



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

**Pessoa com doença oncológica e dor crónica:
Implementação de consulta de enfermagem**

Nuno Miguel Martins Nunes



**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Pessoa com doença oncológica e dor crónica:
Implementação de consulta de enfermagem**

Orientador: Professora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Após dois anos difíceis em que a falta de motivação para terminar o relatório me levou a quase desistir de o fazer, acabei por o concluir devido a determinadas pessoas que me deram a força necessária para completar mais esta fase do meu desenvolvimento profissional, mas também pessoal.

O meu profundo agradecimento:

À Professora Patrícia Alves pela sua disponibilidade, prontidão e força para que este relatório pudesse ser uma realidade.

A toda a equipa de enfermagem dos locais de estágio, por onde passei, que sempre se disponibilizaram para partilhar comigo toda a sua experiência. Sem eles não teria sido possível desenvolver e tornar uma realidade o projeto de implementação de uma consulta de enfermagem para a pessoa com dor crónica.

A todos os professores que, de forma direta ou indireta, com a sua sapiência, despertaram em mim o gosto pela área da dor crónica, dando-me um sentido para a realização da especialidade.

Aos meus colegas de curso que tornaram este percurso mais fácil e que permitiram que se pudesse estabelecer laços para além do curso.

Um agradecimento especial a quem está sempre do meu lado e me deu força nos momentos de maior pressão e desânimo. Sem esse apoio nada disto seria possível.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de vida diárias

DGS – Direção Geral da Saúde

DIB – Balão de infusão descartável

DIO – Dor Irruptiva Oncológica

DN4 – Questionário de dor neuropática

EONS – European Oncology Nursing Society

EV – Endovenoso

GHAF – Gestão hospitalar armazém e farmácia

IASP – International Association for the Study of Pain

IG5 – Internamento geral 5

PCA – Analgesia controlado pelo doente

SC - Subcutâneo

TENS – Neuroestimulação elétrica transcutânea

UD – Unidade da Dor

RESUMO

A dor crónica, nomeadamente na área oncológica, tem vindo a aumentar, à medida que a esperança de vida aumenta. O aumento do tempo de sobrevivência dos doentes oncológicos tem permitido perceber os efeitos a longo prazo, quer da doença, quer dos tratamentos, sendo a dor um exemplo.

Este projeto teve por base a necessidade de implementação de uma consulta de enfermagem para a avaliação e gestão da dor crónica. Perante esta necessidade, foi necessário desenvolver competências na avaliação e gestão da dor. Surgiu assim, uma questão para dar resposta a esta necessidade “Quais as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica na pessoa com doença oncológica?” De forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista que permitam implementar a referida consulta, realizou-se um estágio em três locais: duas Unidades da Dor de dois hospitais públicos e um serviço de internamento de doentes oncológicos de um hospital privado. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando uma revisão scoping, observação da prática, se colaborou nos cuidados, se fez formação aos colegas, reflexão sobre a prática, construção de documentos de apoio à prática. O projeto foi ancorado na teoria do conforto de Kolcaba.

Ao longo dos estágios foram desenvolvidos instrumentos para serem utilizados na consulta a implementar, nomeadamente documentos como um guião de avaliação de enfermagem na dor crónica, um manual sobre os fármacos mais utilizados na gestão da dor, identificação das escalas de dor a utilizar e algumas das intervenções não farmacológicas utilizadas na gestão da dor. Foi efetuado o planeamento da consulta e posteriormente a terminar o estágio, foi possível implementá-la, perspetivando-se o apoio ao doente internado com necessidade de gestão da dor crónica.

Palavras-chave: Doente Oncológico (Cancer Patients); Dor Crónica (Chronic Pain); Gestão da dor (Pain Management); Avaliação da dor (Pain Measurement); Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions)

ABSTRACT

Chronic pain, particularly in the oncology area, has been increasing as life expectancy increases. The increased survival time of cancer patients has allowed us to understand the long-term effects of both the disease and the treatments, with pain being an example.

This project was based on the need to implement nursing interventions for the assessment and management of chronic pain. Given this need, it was necessary to develop skills in pain assessment and management. Thus, a question emerged to answer this need "What are the nursing interventions in the assessment and management of chronic pain in people with cancer?" In order to develop the skills of a specialist nurse to implement the referred interventions an internship was carried out in three locations: two Pain Units of two public hospitals and an inpatient service for cancer patients of a private hospital. A literature search was carried out, using a scoping review, observation of practice, collaboration in care, training of colleagues, reflection on practice, construction of documents to support the practice. The project was anchored in Kolcaba's theory of comfort.

During the internships, instruments were developed to be used in the consultation to be implemented, including documents such as a nursing assessment guide for chronic pain, a manual on the most used drugs in pain management, identification of pain scales to be used and some of the non-pharmacological interventions used in pain management. The consultation was planned and, after completing the internship, it was possible to implement it, with a view to supporting the hospitalized patient in need of chronic pain management,

Palavras-chave: Cancer Patients; Chronic Pain; Pain Management; Pain Measurement; Nursing Interventions

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 7 |
| 1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS | 16 |
| 1.1 Metodologia | 16 |
| 1.2 Implementação do projeto | 16 |
| 1.2.1 Unidade da dor do local A | 16 |
| 1.2.2 Unidade da Dor do Local B | 23 |
| 1.2.3 Serviço de internamento Local C | 29 |
| 2. AVALIAÇÃO | 33 |
| 3. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO | 35 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 37 |

APÊNDICES

Apêndice I – Escalas de avaliação da dor

Apêndice II – Guião de observação da consulta

Apêndice III – Instrumentos de enfermagem para avaliação do doente com dor oncológica

Apêndice IV – Guia farmacológico de terapêutica analgésica

Apêndice V – Técnicas para controlo da dor

Apêndice VI – Ação de formação do local de estágio C

Apêndice VII – Caracterização dos locais de estágio

Apêndice VIII – Protocolo Scoping

Apêndice IX - Reflexões

Apêndice X – Plano da consulta

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 10º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica realizado no período de 2018 a 2021. A fase de estágio decorreu no período de 23 de setembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020, dividido por períodos de 6 semanas em cada um dos locais de estágio, onde executei cerca de 150 horas em cada um, cumprindo assim o objetivo definido para esta fase de 450 horas.

O tema trabalhado foi “Pessoa com doença oncológica e dor crónica: Implementação de consulta de enfermagem”. A escolha deste tema surge de um crescente interesse que foi evoluindo com o decorrer das aulas, associado, a um interesse pessoal pela área da dor que sempre tive durante os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico. Contribuiu para a sua solidificação o fato de ser uma necessidade a implementação de uma unidade da dor, sentida na instituição onde exerço funções. A área da dor, tanto a dor aguda como a dor crónica, sempre me pareceu ser um grande desafio para os enfermeiros e algo que compromete a sensação de bem estar do doente (Batalha, 2016).

Como objetivo geral para este percurso foi definido “Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, na avaliação e gestão da dor”. Após definição do objetivo deste percurso, surgiu a questão inicial “Quais as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica na pessoa com doença oncológica?”.

