia Godinho - **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

FARRAJOTA, Armando (1995) - Fronteiras médico-cirúrgicas no tratamento da isquemia arterial periférica; Caderno de Portugal; Revista de Angiologia e Cirurgia Vascul. Acedido em Junho 2010. Disponível em: <http://www.sbacvrij.com.br/paginas/revistas/sbacvrij/1995/2/Portugalp74.htm>.

FORTIN, Marie (1999) - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

GAMA, Américo (1995) - **Dor: do neurónio à pessoa: Dor em patologia vascular periférica**. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN 972-733-013-4.

GARTRELL, Margaret (2005) - Expression and description of chronic pain by older people; **Australian Journal of Aging**; Vol. 24; nº1; p. 33-37; Acedido a 12 de Maio 2010.

HARRISON (2009) - **Principles of international medicine: Manual of Medicine**. 7ª ed. Lisboa: MC Graw Hill. ISBN 978-0-07-147743-7.

HERR, Keela [et al] (2006) - Pain Assessment in Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations; **Pain Management Nursing**. p.44-52.

IMAGINÁRIO, Cristina (2004) – **O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal**. Coimbra: Edição Formasau. ISBN 972-8485-38-7.

JANSEN, Michaelene (2008) - **Managing Pain in the Older Adult**. 1ª ed. Vol. 1. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-1567-6.

LOPES, José (2003) - **Biblioteca da Dor: Fisiopatologia da Dor**. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN 972-733-134-3.

MITCHELL, C. (2002) - Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos. **Nursing. Cuidados Paliativos**, ed. portuguesa; nº170, Outubro; Ano 14; p.29-36.

NATIONAL CLARING HOUSE - WWW.guideline.gov; Acedido em Junho 2010;  
Disponível em:

<http://www.guideline.gov/search/searchresults.aspxType=3&txtSearch=elderly+vision&num=20>.

ORDEM DO ENFERMEIROS (2009) - **Modelo de desenvolvimento profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - **DOR: Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009) - **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORMONTE, Lucindo (2006) - **Biblioteca da Dor: Anestésicos Locais**. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN 972-733-213-7.

PAIN ASSOCIATES INTERNATIONAL NETWORK (2004) - Acedido em Maio de 2010.  
Disponível em: [www.pain-workshops.com](http://www.pain-workshops.com).

PAIN ASSOCIATES INTERNATIONAL NETWORK (2004) – Portugal; Consenso do Funchal – Dor Oncológica; Acedido em Outubro de 2010. Disponível 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)

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

ROENN, Jaime; PAICE, Judith; PREODOR, Michael (2009) - **Diagnóstico e Tratamento da dor**. São Paulo: MCGrawhill. ISBN 978-85-7726-054-06.

ROYAL COLLEGE OF PHISICIANS; THE BRITISH PAIN SOCIETY; BRITISH GERIATRIC SOCIETY (2007) - **A series of evidence-based guidelines for clinical management**; nº8 The assessment of pain in older people: National Guidelines; October.

SANTOS, C.; BRITES, P. (2003) - Doente idoso com dor, perspectiva de enfermagem. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**; Vol. 15; nº152; p. 24-36.

SEQUEIRA, Carlos (2010) - **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-717-0.

SILVA, Pedro (2010) - **Dor Crónica: Doença Vascular Periférica**; SEMINÁRIO para a Pós graduação em ciências da dor; Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Janeiro 2010.

SILVA; José (2004) - Isquémia. Acedido em Maio 2010; Disponível em: <http://www.bapbaptista.com/Definicao%20isquemia.pdf>.

Compilado para a European Federation of IASP por SOFAER, Beatrice; NIV, David;

WATSON, Jean (1985) - **Nursing the philosophy and the Science of Caring**. Boulder, Colorado: Colorado Associated University Press. ISBN 0-87081-154-1.

WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN- 972-8383-37-1.

# APÊNDICES



## **Apêndice I – Inventário Resumido da Dor e Pedido de Autorização**

# Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

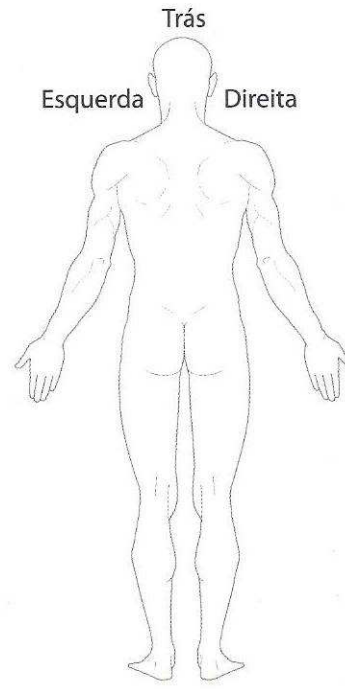
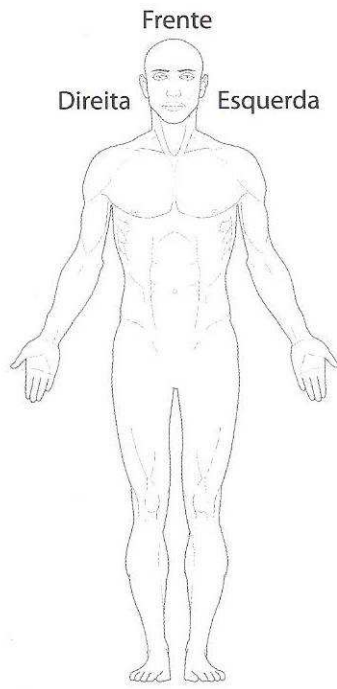
Processo nº. \_\_\_\_\_

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

Sim

Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em **média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

**7** Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

---



---



---

**8** Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

**9** Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

**A Actividade geral**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**B Disposição**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**C Capacidade para andar a pé**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**E Relações com outras pessoas**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**F Sono**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**G Prazer de viver**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

## Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_,

certifico que concordo em participar voluntariamente no estudo, que a investigadora principal, Enfermeira Filipa Alexandra Duarte Cabeças, vai efectuar no âmbito Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, cujo título é “A Dor não é querida!”.

A minha participação consiste em responder ao instrumento de colheita de dados através do preenchimento de um formulário intitulado “Inventário resumido da Dor” destinado a avaliar e classificar o tipo de dor que me aflige com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Todas as minhas dúvidas sobre esta minha participação foram esclarecidas por

\_\_\_\_\_

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sei que posso cancelar a minha participação na investigação em qualquer momento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada, e que terei acesso aos resultados deste estudo, se o desejar.

É-me garantida a confidencialidade de tudo o que eu disser, perguntar ou escrever.

\_\_\_/\_\_\_/2011

\_\_\_\_\_

O Participante na investigação

\_\_\_/\_\_\_/2011

\_\_\_\_\_

O Investigador / Representante

## **Apêndice II – Folha de Registro e Avaliação de Feridas**



**Ferida/Úlcera à chegada (momento internamento):**

Ferida/Úlcera recorrente (S/N): \_\_\_\_\_  
 Duração da presente ferida/úlceras: \_\_\_\_\_  
 Localização: \_\_\_\_\_  
 Ferida/Úlcera infectada (S/N): \_\_\_\_\_  
 Úlcera de etiologia venosa, arterial ou mista: \_\_\_\_\_

**Data de Internamento:** ----/----/--

**Data de Cirurgia:** -----/-----/-----

**Avaliação da Ferida/Úlcera de Perna:**

	Avaliação (À chegada – 1ª avaliação)	Avaliação	Avaliação
<b>Data</b>			
<b>Localização</b>			
<b>Dimensões</b>	Largura (cm) _____ Comprimento (cm) _____	Largura (cm) _____ Comprimento (cm) _____	Largura (cm) _____ Comprimento (cm) _____
<b>Profundidade</b>	<input type="checkbox"/> Superficial (Camada subcutânea) <input type="checkbox"/> Profunda (Ultrapassa a aponevrose)	<input type="checkbox"/> Superficial (Camada subcutânea) <input type="checkbox"/> Profunda (Ultrapassa a aponevrose)	<input type="checkbox"/> Superficial (Camada subcutânea) <input type="checkbox"/> Profunda (Ultrapassa a aponevrose)
<b>Pele circundante</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca/Descamativa <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Eritema/Vesículas	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca/Descamativa <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Eritema/Vesículas	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca/Descamativa <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Eritema/Vesículas
<b>Bordos da Ferida</b>	<input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Irregulares	<input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Irregulares	<input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Irregulares
<b>Leito da ferida (estadio)</b>	<input type="checkbox"/> T. Epitelização ---- % <input type="checkbox"/> T. Granulação ---- % <input type="checkbox"/> T. Fibrinoso -----% <input type="checkbox"/> T. Necrosado ----- % <input type="checkbox"/> T. desvitalizado) ---- % <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Exposição Óssea	<input type="checkbox"/> T. Epitelização ---- % <input type="checkbox"/> T. Granulação ---- % <input type="checkbox"/> T. Fibrinoso -----% <input type="checkbox"/> T. Necrosado ----- % <input type="checkbox"/> T. desvitalizado) ---- % <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Exposição Óssea	<input type="checkbox"/> T. Epitelização ---- % <input type="checkbox"/> T. Granulação ---- % <input type="checkbox"/> T. Fibrinoso -----% <input type="checkbox"/> T. Necrosado ----- % <input type="checkbox"/> T. desvitalizado) ---- % <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Exposição Óssea
<b>Odor (S/N)</b>			
<b>Exsudado<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Muito abundante	<input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Muito abundante	<input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Muito abundante
<b>Dor<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> Sem dor <input type="checkbox"/> Dor Incidental <input type="checkbox"/> Dor Espontânea ENU (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	<input type="checkbox"/> Sem dor <input type="checkbox"/> Dor Incidental <input type="checkbox"/> Dor Espontânea ENU (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	<input type="checkbox"/> Sem dor <input type="checkbox"/> Dor Incidental <input type="checkbox"/> Dor Espontânea ENU (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
<b>Terapêutica de Resgate (SOS)</b>			
<b>Soluto/Penso utilizado/ Tratamento</b>			
<b>Exames Bacteriológicos (Ex:</b>			

<sup>1</sup> **Exsudado:** **Escasso** - Não repassa penso primário; **Moderado** – Repassa penso primário; **Abundante** – Repassa penso e ligadura; **Mto abundante** – Repassa penso, ligadura e lençóis.

<sup>2</sup> **Dor Irruptiva** (Exacerbação passageira da Dor, em doentes com Dor Crónica, pode ser **Incidental** ou **Espontânea**); **Incidental** (tem um evento precipitante, pôr-se de pé, andar, tossir, realizar o penso); **Espontânea** (Surge sem causa precipitante identificável).

**Bibliografia:**  
 - PINA, E.; FURTADO, K.; ALBINO, A. “Boas Práticas no Tratamento e Prevenção das Úlceras de Perna de Origem Venosa”; GAIF; Tipografia Lousanense, Lda, Grupo Associativo de investigação em Feridas, Pampilhosa da Serra; 2007; ISBN: 978-989-20-0650-5.  
 - MORRISON; M.; MOFFATT, C.; FRANKS, P.; “Úlceras de Perna – Uma Abordagem de Aprendizagem Baseada na Resolução



### **Apêndice III – Formação HPV**

ESEL - Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Enfermagem à Pessoa Idosa 2009/2011

**PLANO DE SESSÃO**

<b>TEMA: ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM À PESSOA IDOSA COM DOR</b> <b>RESPONSÁVEIS: ANA FILIPA, FILIPA CABEÇAS, PEDRO NUNO</b> <b>DATA/HORA: 13/01/2011 14 HORAS - 14.45MIN.</b> <b>LOCAL: SERVIÇO DE MEDICINA 1 – HOSPITAL PULIDO VALENTE</b> <b>DURAÇÃO: 45 minutos</b> <b>DESTINATÁRIOS: Enfermeiros</b>		<b>OBJECTIVO GERAL: CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA ATRAVÉS DA APRESENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS AOS ENFERMEIROS DO CHLN-HPV NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA DOR.</b>		
<b>FASES</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>ESTRATÉGIAS/RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
INTRODUÇÃO	5 minutos	Apresentação ao grupo Introdução ao tema Objectivo	Método expositivo/participativo  Projector Multimédia	
DESENVOLVIMENTO	25 minutos	Dificuldades na avaliação e registo da dor; Problemática da pessoa idosa; Estratégias de avaliação da dor – Instrumentos de avaliação para a pessoa idosa; Instrumentos de avaliação da dor – Heteroavaliação (Doloplus) e multidimensionais (BPI)	Método expositivo/participativo Método demonstrativo  Projector Multimédia Réguas de avaliação (EVA, ENU, Doloplus, Inventário BPI)	
CONCLUSÃO	5 minutos	Experiências pessoais. Ganhos Síntese das ideias principais.	Método expositivo/participativo Entrega dos Diapositivos/ o  Projector Multimédia	
DISCUSSÃO	10 minutos	Discussão Espaço para discussão das questões colocadas		Participação dos formandos