Partindo da grande questão colocada anteriormente, surgiram outras questões, a primeira questão que se colocou, desde o início, foi responder a: como se avalia a dor? A importância de uma correta e eficaz avaliação e gestão da dor constitui um cuidado importante para o doente, no entanto existem diferentes barreiras à sua concretização. Numa declaração que define bem as áreas que se deve intervir na gestão da dor, a Declaração de Montreal proferida pela International Association for the Study of Pain (IASP), evidencia a relevância do tema da dor, ao afirmar que o acesso ao controlo da dor é um direito humanitário fundamental, mas que, ainda hoje, não conseguimos lidar com a mesma, fazendo com que o controlo da dor seja

inadequado na maior parte do mundo e aponta como algumas das causas: a dificuldade no acesso ao tratamento adequado; deficiente conhecimento dos profissionais de saúde sobre o mecanismo e tratamento da dor; ausência de políticas ou políticas inadequadas e a dificuldade no acesso a medicação essencial para o tratamento da dor. Num estudo realizado junto de estudantes de enfermagem, Latchman (2014) chega à conclusão que há necessidade de incluir nos currículos académicos melhor informação sobre a dor e a sua gestão. Portugal, em 2001, lança o seu primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor, colocando assim na agenda do dia a importância de se equacionar a dor como uma entidade específica. Nos anos seguintes são lançados mais três documentos, sendo eles: Programa Nacional de Controlo da Dor em 2008, o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor em 2012 e Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor em 2017. Com esta estratégia, Portugal assume que a dor crónica é um problema real, considerando-a uma doença, que a dor crónica pode ser aliviada com os conhecimentos atuais e que o doente tem o direito de ser tratado em unidades da dor por uma equipa multidisciplinar. Ainda reconhece que o doente oncológico, na sua maioria, desenvolve uma dor crónica devido à doença ou tratamento e também por razões psicossociais. A IASP (2021) refere a importância de uma equipa multidisciplinar na abordagem à dor, definindo as diferentes especialidades, competências, funções e pré-requisitos para o desenvolvimento de um centro de gestão da dor. Em 2003 a DGS instituiu a dor como 5º sinal vital, reforçando a importância do registo sistemático da dor, a aplicação de escalas de avaliação da dor e coloca a avaliação da dor ao nível da avaliação dos outros sinais vitais. Vários autores têm referido a dor como um dos sintomas mais associados ao cancro (Swarm, 2010; Naveh, 2011; Blackburn, 2019). A prevalência da dor no doente oncológico é de 39,3% após o tratamento curativo, 55% durante o tratamento oncológico, 64% na doença avançada, com metástases e terminal, 38% dos doentes reportaram dor moderada a severa (Everdingen et al, 2016). Perante estes dados, justifica-se a implementação de uma consulta de enfermagem na área da dor crónica na pessoa com doença oncológica, num hospital que aposta no tratamento da doença oncológica.

Em 2018 a IASP criou uma *task force* para analisar a atual definição de dor, tendo sido aceite em 2020 uma nova definição de dor, como “uma experiência

sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Raja et al, 2020, p.1977) sendo considerada crónica quando é continua ou recorrente com uma duração mínima de 3 meses (IASP, 2020).

Para uma melhor compreensão da dor é necessário perceber como a mesma se classifica. A dor pode ser aguda ou crónica, sendo a crónica a dor que perdura por mais de 3 meses (IASP, 2020) e/ou persiste para além da cura aparente da lesão que lhe deu origem (DGS, 2008). A dor crónica pode ser de origem nocicetiva ou neuropática. Ainda existe uma outra entidade que é a dor Irruptiva.

A dor nocicetiva é uma “dor que surge de dano real ou potencial ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores” (IASP, 2020). A dor neuropática é “causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial” (IASP, 2020). A dor neuropática surge por lesão dos nervos em qualquer ponto desde as terminações dos nociceptores até aos nervos corticais no cérebro. A dor neuropática está associada a uma lesão dos nervos e é normalmente descrita como uma picada, formigueiro, queimadura, dormência, choque.

A dor neuropática pode ser classificada como central (com origem no cérebro ou espinal medula) ou periférica (com origem em lesão de nervo periférico, plexus, ganglios da raiz dorsal). Na avaliação da dor neuropática é importante estar-se familiarizado com termos como: parestesias, disestesia, hipoestesia, hiperestesia, hipoalgesia, hiperalgesia e alodinia. (IASP, 2010).

Os achados mais frequentes são as parestesias (sensação anormal que não é dolorosa ou desagradável), disestesia (sensação anormal desagradável como sensação de queimadura e formigueiro), alodinia (dor causada por um estímulo que normalmente não provoca dor) hiperalgesia (aumento da sensibilidade à dor provocado por um estímulo que normalmente provoca dor) (Kurita, 2015).

A dor irruptiva requer alguma experiência na avaliação da dor. Uma das definições mais utilizadas é a de Davies et al (2009) que define dor irruptiva como “uma exacerbação transitória que ocorre de forma espontânea ou relacionada com um estímulo previsível ou imprevisível apesar de uma relativa estabilidade e um adequado controlo da dor basal” (p. 332). Já a Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (2013), quando se refere à dor irruptiva oncológica (DIO), diferencia-a da

dor irruptiva não oncológica, por ser “transitória ou episódica e irromper da estabilidade da dor crónica basal controlada” (p. 6) Podemos assim ver que para se identificar uma dor irruptiva é necessário haver uma dor basal controlada, não associando a episódios de dor no período de iniciação de um esquema terapêutico ou titulação analgésica, nem no período final de atuação de analgésico. A dor irruptiva pode assim ser espontânea, quando é imprevisível, ou incidental, quando é possível identificar um fator desencadeante. De acordo com o tipo de fator desencadeante, a dor irruptiva incidental pode ser volitiva, quando associada a um fator desencadeante voluntário, como por exemplo, levantar um peso ou fazer um determinado movimento; não volitiva, quando surge por uma ação involuntária, como por exemplo, tossir ou espirrar, ou ainda procedimental, quando está associada a um procedimento que pode provocar dor, como por exemplo, tratamentos de feridas ou exame mais invasivo (Santos, 2015). Normalmente os episódios de dor irruptiva surgem de forma abrupta e inesperada, atingindo uma intensidade severa em poucos minutos e uma duração de 30 a 60 minutos e pode ocorrer varias vezes por dia (EONS, 2013).

O Working Group Nientemale DEI (2016) juntamente com diversos autores propõe uma abordagem no diagnóstico e tratamento da DIO que assenta em *Five things to do* e *Five things not to do* em cada uma das abordagens:

Diagnóstico – *Five things to do*

- 1) Avaliar a DIO idiopática e incidental em todos os estadios da dor;
- 2) Avaliar as características da DIO (estímulo, intensidade, duração e frequência dos episódios) e os fatores psicologicos e sociais;
- 3) Realizar um diagnóstico diferencial entre a DIO e a dor de fim de dose;
- 4) Utilizar instrumentos de avaliação de suporte para o diagnóstico da DIO;
- 5) Avaliar a adesão do doente ao esquema terapêutico para a sua dor basal.

Diagnóstico – *Five things not to do*

- 1) Subestimar a complexidade do diagnóstico e gestão da DIO;
- 2) Dedicar tempo insuficiente para registar a história do doente e realizar testes objetivos;
- 3) Desprezar a informação do doente sobre a DIO;
- 4) Subestimar o impacto negativo da DIO na gestão do doente oncológico;
- 5) Usar linguagem pouco clara na comunicação com os doentes e seus familiares.

O mesmo grupo ainda define os mesmos “*Five things to do*” e os “*Five things not to do*” para o tratamento, mas são mais do âmbito médico e não da intervenção da enfermagem.

Uma completa avaliação da dor crónica torna-se fundamental para perceber a sua causa e outras causas não relacionadas com o diagnóstico de base mas que impactam na perceção da dor por parte do doente, permitindo, assim, estabelecer um adequado plano de intervenção (Curtiss, 2010; Campbell, 2017; Cope, 2019). Para uma correta avaliação da dor há que ter em conta a sua característica multidimensional e não apenas a sua dimensão física (Santos, 2015), só assim é possível uma correta identificação e intervenção. Atualmente reconhece-se que fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais, socioculturais, cognitivos, sensoriais afetam a avaliação da dor e como tal têm que estar presentes na sua avaliação (Santos, 2015; Cope, 2019).