**IASP** International Association for the Study of Pain  
**Global Year Against Pain**  
 OCTUBRE 2010 - OCTUBRE 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

**HOSPITAL DE SANTAMARIA**  
 Hospital Público Valente

**ABORDAGEM À PESSOA IDOSA COM DOR**

Formação em Serviço

Ent.ª Ana Filipa  
 Ent.ª Filipa Cabeças  
 Ent.º Pedro Nuno

13 de Janeiro de 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
 Ent.ª Ana Filipa, Ent.ª Filipa Cabeças, Ent.º Pedro Nuno

**PONTOS DA APRESENTAÇÃO**

Conceitos Gerais sobre Dor  
 Dificuldades na Avaliação

Particularidades da Pessoa Idosa  
 Instrumentos de Avaliação

Metodologias de Avaliação  
 Experiências Pessoais



Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**


Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
 Ent.ª Ana Filipa, Ent.ª Filipa Cabeças, Ent.º Pedro Nuno

**DOR**


É o Sintoma mais comum associado a doença, e faz com que o doente procure auxílio.

*"Experiência sensível e emocional desagradável, que se associa a uma lesão tecidual real ou potencial e que é descrita em termos equivalentes à existência da referida lesão."*

IASP - Associação Internacional para Estudo da Dor - 1979



[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)



[www.aped-dor.org](http://www.aped-dor.org)

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor

Ent.ª Ana Filipa  
 Ent.ª Filipa Cabeças  
 Ent.º Pedro Nuno

Serviço de Hecelitas - HPV

**Objectivo**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor através da apresentação de estratégias no âmbito da sua avaliação.

**SANTAMARIA**  
 Hospital Público Valente

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor

Ent.ª Ana Filipa  
 Ent.ª Filipa Cabeças  
 Ent.º Pedro Nuno

Serviço de Hecelitas - HPV

**Conceitos Gerais**

**SANTAMARIA**  
 Hospital Público Valente

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
 Ent.ª Ana Filipa, Ent.ª Filipa Cabeças, Ent.º Pedro Nuno

**DOR: "IMPORTANTE"**

**Dor fundamental à sobrevivência – (transitória) DOR AGUDA**

- Que ocorre "antes" de uma lesão séria (ex: contacto com objectos quentes ou pontiagudos), e extremamente importante para a sobrevivência do organismo;
- Essencial no processo de aprendizagem que permite evitar, com o tempo, o contacto com objectos ou situações potencialmente agressivas ou dolorosas;
- Dor resultante de lesões articulares, infecções abdominais, doença ou feridas profundas que limita a actividade do corpo e impõe a necessidade de descanso e inactividade (mecanismos de defesa para a recuperação natural do organismo).

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**DOR: "SEM IMPORTÂNCIA"**

**Dor que não possui qualquer objectivo biológico ~ (Persistente) DOR CRÓNICA**

- ✗ Dor do membro fantasma, resultante de uma amputação;
- ✗ Dor (neuralgia) pós-herpética;
- ✗ Dor intratável resultante da avulsão do plexo braquial;
- ✗ Dor oncológica.

Quinta-feira, 13 de janeiro de 2011

**DOR: Prevalência**

- ✗ 1 a 2% dos adultos com dor crónica, a dor crónica é de origem oncológica;
  - ✗ 30 a 40% sofrem de dor músculo-esquelética e osteoarticular;
  - ✗ Cervicalgias e lombalgias com outros 30%;
  - ✗ Cefaleias e as enxaquecas contribuem com menos de 10 % dos casos de dor persistente.
- Com Base no relatório Pain in Europe 2003, estimava que em Portugal, existia cerca de 2 milhões de pessoas com dor crónica.

IASP - Associação Internacional para Estudos de Dor - 2003  
ETIC - Federação Europeia de Capítulos da IASP - 2003

Quinta-feira, 13 de janeiro de 2011

**DOENTE**

- Factores demográficos: Idade, sexo, etnia;
- Dificuldade em verbalizar, automedicação/habituação, culturalmente aceitar como natural sentir dor;
- Experiências dolorosas anteriores, a variabilidade interindividual (Respostas diferentes ao mesmo estímulo nóxico, respostas diferentes a tratamentos semelhantes);
- Os déficit cognitivo e as alterações do estado de consciência;
- Acesso aos serviços e profissionais.

Quinta-feira, 13 de janeiro de 2011

**DOR: Aguda**

- ✗ É provocada por uma lesão externa ou interna;
- ✗ Sua intensidade correlaciona-se com o estímulo desencadeante;
- ✗ Pode ser claramente localizada;
- ✗ Tem uma função clara de advertência e protecção.

**DOR: Crónica**

- ✗ Apresenta uma duração superior a 3 meses;
- ✗ Não está associada à ocorrência que a provocou;
- ✗ Toma-se por direito próprio numa doença;
- ✗ A sua intensidade deixa de estar correlacionada com o estímulo causal;
- ✗ Perdeu a função de advertência e protecção;
- ✗ Representa um desafio terapêutico especial.

Quinta-feira, 13 de janeiro de 2011

**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**

Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabeças  
Enf.ª Pedro Nuno  
Serviço de Recursos - HES



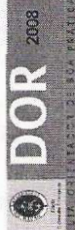
**Dificuldades na Avaliação**

**EQUIPA DE SAÚDE**

- Ausência de um metodologia de avaliação, comunicação, registo e controlo de dor;
- Subvalorização das queixas de dor, relação estabelecida com o doente/família, conhecimento, competências, perícia, atitudes.

Plano Nacional de Luta Contra a Dor  
aDOR  
Circular Normativa nº 101  
Assunto: Programa Nacional de Controlo de Dor  
Data: 14/02/2003

O 5.º Sinal Vital



Circular Normativa nº 101  
Assunto: Programa Nacional de Controlo de Dor  
Data: 14/02/2003

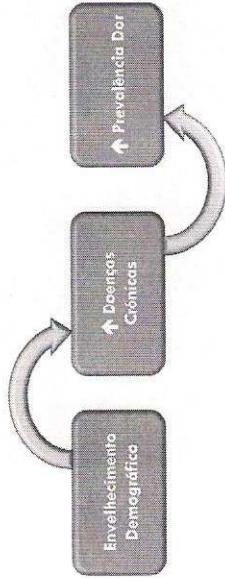
ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE



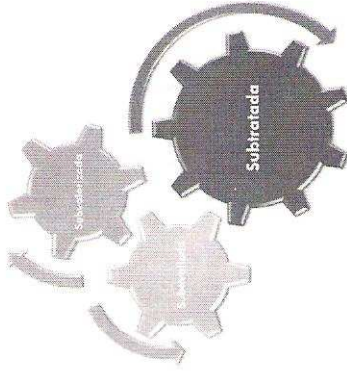
Quinta-feira, 13 de janeiro de 2011

# Particularidades da Pessoa Idosa

## Dor em Portugal

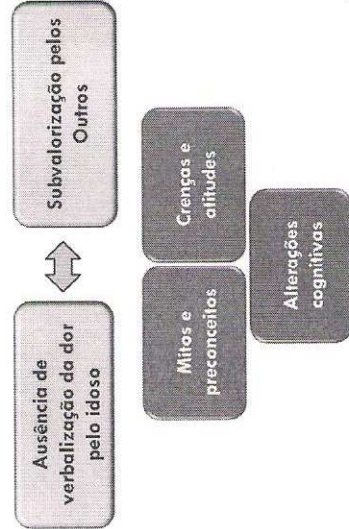


## Porquê Avaliar a Dor no Idoso?

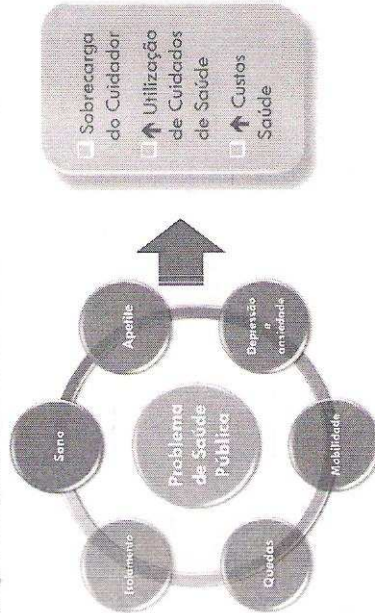


# DOR NO IDOSO: PORQUÊ AVALIAR?

## Porque é difícil avaliar a dor no idoso?



## Porquê Avaliar a Dor no Idoso?



## Instrumentos de Avaliação da Dor

**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**

Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabecas  
Enf.ª Paula Nunes

Serviço de Medicina - HPE



## Instrumentos de Avaliação Unidimensionais

**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**

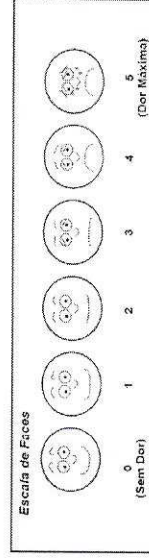
Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabecas  
Enf.ª Paula Nunes

Serviço de Medicina - HPE



**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**  
Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabecas  
Enf.ª Paula Nunes

## Escala de Faces



- Instrumentos Unidimensionais
- Instrumentos Multidimensionais
- Instrumentos Comportamentais

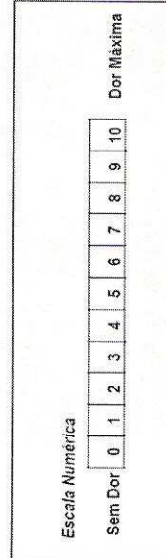
**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**  
Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabecas  
Enf.ª Paula Nunes

## Direção Geral de Saúde:

- Escala de Faces
- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Verbal Simples ou Qualitativa

**Abordagem à Pessoa Idosa com Dor**  
Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabecas  
Enf.ª Paula Nunes

## Escala Numérica



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
Enf.ª Ana Filipa\_Enf.ª Filipa Cabegas\_Enf.ª Pedro Nunes

## Esca Visual Analógica

Sem Dor

Pior dor Possível

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

## Aspectos Multidimensionais da Dor

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor

Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabegas  
Enf.ª Pedro Nunes

Serviço de Medicina - HPV

SANTAMARIA Hospital Psiquiátrico

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
Enf.ª Ana Filipa\_Enf.ª Filipa Cabegas\_Enf.ª Pedro Nunes

## DOR TOTAL (Cecily Saunders)

**Dimensão Física;**  
**Dimensão Espiritual;**  
**Dimensão Psicológica;**  
**Dimensão Social.**

- Dando ênfase à necessidade de valorizar não apenas os aspectos físicos da dor;
- Necessário complementar sempre a avaliação da dor com as dimensões psicológica, social, cultural e espiritual.

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
Enf.ª Ana Filipa\_Enf.ª Filipa Cabegas\_Enf.ª Pedro Nunes

## Esca Verbal Simples ou Qualitativa

Esca Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

## DOR MULTIDIMENSIONAL

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor  
Enf.ª Ana Filipa\_Enf.ª Filipa Cabegas\_Enf.ª Pedro Nunes

**Dimensão sensorial:** com intensidade, localização e características específicas do tipo de dor;

**Dimensão afectiva:** com componentes emocionais, e que referem o modo como a dor é percebida;

**Impacto:** Os efeitos nefastos que a dor teve na funcionalidade da pessoa e na sua participação na sociedade. (Royal College of Physicians)

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Abordagem à Pessoa Idosa com Dor

Enf.ª Ana Filipa  
Enf.ª Filipa Cabegas  
Enf.ª Pedro Nunes

Serviço de Medicina - HPV

SANTAMARIA Hospital Psiquiátrico

## Instrumentos de Avaliação Multidimensionais

Quinta-feira, 13 de Janeiro de 2011

**BREVE INVENTÁRIO DA DOR (BPI)** (Cleveland & Ryan, 1994)

Avaliação da interferência da dor nas AVD's - **Questionário Multidimensional** para Avaliação de Dor;

Traduzido em diferentes línguas, validado pela Faculdade De Medicina do Porto para Português;

Avalia a Severidade da Dor, através da ENU;

Composta por 15 itens de severidade, impacto nas AVD's (actividade, disposição, capacidade de andar a pé, trabalhc, sono, entre outros)

**ESCALA DO OBSERVADOR**

Escala gradativa, que qualifica a dor do doente por 5 categorias;

Podem ser utilizadas em doentes que não conseguem verbalizar a sua dor ou que estejam inconscientes ou desorientados (Doentes com score inferior a 15 na escala de Glasgow). (Rodrigues, et al, 2006, nursing)

Parece sem Dor	Parece Confortável, excepto com movimento	Parece Desconfortável	Parece Sofredor Consciente	Parece Sofredor Inconsciente
----------------	---	-----------------------	----------------------------	------------------------------

Escala do Observador

**COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS DE PRESENÇA DE DOR**

**Comportamentos não verbais:** Palidez, sudoreação, alterações nos parâmetros respiratórios, taquicardia, HTA; agressão, resistência, retirada;

**Vocalizações:** Suspirar, gemer, gritar, discurso agressivo/ofensivo;

**Expressões faciais:** Caretas, testa franzida, piscar rápido de olhos, abaixar a testa, levantar o rosto, aperto da pálpebra, franzir o nariz, erguer/franzir o queixo, franzir os lábios.