Durante uma consulta de enfermagem de avaliação da dor crónica, a colheita de informações abrange as características da dor, as possíveis causas da dor, os fatores de alívio e de agravamento, as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas e quais os seus efeitos, impacto da dor nas atividades de vida diárias, formas de comunicar a dor, ambiente familiar, socioeconómico e emocional.

Na caracterização da dor tenta-se identificar o início da mesma, ou seja há quanto tempo dura a dor; a sua localização, por vezes, existe mais que uma localização, sendo necessário perceber se estão relacionadas ou não; descrição da dor, aqui poderão ser utilizados alguns descritores ou adjetivos como formigueiro, picada, facada, dolorosa, etc; outros sintomas associados; fatores agravantes da dor e fatores que aliviem a dor; a temporalidade da dor, como a dor se comporta ao longo do dia, se é constante ou tem algum tipo de variações; intensidade da dor, percebendo os valores máximos e mínimos da dor. Neste último ponto, surgem as escalas de avaliação da dor que tentam quantificar a intensidade da dor sentida em determinadas situações ou momentos. As recomendações emanadas pela ESMO (2018) na aplicação das escalas de avaliação da dor, sugerem que estas devem ser realizadas pelo método de auto-avaliação, sendo este, provavelmente, o mais fiável, na medida em que é a pessoa que tem a dor que faz a sua avaliação (Fallon, 2018). Nas situações em que não seja possível, como nos doentes com um estado avançado de

demência, existem escalas de hetero avaliação. Estas escalas podem ser consultadas no apêndice I. Para além de avaliar a intensidade da dor, através das escalas de avaliação da dor, existem outros parâmetros importantes na avaliação da dor como, a temporalidade e o padrão.

Batalha (2016) no manual de estudo “Avaliação da dor” descreve os seguintes princípios que devem ser seguidos para uma correta avaliação da dor:

- Usar a auto-avaliação sempre que possível;
- Acreditar na pessoa;
- Utilizar sempre um instrumento de avaliação (uma escala de dor);
- Respeitar de forma rigorosa as instruções metodológicas e específicas de cada instrumento;
- Só mudar de instrumento, na mesma pessoa, se a situação clínica assim o exigir;
- Se não for possível usar a escala, usar outra ou em alternativa não cotar o item em falta;
- O instrumento utilizado na mesma pessoa deve ser sempre o mesmo;
- A intensidade da dor refere-se sempre ao momento presente (embora possam existir exceções);
- Ensinar previamente a utilização da escala (acolhimento ou em situação de não stress ou dor);
- Assegurar que a pessoa compreendeu correctamente o significado e a utilização da escala;
- Registrar a avaliação no processo clínico e complementar a informação quantitativa com outros aspectos considerados úteis para interpretar a dor da pessoa.

Outro aspeto tão importante, é a formação que se poderá fazer junto do doente durante a consulta de enfermagem, direccionada para técnicas de alívio da dor. Como refere Naga (2015) o doente é um agente importante na gestão da sua dor. Um correto ensino sobre a gestão da dor aumenta o nível de satisfação do doente e promove uma eficaz adesão ao plano terapêutico, uma menor procura de opióides e redução dos efeitos secundários.

Além da avaliação da dor e da administração de terapêutica, a intervenção do enfermeiro para controlo da dor e potenciar o conforto da pessoa, passa também por intervenções não farmacológicas.

Numa revisão sistemática elaborada por Hokka et. Al (2014) com o objetivo de perceber a eficácia e a segurança das intervenções não farmacológicas no tratamento da dor em doentes com cancro em estado avançado, chegaram à conclusão que não se pode afirmar que as intervenções não farmacológicas sejam ou não eficazes e seguras no tratamento da dor oncológica em doente com doença avançada, no entanto, os estudos analisados, que abordam técnicas como a massagem, a atenção, a estimulação eléctrica nervosa transcutânea (TENS) e a acunputura mostraram efeitos promissores a curto prazo.

Numa outra revisão Kurita (2015) verificou que as intervenções não farmacológicas como a psicoterapia, o exercício físico, o calor, o frio, a massagem, o TENS, a acunpunctura e as terapias comportamentais cognitivas têm impacto na sensação de bem estar, redução da hipervigilância da dor e melhoria da funcionalidade, promovendo um aumento do efeito da medicação analgésica e na possível redução da dose medicamentosa. Também foram descritas técnicas cognitivas comportamentais como o relaxamento, a distração e exercícios com imagens que promoveram bem estar e diminuição da dor momentânea (Hokka et. al, 2014). Antunes et al (2019) numa revisão da bibliografia, conclui que as intervenções da prática de enfermagem podem ajudar o doente na autonomia do controlo da dor e a superar momentos de maior dificuldade.

A massagem pode ir de um simples tocar a uma massagem com duração de 30 a 50 minutos (Hokka et al, 2014). Em algumas situações foram utilizadas em simultâneo outras técnicas, como a interação social, a aromoterapia e alguns exercícios. O TENS foi utilizado em dor óssea oncológica (Hokka et. al, 2014). Para a avaliação da evolução da dor, foram utilizados vários instrumentos de avaliação da intensidade da dor como o Brief Pain Inventory (BPI), Memorial Pain Assessment Card, a Escala Analógica Visual, Edmonton Symptom Assessment System (Hokka et. al, 2014).

Para o sucesso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor, é importante, a percepção que o doente tem sobre as mesmas, Chen (2020) no estudo

em que entrevistou várias pessoas com dor crónica, refere os seguintes resultados: acreditam no valor das terapias complementares mas não viam todas com o mesmo valor; não interessa como funciona, desde que resulte; pode resultar numa pessoa e não em outra pessoa, mas, não invalida a terapia; acham que deveriam ser utilizadas com a medicina ocidental. Tang (2019) reforça esta ideia e ainda refere que os enfermeiros deveriam incluir muitas das práticas complementares nas suas intervenções junto do doente com dor crónica.

A pesquisa bibliográfica foi uma base de sustentação para o ponto de partida de todo o percurso realizado, tendo sido o primeiro passo a revisão scoping elaborada durante a fase de elaboração do projeto (apêndice VIII), que permitiu adquirir conhecimento sobre uma área como a da dor, especificamente a dor crónica na pessoa com dor oncológica que me era de alguma forma estranha. Assim, os dois primeiros locais de estágio assentaram em duas unidades da dor, que são referência a nível nacional do tratamento da dor e dotadas de uma equipa de enfermagem com muitos anos de experiência. No primeiro local de estágio tive a oportunidade de desenvolver competências necessárias, para desenvolver uma consulta de enfermagem permitindo-me adquirir conhecimentos para elaborar instrumentos necessários ao desenvolvimento de uma consulta de enfermagem na área da dor crónica. O segundo campo de estágio permitiu-me desenvolver competências numa área, quase inexistente no primeiro local, que foram as intervenções de enfermagem em determinadas técnicas não farmacológicas. Estes dois campos de estágio acabaram por se complementar. O último campo de estágio foi na instituição onde exerço as minhas funções de enfermagem. Até ao momento deste 3º estágio, ainda não tinha entrado em funcionamento a Unidade da Dor devido a atrasos na organização da equipa que o iria constituir. Assim, em reunião com a direção de enfermagem, chegou-se a um acordo, que o melhor local para poder desenvolver competências de avaliação e gestão da dor crónica compatíveis com uma consulta de enfermagem na área da dor crónica na pessoa com doença oncológica, seria o serviço de internamento médico, onde se encontravam a maioria dos doentes oncológicos com provável necessidade de avaliação e controlo da dor.