**Solicitar a colaboração dos familiares na interpretação das alterações comportamentais.**

**Instrumentos de Avaliação Comportamentais**

**Pessoa Idosa com Demência**

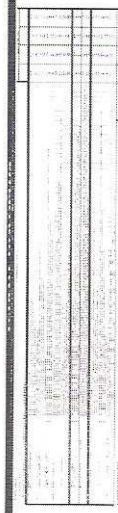
**CAUSAS PROVÁVEIS DE DOR**

**Exame Físico:**

- Correção de situações potencialmente dolorosas para o doente (catéteres, infecção, correção de postura);
- Complementar o exame físico, com as dimensões psicológica, social, cultural e espiritual;
- Prova Terapêutica;
- Efectuar periodicamente a reavaliação destes procedimentos.

### DOLOPLUS (Wray, B. & Dolopius Group, 1994; Hironidina Guardá, 2006)

- Idoso com deficit cognitivo de moderado a severo;
- Avaliação Comportamental da dor na pessoa idosa;
- Integra na avaliação da dor parâmetros somáticos, psicómotores e psicossociais;
- Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. (DGS, 2010)



### GUIDELINES GERAIS

O sucesso na abordagem ao doente com dor, começa por informar que poderá não ser possível a erradicação da dor, mas sim, o alívio para níveis que permitam recuperar a qualidade de vida.

Atingem-se melhores resultados quando se consegue:

- aproximar o doente aos recursos da comunidade;
- responsabilizá-lo no seu tratamento, envolvê-lo nas decisões e na determinação de novos objectivos.

### RECEITAS/FÓRMULAS?

Não existem fórmulas, metodologias, nem instrumentos de avaliação perfeitos, que se encaixem em todos os cenários, a todas as pessoas, a todas as populações.

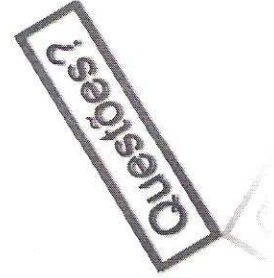
O mais importante é escolher o instrumento que seja aceite e compreendido pela pessoa idosa. Adequá-lo ao seu estado de consciência, de percepção e de verbalização, utilizando sempre a mesma ferramenta nas avaliações subsequentes.

A utilização de uma abordagem comum na avaliação da dor, facilita a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar e promove o delinear de estratégias analgésicas mais eficazes.

### Metodologias de Avaliação

#### PONTOS IMPORTANTES

- História da Dor;
- História progressa de saúde;
- Co-morbilidades psiquiátricas;
- Factores Psicossociais;
- Impacto nas AVD'S;
- Objectivos do doente;
- Exame físico/localização da Dor



Poppy de Ópio

**Apêndice IV – Formação Serviço de Cirurgia Vascular**

**PLANO DE SESSÃO**

<p><b>TEMA:</b> PROJECTO DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA DOR NA PESSOA IDOSA</p> <p><b>RESPONSÁVEIS:</b> FILIPA CABEÇAS</p> <p><b>DATA/HORA:</b> 22 de Novembro (15:00-16:00)</p> <p><b>LOCAL:</b> SALA DE REUNIÕES DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR</p> <p><b>DURAÇÃO:</b> 35 minutos</p> <p><b>DESTINATÁRIOS:</b> Enfermeiros e Médicos do Serviço de Cirurgia Vascular</p>		<p><b>OBJECTIVOS</b></p> <p><b>Relativamente aos formandos pretende-se que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% dos presentes sejam capazes de enumerar a escala mais frequente de avaliação de dor;</li> <li>- 70% dos presentes sejam capazes de enumerar 2 princípios para aplicação de escalas de dor na pessoa idosa;</li> </ul>		
FASES	TEMPO	CONTEUDO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação ao grupo Introdução ao tema Objectivos	Método expositivo/participativo	
DESENVOLVIMENTO	20 minutos	Pessoa Idosa Dor Dor aguda Vs. Persistente Escala de Avaliação de dor Actividades realizadas na UMD e Actividades a realizar no Serv. Cirurgia Vascular.	Método expositivo/participativo Método demonstrativo	Participação dos formandos
CONCLUSÃO	3 minutos	Ganhos Síntese das ideias principais.	Método expositivo/participativo Entrega dos Diapositivos/ o	Ficha de Avaliação da Sessão
DISCUSSÃO	10 minutos	Discussão		

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa Idosa

## PROJECTO DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA DOR NA PESSOA IDOSA

Discente: Filipa Cabeças, nº2443

Orientadores:

Sr.ª Professora Enf.ª Graça Melo

Sr.º Enf.º Especialista Pedro Nuno

Lisboa, Novembro, 2010

### OBJECTIVOS DA SESSÃO

Que a Equipa Multidisciplinar do Serviço de Cirurgia Vasculuar, no final da sessão, seja capaz de:

- Compreender a necessidade da avaliação e registo sistemático da dor;
- Conhecer as escalas de avaliação de dor - Unidimensionais;
- Promover a referenciação dos doentes idosos, com dor persistente não controlada à UMD.

### SUMÁRIO

- Pessoa Idosa;
- Dor;
- Dor Aguda Vs. Dor Persistente;
- Escalas de Avaliação de dor;
- Actividades realizadas na UMD e Actividades a realizar no Serviço de Cirurgia Vasculuar;
- Indicadores;
- Ganhos.

### COMO SURTIU O PROBLEMA?

Pessoa Idosa:

- Postura recolhida;
- Comportamento autoprotector;
- Expressão facial de dor e alterações do tonus muscular;
- Episódios dolorosos frequentes;
- Doente descrente no tratamento analgésico.

### COMO SURTIU O PROBLEMA?

Enfermeiro:

- Pessoa com posição privilegiada no seio da equipa;
- Falta de metodologia adequada na avaliação da dor;
- Atitude não preventiva (analgésia antecipativa);

### DOR

- Mecanismo protector do individuo VS qualidade de vida;
- 64% a 83% das pessoas idosas sofrem de dor crónica. (TSAI, et al: 2008)
- A dor é pouco valorizada, pouco reportada, mal diagnosticada e subtratada;
- No contexto da doença arterial periférica, a dor é o sintoma mais comum e revelador da doença. A progressão do processo patológico, é acompanhada do aumento da intensidade do fenómeno doloroso, até aos estádios mais avançados. (GAMA, 1995).

<b>DOR</b>	
IASP, definiu em 1979, a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita como tal. (CROME, et al; 2007)	
<b>5º Sinal Vital - Circular Normativa da DGS, em 2003.</b>	
<small>Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Pedido sistemático da Intendente da Dor. Nº 0013644. Data: 14/05/2006</small> <small>Nota: Anteriormente, Normativa do Estado e serviços prestadores de saúde da região</small> <small>Consultada na UDS. Distribuição de Documentos, Circulares, Avisos e Comunicados</small>	

<b>DOR AGUDA E DOR PERSISTENTE</b> (AGS, 2008)	
Dor Aguda	Dor Persistente
Dano eminente ou presente nos tecidos	Aparentemente sem dano eminente
Danos nos tecidos limitados	Capacidade funcional reduzida
A imobilização facilita a diminuição da dor	Respostas de adaptação
A imobilização facilita a diminuição da dor	Surgem comorbidades: depressão, distúrbios do sono, etc.

Quadro retirado e traduzido de "Managing Pain in the Older Adult" 2008

Dor	Subtipo	Características Fonte: (SILVA,2010)
<b>Nociceptiva</b> Dor dilacerante	Somática	Geralmente bem localizada; Compressão ou erosão óssea, fratura; Constante, em moinha; pontada; Resultado da activação de nociceptores periféricos.
	Visceral	Geralmente desencadeada por um processo inflamatório; Dor mal localizada e referida com frequência; Cólicas (dor mal localizada, profunda) Decorre da irritação da mucosa intestinal, por contracção, torção ou distensão visceral. Constante (um aperto mantido)
<b>Neuropática</b> (SNP ou SNC- Dor Central)	Discistéscia/ Desaferenciação	Associada a um dano num nervo (associada a fraqueza e problemas sensoriais); Dor frequentemente acompanhada de sensação de queimadura; choque eléctrico ou "disparo"; -Ardor constante.
	Lancinante	Dor episódica; Paroxismos tipo choque

- A Dor é sempre aquela que o doente diz sentir;
- A avaliação da Dor utilizando escalas reduz a subjectividade;
- Avaliar a Dor de forma sistemática permite detectar doentes com dor, mesmo quando aparentemente não têm queixas álgicas;
- Deverá existir mais do que um instrumento adoptado em cada serviço, adaptado às características do doente;
- O registo da Dor é essencial, torna a Dor visível.

Pessoa Idosa	Escalas	Comentarios
<b>Auto Relato</b> - Pessoa s/ problema cognitivo - Pessoa c/ problema cognitivo de mínimo a moderado	Escala Numérica	A apresentação da escala na posição vertical, em oposição à posição horizontal, pode evitar malinterpretações
	Escala Verbal (0-10) Escala Numérica	
Pessoa c/ problema cognitivo de moderado a severo	Termómetro da dor Escala visual analógica das cores	De fácil entendimento, com maior relevância nos doentes com doença de Alzheimer
<b>Observação</b> - Pessoa c/ problema cognitivo severo	Escala de avaliação da dor de Abbey (Escala do Observador)	De fácil aplicação, mas requer um conhecimento mais atento e detalhado dos comportamentos da pessoa
<b>Avaliação Multidimensional</b> - Pessoa s/ problema cognitivo ou com problema mínimo.	Breve Inventário da Dor (Brief Pain Inventory)	15 itens de severidade, impacto nas actividades de vida diárias, humor e qualidade de vida.

### ESCALAS UNIDIMENSIONAIS

**Escala Visual Analógica**

Sem Dor \_\_\_\_\_ Dor Máxima

**Escala Numérica**

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

**Escala Qualitativa**

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima

**Escala de Faces**

0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

### ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

- Usar sempre a mesma escala em cada avaliação;
- A escala deve ser visível/caligrafia grande;
- A escala deve ser apresentada à pessoa idosa sobre boa luminosidade;

### ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

- As escalas, devem ser apresentadas na posição vertical;
- Para definir a localização e a extensão da dor, na pessoa idosa, é conveniente o uso de um mapa de dor. (ROYALL COLLEGE OF PHYSICIANS; BRITISH GERIATRIC SOCIETY; BRITISH PAIN SOCIETY; 2007)

**PROBLEMA: AUSÊNCIA DE UMA METODOLOGIA EFECTIVA NA AVALIAÇÃO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA.**

Locais de Estágio: (CHLN, EPE).

- Unidade Multidisciplinar da Dor; (visa o tratamento do doente com dor persistente ou recorrente, do foro oncológico ou não oncológico, de diversas etiologias.) (Set. e Outubro de 2010)

**PROBLEMA: AUSÊNCIA DE UMA METODOLOGIA EFECTIVA NA AVALIAÇÃO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA.**

Locais de Estágio: (CHLN, EPE).

- Serviço de Cirurgia Vascular (Em estádios mais avançados, a dor isquémica em repouso é de difícil tratamento, e revela o grau de comprometimento celular. ) (Nov a Fevereiro de 2010)

### OBJECTIVO GERAL

**DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA, NA ABORDAGEM À PESSOA IDOSA COM DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA E DOR PERSISTENTE, NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR.**

### UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR

**1º Fase do Estágio:**

**APROFUNDAR CONHECIMENTOS, SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPA UMD DO HSM, NO TRATAMENTO DA DOR PERSISTENTE, DA PESSOA IDOSA.**

#### **UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR**

##### **1ª Fase do Estágio:**

**Missão** - Melhorar a funcionalidade e qualidade de vida dos doentes com dor crónica.

- Inaugurada em 2008;
- Serviço de referência;
- Equipa Multidisciplinar - peritos na área;
- Vertente assistencial, vertente da formação e ensino médico e de enfermagem, etc.