A Teoria do Conforto, uma teoria de médio alcance, de Katharine Kolcaba, parece-me fazer sentido, primeiro porque muitas vezes, a dor é associada ao desconforto. Segundo, esta teoria aborda quatro contextos, físico, psicoespiritual,

sociocultural e ambiental, contextos estes que influenciam a dor e por inerência o conforto. Terceiro, cruza os quatro contextos com três tipos de conforto que se pretende atingir em relação a um determinado fenómeno desencadeador do desconforto, que são o alívio, a tranquilidade e a transcendência. Esta filosofia de cuidados permite não focar o objetivo apenas no alívio físico da dor mas abordá-la, por um lado, em quatro contextos, por outro lado, em três tipos de intervenções que vão para além da ausência da dor, mas que a pessoa atinja uma sensação de tranquilidade ou transcendência. De acordo com Kolcaba, (2003) o conforto pode vir de situações que não podem ser satisfeitas pelos métodos tradicionais, resultando assim nas medidas não farmacológicas que são da esfera da enfermagem. Aqui o conforto tem que ser visto como algo experienciado pela pessoa que o recebe.

Com este relatório pretende-se refletir criticamente e mobilizando a evidência científica sobre as atividades efetuadas nos três locais de estágio de forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e implementar uma consulta de enfermagem para a pessoa com doença oncológica e dor crónica. O relatório é estruturado em quatro capítulos: no primeiro capítulo, introdução, procurou-se justificar o porquê da escolha do tema para o projeto, tanto a nível pessoal como a nível profissional. No segundo capítulo, execução das tarefas, será apresentado o percurso realizado para ir ao encontro aos objetivos definidos, com base numa filosofia de cuidados de enfermagem assente num modelo de cuidados, é apresentada a metodologia utilizada, é feita uma apresentação dos locais de estágio, dos objetivos definidos para cada um deles e uma descrição das atividades realizadas e os resultados obtidos da experiência obtida, também é esplanada uma análise das atividades e resultados obtidos. No terceiro capítulo, avaliação, pretende-se identificar os contributos do projeto para a prática futura, analisando os pontos fortes e os pontos fracos. No quarto e último capítulo, conclusão, foca-se na síntese de todo o percurso e nos resultados obtidos para a prática da enfermagem, nomeadamente, apresenta-se a operacionalização do projeto, com uma breve descrição da implementação da consulta de enfermagem à pessoa com dor crónica, com a abertura da Unidade da Dor em Outubro de 2020. Os apêndices encontrados no final do relatório e que foram sendo construídos ao longo de todo o percurso reforçam o trabalho desenvolvido.

1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste capítulo, pretendo esplanar todo o percurso realizado de acordo com as tarefas propostas para o desenvolvimento de competências que pudessem dar respostas aos objetivos a que me propus para desenvolver as competências de enfermeiro especialista necessárias à implementação de uma consulta de enfermagem na dor crónica oncológica.

1.1 Metodologia

A metodologia utilizada foi a de projeto com um estágio em três locais distintos: o primeiro campo de estágio é uma unidade da dor especializada na dor crónica oncológica e o segundo campo de estágio, uma unidade da dor especializada na dor crónica oncológica e não oncológica. O objetivo geral definido para estes dois campos de estágio foi desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e na avaliação e gestão da dor crónica. O terceiro e último campo de estágio, foi a instituição hospitalar onde exerce funções como enfermeiro, e o objetivo definido foi o de implementar a consulta de enfermagem na pessoa com doença oncológica e dor crónica. Durante o percurso foi efetuada pesquisa bibliográfica, observação da prática, reflexão sobre a prática, construção de documentos de apoio à prática e prestação de cuidados.

1.2 Implementação do projeto

1.2.1 Unidade da dor do local A

Esta Unidade da Dor (UD) é considerada uma referência a nível nacional na abordagem à dor crónica no doente oncológico, fato pelo qual foi uma das minhas primeiras escolhas. A descrição desta unidade encontra-se no apêndice VII. O estágio decorreu entre o dia 23 de Setembro e o dia 29 de Outubro, totalizando 153 horas.

Durante todo o estágio fui acompanhado pela enfermeira chefe do serviço, no sentido de perceber como se gere uma unidade da dor e pelas enfermeiras peritas da UD que me permitiram observar a sua prática e colocar em prática algumas das intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa oncológica com dor crónica, desenvolvendo competências de relação com a pessoa. Em seguida irei abordar cada um dos objetivos específicos definidos para este campo de estágio.

Integrar a equipa multidisciplinar do serviço.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: apresentação do projeto, realização de uma visita ao serviço com a Enfermeira Orientadora e/ou Enfermeira Chefe, consulta das normas existentes sobre o funcionamento do serviço e sua organização. Durante a primeira semana tive a oportunidade de conhecer grande parte da equipa multidisciplinar, ler as normas e outra documentação existente no serviço, assim como, realizar uma visita por todo o serviço. A reunião com a Enfermeira chefe do serviço permitiu discutir o meu projeto e os objetivos a que me tinha proposto, tendo sido importante para entender a dinâmica do serviço e levar-me a consultar bibliografia relacionada com atividades realizadas nesta UD da Dor, que desconhecia, como por exemplo os tratamentos com pensos de capsaicina 8%.

Descrever a estrutura da consulta de enfermagem e instrumentos utilizados.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: Consulta de documentos sobre a estrutura da consulta, observação da prática e consulta dos registos de enfermagem. Estas atividades foram realizadas ao longo de todo o estágio, mas com maior incidência entre a 2ª e 4ª semanas. Para a observação das avaliações de enfermagem, utilizei o guião de observação, que foi realizado antes do início do estágio, apoiado na bibliografia analisada para a elaboração do projeto, que me permitisse registar o observado e fazer uma ligação com a teoria do conforto de Kolcaba. Este guião está dividido em 4 partes. A 1ª parte contempla dados da admissão na consulta, a 2ª parte contempla a avaliação da pessoa com dor, a 3ª parte contempla as intervenções de enfermagem e a 4ª e última parte contempla a avaliação das intervenções de enfermagem. Este guião foi melhorado após as primeiras observações realizadas durante a 1ª semana de estágio em reunião com a minha professora orientadora de projeto e a enfermeira orientadora do estágio, para permitir uma melhor adequação ao objetivo traçado (Apêndice II). Foram realizadas um total

de 18 observações durante este estágio. Com o desenrolar do estágio tive a oportunidade de observar a aplicação dos diversos instrumentos utilizados pela enfermagem na avaliação e intervenção ao longo das consultas multidisciplinares e toda a dinâmica do circuito do doente, o que me permitiu definir um fluxograma que reflete o funcionamento da UD (figura 1) e me ajudou a iniciar a estrutura da futura consulta de enfermagem.

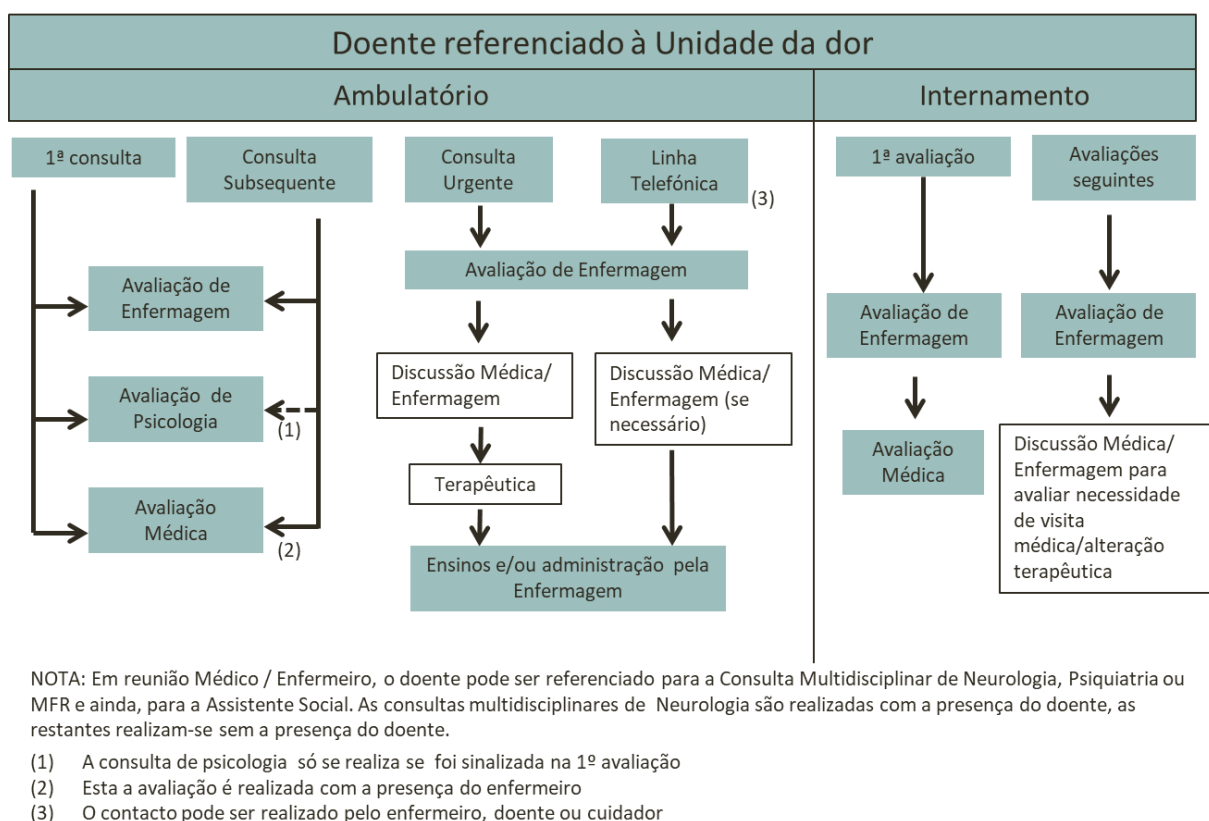


Fig. 1 - Fluxograma da UD do Local A

Os instrumentos de avaliação utilizados pela enfermagem na condução das entrevistas de 1ª avaliação de enfermagem compreendem: 1) Unidade da dor - 1ª consulta - documento onde se registavam alguns dados demográficos, história clínica associada ao quadro oncológico, antecedentes pessoais e respetiva medicação, avaliação da dor dentro das suas dimensões, resultados da medicação analgésica e seus efeitos secundários, 2) Inventário Resumido da Dor - que avalia a dor na sua intensidade e como a dor interfere em algumas atividades de vida diária, 3) Questionário da Dor Neuropática (DN4) que permite avaliar se a dor tem características de dor neuropática. Estes dois questionários são preenchidos pelo doente, de preferência sem intervenção do enfermeiro. Nas avaliações seguintes, é

utilizado o documento “Consulta Subsequente” onde se avaliam as características da dor e sua evolução, a adesão terapêutica, seus efeitos terapêuticos e secundários e ainda se avalia a interferência da dor nas atividades de vida diárias em relação à disposição, deambulação, sono, alimentação e eliminação. A observação da aplicação de todos estes instrumentos de avaliação, ajudou a compreender, na prática, toda a complexidade da avaliação do doente com dor oncológica que tinha lido na pesquisa bibliográfica.

Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: Observação da prática, colaboração na prestação de cuidados e elaboração de checklist sobre intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica. Durante o período estabelecido para este objetivo, as últimas 4 semanas do estágio, tive a oportunidade de observar a condução das diferentes consultas multidisciplinares realizadas na UD e nas últimas 3 semanas foi-me dada a oportunidade de realizar, com o apoio das enfermeiras mais experientes do serviço, as avaliações de enfermagem, tanto de 1ª vez como as de seguimento, realizando o registo nos instrumentos de avaliação preconizados na UD.

Na avaliação de enfermagem é realizada uma entrevista ao doente, onde se registam os seus dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, uma avaliação da sua situação algica no que diz respeito às características, localização, qualidade, intensidade, duração e frequência, forma de comunicar a dor, fatores de alívio e agravamento, estratégias de coping, interferências da dor nas AVD's, efeitos secundários da terapêutica ou outros sintomas, impacto social, socioeconómico e espiritual da dor (Fillingim, 2016). É ainda identificada a terapêutica em curso e realizadas intervenções de ensino e aconselhamento, sempre que o enfermeiro sinta essa necessidade. Há uma explicação do funcionamento da UD e é entregue o Guia de Acolhimento. Um momento importante da consulta é avaliar as expectativas do doente em relação à consulta, segundo Schemer (2020) há uma associação entre a gestão de expectativas e o sucesso do tratamento e para Bhana (2015) é importante alinhar as expectativas com o que realmente pode ser alcançado. Esta situação foi importante para desenvolver competências na prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Estas atividades permitiram dar início à construção de um instrumento de avaliação de enfermagem que agregasse a avaliação da dor em todas as suas dimensões, mas também que incluísse uma avaliação do impacto da dor no conforto do doente, à luz da teoria do conforto de Kolcaba, com o objetivo de delinear um plano de intervenção de enfermagem a seguir para atingir o conforto que o doente pretende.

Analisar a prática

Ao longo de todo o estágio fui refletindo com a orientadora sobre as situações da prática, o que me permitiu refletir sobre as práticas que ía observando e tirar dúvidas. Permitiu-me uma abordagem da dor como dor total e o impacto que tinha em cada uma das pessoas, com a dificuldade que cada um tem de conseguir caracterizar a sua dor, devido, por um lado, à irrelevância que dão a determinados aspetos da dor que são importantes, ou, por outro, à exacerbação da mesma para garantir que lhes damos a maior atenção. Percebi que muita experiência é necessária para se conseguir obter do doente a informação que pretendemos e que a observação de comportamentos do doente durante a avaliação é uma fonte importante para entender o doente em toda a dimensão da dor, o que me ajudou a desenvolver a comunicação na abordagem a doentes com dor crónica.

Notou-se a relevância do papel do enfermeiro na avaliação da dor, visto que este faz toda a avaliação e posteriormente transmite-a ao médico e este com base na informação recolhida pelo enfermeiro e mais alguma que pode obter do doente, define um plano terapêutico que o enfermeiro explica ao doente. Durante todo o percurso do doente na UD, o enfermeiro está presente em todos eles, com exceção da consulta de Psicologia.

O acompanhamento do doente internado com dor crónica, também me ajudou a compreender a importância do controlo da dor por uma UD, para o conforto do doente. O enfermeiro da UD tem um papel muito dinâmico e proativo para com os colegas do serviço de internamento no esclarecimento sobre como lidar com a dor e a respetiva medicação.

Apesar de não ser uma prática comum a realização de técnicas no alívio da dor, tive a oportunidade de observar e ajudar na realização de duas técnicas.