#### **UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR**

##### **1ª Fase do Estágio:**

- Consultas Urgentes/no próprio dia;
- Consulta telefónica (Follow-up terapêutico inicial e subsequente);
- Abordagens terapêuticas (farmacológicas, não farmacológicas e complementares como técnicas de relaxamento e hipnose);

#### **UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR**

##### **1ª Fase do Estágio:**

- Realização de técnicas (DIB's (drug infusion balloon), PCA (Patient controled analgesie); TENS (transcutaneous electric neurostimulation), (bloqueios plexos e nervos periféricos, bloqueios neuroeixo ou centrais) titulação analgesia com opioides;
- Realização de pensos de feridas dolorosas com aplicação de estratégias para controlo de dor;

#### **UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR**

##### **1ª Fase do Estágio:**

- Reuniões da equipa multidisciplinar para discussão de casos;
- Participação na consulta de Dor – Orofacial em conjunto com a estomatologia;
- Orientação e educação para a saúde ao utente e família;
- Discussão sobre instrumentos de avaliação e heteroavaliação de dor em doentes/populações especiais;

#### **SERVIÇO CIRURGIA VASCULAR I**

##### **2ª Fase do Estágio:**

**PROPOR UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA DOR, COM ARTICULAÇÃO COM A UMD NOS CASOS IDENTIFICADOS E A REFERENCIAR, através da:**  
**Prestação de Cuidados: (Pessoa Idosa)**

#### **SERVIÇO CIRURGIA VASCULAR I**

##### **2ª Fase do Estágio:**

**MISSÃO:**  
Exercício de uma actividade assistencial no âmbito da Angiologia e CV, nas suas diversas áreas clínicas.

### SERVIÇO CIRURGIA VASCULAR I

#### 2ª Fase do Estágio:

##### Prestação de Cuidados (Estratégias/Actividades Planeadas)

- Discutir a utilização das escalas de avaliação da dor, em situações da prática diária da prestação de cuidados;
- Passagens de ocorrências;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de realização de analgesia, na realização de pensos a Úlceras Arteriais, (analgesia antecipativa, analgesia tópica, etc);

### SERVIÇO CIRURGIA VASCULAR I

#### 2ª Fase do Estágio:

- Abordar questões com a equipa multidisciplinar, sobre a necessidade de procedimentos terapêuticos de tratamento da dor persistente não controlada - referência à UMD;

(Agir como elemento pivot/dinamizar a relação entre a equipa do Serviço de Cirurgia Vascular e a UMD).

### SERVIÇO CIRURGIA VASCULAR I

#### 2ª Fase do Estágio:

##### Formação (Estratégias/Actividades Planeadas):

- Incorporar na prática, os resultados da investigação, relevantes sobre a dor, a doença arterial periférica na pessoa idosa;
- Passagens de ocorrências;
- Realizar orientações de procedimentos, para enfermeiros, sobre o tratamento da dor persistente isquémica, na pessoa idosa.

### INDICADORES

- Registos escritos na folha de parâmetros vitais do Serviço;
- Realização das orientações de procedimentos, para enfermeiros, sobre o tratamento da dor persistente isquémica, na pessoa idosa;
- Utilização de instrumentos de avaliação da dor (ENU, Escala Qualitativa).

### GANHOS

- Qualidade de vida do doente;
- Tornar a dor visível aos olhos dos elementos da equipa multidisciplinar;
- Valorizar a dor em tempo útil, prevenindo eventuais complicações para a pessoa idosa;
- Maior e melhor articulação entre o Serv. CV e a UMD;
- Formação dos Enfermeiros do Serv. de CV.

### SÍNTESE

- A dor é uma experiência individual;
- O registo da dor é essencial, torna a Dor Visível;
- O sucesso das estratégias terapêuticas, depende em grande parte da avaliação e monitorização da dor, por parte dos enfermeiros;
- A correcta avaliação e tratamento da dor permite uma melhor qualidade de vida para a pessoa idosa.

## QUESTÕES



OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO E COLABORAÇÃO.

## BIBLIOGRAFIA

ABBEEY, J; et al. **The Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end stage dementia.** International Journal of Palliative Nursing, nº10 (2004); 6-13. Acedido a 12 de Maio 2010

CENTER FOR CLINICAL PRACTICE AT NICE; **Neuropathic pain; The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings;** NICE clinical guideline 96; Issue date: March 2010; [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk); Acedido a 12 de Maio 2010

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Circular Normativa; **Programa Nacional de Controlo da Dor Nº:11/DSCS/DPCD;** Para: Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde Contacto na D3S: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Doença; 2008. [www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf](http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf); Acedido a 12 de Maio 2010

ROYAL COLLEGE OF PHISICIANS; THE BRITISH PAIN SOCIETY ; BRITISH GERIATRIC SOCIETY; **A series of evidence-based guidelines for clinical management;** nº8; The assessment of pain in older people NATIONAL GUIDELINES; October

**Apêndice V – Diagnóstico da Situação: fase inicial e final**

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para conhecer a realidade da avaliação e registo da dor no Serviço de Cirurgia Vasculard, na fase inicial do meu estágio (Novembro) efectuei uma revisão dos registos da intensidade da dor na folha dos parâmetros vitais, presente em cada processo clínico, através dos seguintes critérios:

### **Critérios de selecção na escolha dos processos (critérios de inclusão):**

(Serviço de Cirurgia Vasculard, CHLN-HSM)

- Doente com mais de 65 anos;
- Diagnóstico médico de doença arterial periférica;
- Avaliação e registo da intensidade da dor, pela escala da Escala Numérica Universal (ENU) (intensidade de 0 a 10) efectuado pelos enfermeiros;
- Registo efectuado na folha de parâmetros vitais do CHLN-HSM, presente em todos os processos clínicos;
- Registos referentes às primeiras 24h de internamento do doente, nos turnos da manhã, tarde ou noite;
- O não registo de da intensidade de dor foi admitido como – não avaliação/ausência.

## **AVALIAÇÃO DA DOR NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR – NOVEMBRO 2010:**

No mês de Novembro, no Serviço de Cirurgia Vasculard CHLN-HSM, 11 idosos foram internados com o diagnóstico de doença arterial periférica (classificação de Leriche Fontaine), pelo que verifiquei que nas primeiras 24h de internamento:

- Deveriam ter sido efectuadas 33 avaliações de dor (uma por cada turno e posteriormente deveria ter sido efectuada a reavaliação);
- Foram efectuadas 13 avaliações e registos de intensidade de dor pelos enfermeiros deste Serviço;

- Ausência de avaliação e registo da intensidade dor em 20 turnos, pelo que existe, pelo menos 20 inconformidades;
- Não se verificam reavaliações de dor;
- Existem processos clínicos, em que nas primeiras 24h de internamento da pessoa idosa, a intensidade da dor não foi avaliada.