Colocação de pensos de Capsaicina 8%, que está indicado para a dor neuropática que não cede à medicação (Arora, 2020; Mullin, 2021). Após avaliação médica do local a colocar o penso, é o enfermeiro, o responsável por todo o tratamento. Observei a realização de um bloqueio do plexo lombar num doente internado e com dor neuropática das nádegas e pernas. Sendo uma técnica semelhante a uma punção lombar, o papel do enfermeiro é criar todas as condições para que o doente se sinta confortável, e o procedimento possa ser realizado em segurança, dando o apoio necessário ao médico que faz a intervenção. Após a intervenção o enfermeiro é responsável pela vigilância do doente até à sua transferência para a enfermaria. Esta intervenção tem como risco a perda do controlo dos esfíncteres urinário e fecal e a perda de mobilidade dos membros inferiores. Durante esta intervenção as minhas preocupações foram sempre relacionadas com o conceito de conforto da teoria de Kolcaba, tentando perceber o que poderia providenciar para tornar o ambiente mais acolhedor, nomeadamente a temperatura, porque o doente estaria despido, no contexto psicoespiritual tentar esclarecer todos os seus receios e assegurar que a posição em que se iria encontrar durante o procedimento não lhe causaria maior desconforto, tentando proporcionar o alívio e a tranquilidade preconizados por Kolcaba.

As observações, a colaboração na prática e os momentos de reflexão ao longo do estágio, possibilitaram-me fazer uma ponte entre a pesquisa bibliográfica e a operacionalização. Consegui identificar todos os pontos, definidos como importantes na avaliação da dor como um todo, na bibliografia analisada, e a relação da dor com as atividades de vida, ou seja, que impacto tem a dor no dia a dia de cada doente. Desenvolvi competências no ensino farmacológico ao doente com dor crónica. No entanto, foi difícil identificar os resultados das intervenções de enfermagem para uma melhoria do conforto do doente à luz da teoria de Kolcaba, principalmente por não ter sido possível fazer um acompanhamento do doente. Tentei em cada uma das consultas que realizei, identificar pelo menos um dos quatro contextos da teoria de Kolcaba que poderia estar a afetar o doente. Apesar de se fazer uma avaliação do impacto da dor nas atividades de vida, não se notava uma intervenção alargada da enfermagem na melhoria desse impacto através de intervenções específicas de enfermagem.

Este estágio fez-me perceber como se organiza uma consulta de enfermagem no âmbito de uma UD para a pessoa com dor crónica e mudou o meu pensamento em relação à intervenção do enfermeiro na abordagem farmacológica à dor crónica, que pensava ser pouco interventiva, associado mais a uma intervenção médica e com pouca visibilidade da intervenção de enfermagem. Aqui percebi que se pode explorar mais as intervenções de enfermagem para a eficácia da gestão da dor.

Um fator importante que fui identificando ao longo das minhas observações e prática, depreende-se com a resistência que os doentes tinham em cumprir o plano terapêutico que lhe estava instituído (Oldenmenger, 2009; Jacobsen, 2010; Shen, 2017). Esta barreira na adesão à terapêutica foi bastante perceptível devido a uma das intervenções mais importantes e presentes em todos os contactos com os doentes desta UD que é o ensino relativo à terapêutica, onde o enfermeiro explora com os doentes, a forma como está a fazer a terapêutica, como procede quando tem picos de dor, como atuar perante efeitos secundários, etc. Muitas das razões dadas pelos doentes para a não adesão são o medo da dependência da medicação, a ideia de que os analgésicos só se tomam quando não se aguenta a dor e que quanto menos medicação se tomar, melhor (Jacobsen, 2009; Kwon, 2014; Gunnarsdottir, 2017; Ma, 2020). Notou-se uma grande preocupação por parte dos enfermeiros em fazer ensinios no sentido de uma melhor adesão terapêutica. Estes episódios foram os que mais me marcaram o que me levou a fazer uma reflexão (apêndice IX) sobre um evento significativo com base numa avaliação de enfermagem em que participei, em que o grande objetivo da enfermeira foi esclarecer o doente da importância de cumprir o esquema terapêutico para conseguir controlar a sua dor e melhorar a sua qualidade de vida.

Uma das intervenções mais utilizadas para a gestão da dor é a administração de medicação, como pude comprovar durante todo o período do estágio. Senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos neste tipo de medicação, principalmente quanto à forma de administração, efeitos secundários e especificidades de cada um dos medicamentos. Foi elaborado um manual onde se colocou a informação pertinente de forma a ser fácil de consultar durante a consulta (Apêndice IV). Este manual de terapêutica analgésica utilizada na dor crónica, deverá ficar no gabinete de enfermagem, onde se realiza a consulta de enfermagem, para apoio nos ensinios sobre efeitos adversos, conhecer interações e forma de

administração. Esta é uma função de extrema importância nos ensinamentos de enfermagem, que contribuem para uma melhor adesão ao plano terapêutico.

Neste local de estágio consegui desenvolver as seguintes competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo, detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, e suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. No âmbito das competências definidas pela EONS, foram desenvolvidas as seguintes competências: identificar o impacto do cancro no bem estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual na pessoa com doença oncológica, descrever a complexa rede de informação, educação e de suporte de necessidade para a pessoa com doença oncológica, demonstrar conhecimento das teorias da comunicação e como são aplicadas na prática, incluindo estratégias para conduzir uma avaliação, explorar a importância da comunicação multidisciplinar no cuidado à pessoa com doença oncológica e como pode ser melhorada, demonstrar a importância das intervenções baseadas na evidência, para o cancro e em especial para a prática de enfermagem

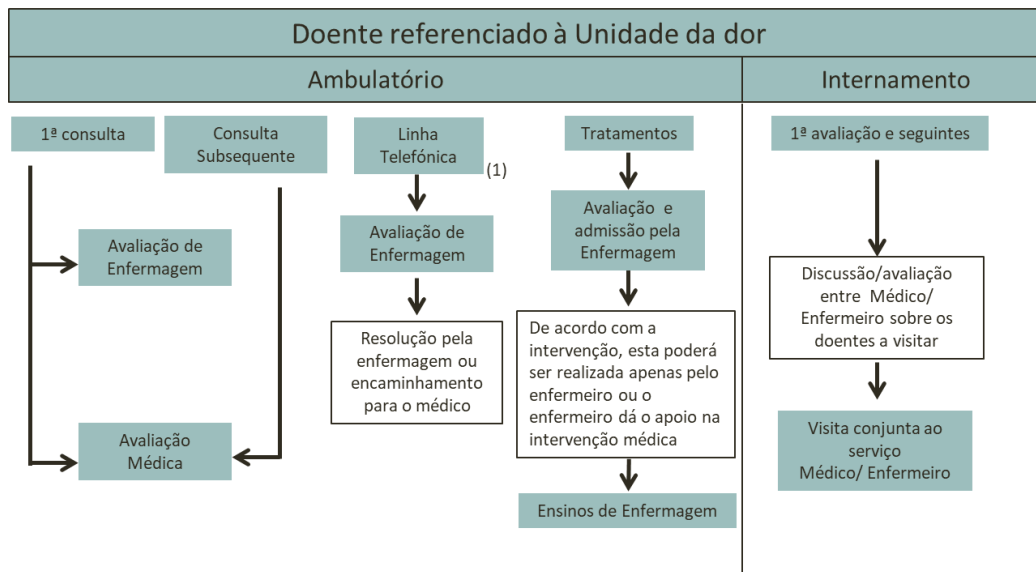
1.2.2 Unidade da Dor do Local B

A Unidade da Dor do local B foi reconhecida como um Centro Multidisciplinar da Dor, sendo uma referência na abordagem à dor crónica em geral. A descrição deste serviço encontra-se no apêndice VII. Este local de estágio foi escolhido por assistir, também doentes não oncológicos. O estágio decorreu entre o dia 4 de novembro e o dia 12 de dezembro, totalizando 153 horas. Durante todo o estágio fui acompanhado por uma das enfermeiras peritas da UD e pontualmente por todas as enfermeiras da UD em situações específicas, o que permitiu observar a maioria das práticas realizadas e participar ativamente em algumas das intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa com dor crónica, desenvolvendo competências técnico-

científicas e de relação com a pessoa. Em seguida irei abordar cada um dos objetivos específicos definidos para este campo de estágio.

Integrar a equipa multidisciplinar do serviço.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: apresentação do projeto, realização de uma visita ao serviço com a Enfermeira Orientadora e/ou Enfermeira Chefe, consulta das normas existentes sobre o funcionamento do serviço e sua organização. Durante a primeira semana tive a oportunidade de conhecer grande parte da equipa multidisciplinar, ler as normas e outra documentação existente no serviço, assim como, realizar uma visita por todo o serviço. A reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e a minha orientadora, permitiu discutir o meu projeto e os objetivos a que me tinha proposto, tendo sido importante para entender a dinâmica do serviço e levar-me a consultar bibliografia relacionada com atividades realizadas nesta UD, que não eram realizadas no primeiro campo de estágio, a UD do local A, como os bloqueios dos nervos periféricos, a utilização de diatremia, a massagem terapêutica e a estimulação de alta frequência, que desconhecia. Estas atividades permitiram conhecer todo o espaço físico do serviço, a sua organização, funcionamento e circuito do doente, que traduzi no fluxograma da figura 2. Este fluxograma à semelhança do fluxograma elaborado para o local A, ajudou a consolidar as bases da estrutura da futura consulta de enfermagem.



NOTA: Em reunião Médico / Enfermeiro, o doente pode ser referenciado para a uma Consulta Multidisciplinar ou de especialidade. Em qualquer consulta presencial, pode ser pedido uma consulta de psicologia para o próprio dia.

(1) O contacto pode ser realizado pelo enfermeiro, doente ou cuidador

Fig. 2 - Fluxograma da UD do Local B

Descrever a estrutura da consulta de enfermagem e instrumentos utilizados.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: Consulta de documentos sobre a estrutura da consulta, observação da prática e consulta aos registos de enfermagem. Estas atividades foram realizadas ao longo de todo o estágio, mas com maior incidência entre a 2ª e 4ª semanas. Acompanhei algumas consultas de enfermagem de primeira vez, que me ajudaram, durante a observação, a perceber como se desenvolve uma entrevista estruturada durante uma consulta de avaliação da dor crónica. Para a consulta de enfermagem era utilizado o processo de enfermagem em suporte informático, com exceção de um documento em suporte papel em que o doente assinalava nas imagens anatómicas o local ou locais onde sente a dor. O processo informático era próprio da UD, onde se podia registar dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e familiares, ambiente familiar, avaliação emocional, autocuidado (alimentação, deambulação e eliminação), estado sensorial e toda a informação relacionada com a dor do doente em todas as suas características e dimensões. A avaliação de todas estas dimensões é de extrema importância devido às características multidimensionais da dor crónica e aos quatro contextos da teoria do conforto de Kolcaba. Com o desenrolar do estágio tive a oportunidade de observar a aplicação de outros instrumentos utilizados pela enfermagem na avaliação e

intervenção como, registo da consulta telefónica, folhetos de ensinamentos e registo dos procedimentos invasivos. Nesta UD o enfermeiro não realiza as consultas subsequentes. Após a consulta de primeira vez o doente é encaminhado para a consulta médica, onde, por norma, o enfermeiro não está presente. A presença do enfermeiro nesta consulta ocorre caso o médico necessite de algum apoio. Nas consultas seguintes, o doente é diretamente atendido pelo médico e apenas tem contacto com o enfermeiro para alguma intervenção específica ou para ensinamentos. Nas consultas em que tive a oportunidade de realizar toda a avaliação, tentei sempre, avaliar a informação que o doente me transmitia numa perspectiva da teoria do conforto.

No processo de aquisição de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, tornou-se perceptível que teria que elaborar um instrumento de avaliação de enfermagem que servisse de linha condutora para a avaliação da dor crónica na pessoa com doença oncológica. Para a criação deste instrumento, além da pesquisa bibliográfica realizada, foi importante o guião de observação (Apêndice II) desenvolvido para observação das consultas de enfermagem nos dois primeiros locais de estágio, locais A e B, bem como a consulta de diversa documentação existente nos mesmos locais de estágio. Algumas dificuldades surgiram devido a diferenças encontradas na diversa literatura e mesmo nos locais de estágio.

Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica.

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: Observação da prática, colaboração na prestação de cuidados e elaboração de checklist sobre intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica. Durante o período estabelecido para este objetivo, as últimas 4 semanas do estágio tive a oportunidade de realizar a consulta de primeira vez, sob supervisão da enfermeira orientadora, familiarizando-me com o sistema informático e aprofundando os meus conhecimentos no modo de entrevistar um doente durante uma consulta de enfermagem no âmbito da dor. Nestas consultas foi possível utilizar e testar o questionário de avaliação de enfermagem para consultas de primeira vez, que tinha sido melhorado no estágio anterior.

Nesta Unidade da Dor são realizadas diversas intervenções invasivas e não invasivas que ajudam a controlar a dor: técnicas de ozonoterapia, bloqueio dos plexos

nervosos, onde o enfermeiro tem um papel de apoio na preparação do doente e materiais necessários, no apoio à realização do procedimento e no ensino ao doente após a realização do procedimento. Em técnicas como a estimulação muscular de alta frequência, diatermia, massagem terapêutica e bandas neuromusculares, após prescrição médica, é o enfermeiro que as executa. Tive a oportunidade de observar todas as técnicas e de executar a diatermia e a aplicação da estimulação de alta frequência. Desta experiência senti a necessidade de aumentar os meus conhecimentos sobre este tipo de terapêuticas, tendo resultado o documento que se encontra no apêndice V. A elaboração deste documento fez-me aprofundar conhecimentos sobre diversas técnicas de controlo da dor, para além da farmacológica, que serão realizadas na futura UD, percebendo como atuar em cada uma das intervenções, nomeadamente os bloqueios periféricos.

Outra função importante do enfermeiro é o acompanhamento telefónico do doente. A Unidade da Dor tem um contacto telefónico que funciona das 9h às 18h, de segunda a sexta. O atendimento é feito pelo enfermeiro. As principais razões destes telefonemas são relacionados com a dor mal controlada e dúvidas sobre o esquema terapêutico. Para o atendimento telefónico o enfermeiro utiliza uma ficha de consulta telefónica, onde regista a razão do contacto e os dados sobre a dor e medicação que está a fazer. Grande parte das questões colocadas pelos doentes são resolvidas com intervenções de enfermagem. Quando o problema não é do âmbito da intervenção de enfermagem, é registada a situação em impresso próprio e este encaminhado para o médico, sendo o doente contactado posteriormente pelo médico ou pelo enfermeiro.

Analisar a prática

Durante todo o período de estágio pude observar que as intervenções de enfermagem podem ser divididas em 3 áreas: Consulta de enfermagem, apoio e realização de intervenções mais técnicas e apoio ao internamento.