Gráfico 1 – Avaliação e registo da dor na pessoa idosa com doença arterial periférica, em Novembro de 2010, no Serviço de Cirurgia Vascular.

A avaliação apropriada “da dor” no doente com doença arterial periférica é uma prioridade. Nesta patologia, a dor persistente é dos sintomas com maior prevalência e indicativo do avançar da doença (GAMA, 1995).

Segundo os dados obtidos, verifiquei que nas primeiras 24h, em 33 turnos, a intensidade da dor deveria ter sido avaliada pelo menos uma vez por turno, no entanto apenas foi avaliada 13 vezes (o que corresponde a 39%), em oposição a 20 ausências de avaliação (61% de ausência de avaliação).

Face aos resultados obtidos foi planeada e realizada uma acção de formação e várias intervenções durante o estágio para promover a avaliação e registo sistemático da dor, na pessoa idosa com doença arterial periférica. (Relatório de Estágio)

## **AVALIAÇÃO DA DOR NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR –FEVEREIRO 2011:**

Em Fevereiro de 2011 (período de 12 de Janeiro a 12 de Fevereiro), no término deste ensino clínico, efectuei nova revisão dos registos de intensidade de dor no Serviço de Cirurgia Vascular, observando 11 processos clínicos, de acordo com critérios anteriormente estabelecidos. Obtendo os seguintes resultados:

No período de 12 de Janeiro a 12 de Fevereiro, no Serviço de Cirurgia Vascular CHLN-HSM, observando 11 processos clínicos, e tendo em conta os critérios anteriormente apresentados, verifiquei que nas primeiras 24h de internamento:

- Deveriam ter sido efectuadas, pelo menos, 33 avaliações e registos de intensidade de dor;
- Foram efectuadas 26 avaliações e registos de intensidade de dor pelos enfermeiros deste Serviço;
- Ausência de avaliação e registo da intensidade da dor em 7 turnos, pelo que existe, pelo menos 7 inconformidades (ausência de avaliação).

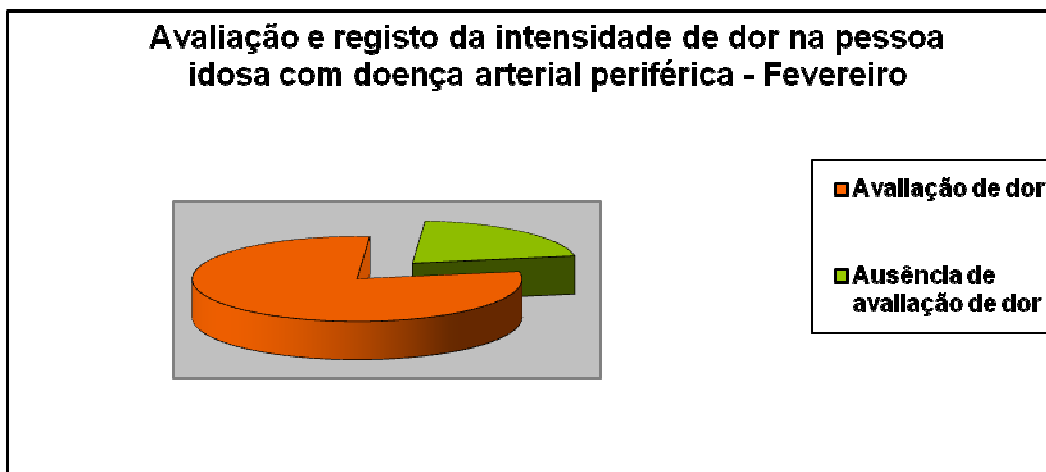


Gráfico 2 – Avaliação e registo da dor na pessoa idosa com doença arterial periférica, em Fevereiro de 2011, no Serviço de Cirurgia Vascular.

Segundo os dados obtidos, verifiquei que nas primeiras 24h, em 33 turnos, a intensidade da dor foi avaliada 26 vezes (o que corresponde a 79%), em oposição a 7 ausências de avaliação (21% de ausência de avaliação).

O número de avaliações e registo da intensidade da dor na escala numérica universal (ENU) colocada na folha de parâmetros vitais, instituída no Serviço de Cirurgia Vascular no CHLN-HSM, aumentou para o dobro, em comparação com a fase inicial de diagnóstico da situação.

# **ANEXOS**



**Anexo I – Autorização da Comissão de Ética, Presidente do Conselho de Administração e Enfermeira Directora do CHLN-HSM**



**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

**Membros**

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elisa Pedro

Padre Fernando Sampaio

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Nogueira

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora

Enfermeira Filipa Alexandra Duarte Cabeças

Serviço de Cirurgia Vasculuar I

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 21 de Fevereiro de 2011

**Assunto:** Projecto de Investigação "A Dor não é Querida!" no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 19 de Janeiro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar anuência do Director do Serviço envolvido e elaboração de Consentimento Informado, formalidades actualmente supridas.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE  
ÉTICA**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA



Exma. Senhora  
Enfermeira Filipa Alexandra Duarte Cabeças  
Serviço de Cirurgia Vasculiar I  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA - 10.MAR.2011 - 0176

**Assunto:** Projecto de Investigação "A Dor não é Querida".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 3 de Março de 2011.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)



Exm. Sr  
Enf. Filipa Alexandra Duarte  
Cabeças  
Serviço de Cirurgia Vascolar

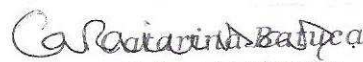
**ASSUNTO:** Autorização para a realização do Projecto denominado “A Dor não é querida” a efectuar no âmbito do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizado a realização do Projecto denominado “A Dor não é querida” a efectuar no âmbito do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 03 de Março de 2011

A Enfermeira Directora

  
Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

## **Anexo II – Certificado Jornadas ASTOR**

# 9º Convénio da Astor

18<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor HGO

# Diploma

*Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr.(a)*

**FILIPA ALEXANDRA DUARTE CABEÇAS**

*participou no 9º Convénio da Astor  
18<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor  
do Hospital Garcia de Orta,  
realizado no dia 28 de Janeiro de 2011, em Lisboa.*

*Lisboa, 28 de Janeiro de 2011*

A Organização

*Rui Costa*

Dr. Rui Costa



**ASTOR**  
ASSOCIAÇÃO PARA O  
DESENVOLVIMENTO  
DA TERAPIA DA DOR