Durante os períodos em que estive a observar e a realizar a consulta de enfermagem, a dor é avaliada em todas as suas dimensões, embora pouco explorada quanto ao seu impacto nas AVD`s. Estudos revelam que a dor tem um grande impacto na função física e psicológica (Lin, 2018), sono, humor, interação social, atividade em geral (Reid, 2011; Dunjic, 2018). O facto do enfermeiro não ter contacto com o doente nas consultas seguintes, não permite realizar um plano de cuidados com a respetiva

avaliação de resultados. Não é possível uma continuidade dos cuidados. Quem faz o seguimento do doente é o médico. No entanto, há uma área que faz sobressair a importância do ensino realizado pelos enfermeiros, que é o atendimento telefónico, visto que o atendimento é sempre realizado pelo enfermeiro que esclarece as dúvidas e faz os ensinamentos. Muitos dos contactos telefónicos são sobre dúvidas relacionadas com a terapêutica e os seus efeitos secundários. Devido à larga experiência da equipa de enfermagem, os doentes eram esclarecidos das suas dúvidas e muitos ensinamentos eram feitos através desta via. Este contacto também permitia fazer uma avaliação da evolução da dor e comparar com os contactos anteriores através dos registos no processo de enfermagem.

Com o culminar do 2º estágio, foi possível finalizar os dois instrumentos de avaliação, um para uma primeira avaliação e um outro para as avaliações subsequentes, que pretende avaliar a evolução da dor e o resultado das intervenções. Estes dois instrumentos acabam por se complementar. A sua estrutura compreende uma primeira parte onde se pretende obter alguma informação sociodemográfica e antecedentes pessoais (esta parte não está inserida no instrumento de avaliação subsequente). Na segunda parte faz-se a avaliação da dor de acordo com as suas diferentes características. A terceira parte pretende saber como o doente gere a terapêutica analgésica e seus efeitos secundários. Na quarta e última parte pretende-se perceber que influência a dor tem nas atividades de vida e qual o nível de conforto percebido pela pessoa. (Apêndice III).

Neste local de estágio consegui desenvolver as seguintes competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo, detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. No âmbito das competências definidas pela EONS, foram desenvolvidas as seguintes competências: identificar o impacto do cancro no bem estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual na pessoa com doença oncológica, descrever a complexa rede de informação, educação e de suporte de

necessidade para a pessoa com doença oncológica, demonstrar conhecimento das teorias da comunicação e como são aplicadas na prática, incluindo estratégias para conduzir uma avaliação, explorar a importância da comunicação multidisciplinar no cuidado à pessoa com doença oncológica e como pode ser melhorada, demonstrar a importância das intervenções baseadas na evidência, para o cancro e em especial para a prática de enfermagem.

1.2.3 Serviço de internamento Local C

A terceira e última fase do período de estágio, foi realizado num serviço de internamento de medicina, na instituição onde exerço as minhas funções e onde será implementado o projeto da consulta de enfermagem na área da dor crónica. As características deste serviço estão descritas no apêndice VII. Este período decorreu de 16 de Dezembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020. Este serviço foi proposto pela direção de enfermagem, por ser o local onde são internados os doentes oncológicos, quer por agravamento da sua situação oncológica, quer por complicações ou outra situação não oncológica. Faz parte da equipa deste serviço uma médica de cuidados paliativos que aborda a dor nestes doentes. Como no momento do início do estágio ainda não estavam criadas as condições para a abertura da UD, este serviço pareceu o mais adequado para aplicação dos instrumentos de avaliação de enfermagem por mim produzidos.

Integrar a equipa multidisciplinar do serviço

Para este objetivo foram definidas as seguintes atividades: apresentação do projeto, realização de uma visita ao serviço com a Enfermeira Orientadora e/ou Enfermeira Chefe, consulta das normas existentes sobre o funcionamento do serviço e sua organização. Como este serviço está no hospital onde já exerço funções, parte da equipa multidisciplinar já era conhecida. Durante a primeira semana tive a oportunidade de conhecer os elementos da equipa multidisciplinar que ainda não conhecia, ler as normas e outra documentação existente no serviço, assim como, realizar uma visita por todo o serviço. A reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e a minha orientadora, permitiu discutir o meu projeto e os objetivos a que me tinha proposto, tendo sido importante para entender a dinâmica do serviço. Estas atividades

permitiram conhecer fisicamente o serviço, a sua organização, funcionamento e circuito do doente.

Envolver a equipa

Para promover o envolvimento da equipa multidisciplinar, aproveitei os momentos de passagem de turno para apresentar o projeto e os meus objetivos para este campo de estágio. Foi realizada uma apresentação sobre o tema da dor crónica, que permitiu atualizar os conhecimentos da equipa sobre o tema, mas também ajudou a envolver a equipa no projeto (Apêndice VI). Foi solicitada a toda a equipa que se envolvesse na identificação dos doentes oncológicos com dor crónica, de modo a que cada vez que fosse ao local de estágio pudesse intervir junto do doente avaliar a situação, propor um plano de cuidados e intervir, avaliando posteriormente os resultados. Durante os turnos em que estive presente, a equipa de enfermagem aceitou bem as minhas propostas e consegui obter a sua colaboração.

Realizar consulta aos doentes internados

Foi aplicado o questionário de Avaliação da Pessoa com Dor Crónica Oncológica (Apêndice III) a 14 doentes que estiveram internados durante este período, com o diagnóstico de dor oncológica. Antes da aplicação do questionário, foi explicado ao doente o âmbito do questionário e obtida a devida autorização verbal, assegurando a confidencialidade dos dados, de acordo com o artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p. 78). Os dados avaliados através do questionário, e caso o doente tivesse dor, era discutida a situação com o enfermeiro responsável pelo doente, que passava por verificar o esquema terapêutico prescrito, se este estava a ser cumprido da forma mais adequado, se seria eficaz ou se seria necessário alertar a equipa médica para revisão do esquema analgésico. Outra área que era discutida com o enfermeiro responsável pelo doente, centrava-se em técnicas de conforto que se pudessem aplicar e fossem promotoras de conforto. Após estes dois momentos, era proposto e discutido com o doente um plano de intervenção com uma avaliação periódica. Durante estas intervenções fui aplicando os instrumentos desenvolvidos. Durante o período de intervenção no local de estágio C, foram realizadas 14 primeiras avaliações a doentes com doença oncológica que deram entrada no internamento. Deste 14 doentes, 9

doentes não referiram dor, sendo que em alguns a causa de internamento não estava relacionado com a doença oncológica. 5 doentes referiram dor presente durante a primeira avaliação. Destes 5 doentes, 2 já tinham tido alta antes da 2ª avaliação. Na primeira avaliação foi feita a avaliação da terapêutica analgésica com a equipa médica e de enfermagem. De acordo o nível de conforto identificado foi elaborado um plano de intervenção tendo em conta os quatro contextos da teoria do conforto de Kolcaba. Nos 3 doentes em que foi possível fazer avaliações seguintes, foi avaliada a evolução da dor e do nível de conforto. Todos confirmaram uma melhoria da dor, mas não o nível ainda desejado. Quanto ao nível de conforto foi menos significativa a evolução.

Analisar a prática

No final do estágio foi realizada uma reflexão de todo o percurso efectuado durante o estágio, numa reunião entre mim e a enfermeira orientadora do estágio. De uma forma geral foram atingidos os objetivos, embora pudesse ter havido uma maior intervenção na equipa de enfermagem sobre o tema da dor crónica.

Fazendo uma auto reflexão, este estágio permitiu aplicar os instrumentos de avaliação que fui desenvolvendo ao longo deste estágio. Houve uma grande aceitação por parte dos doentes em que houvesse esta avaliação da dor e do conforto associado à dor, não tendo tido qualquer impedimento na sua aplicação. A maioria dos doentes oncológicos avaliados, durante o período de estágio, tinha a dor controlada, não sendo necessário outras intervenções. Nos doentes com dor, o seu controlo foi conseguido maioritariamente através da administração da terapêutica, tendo sido a sua eficácia avaliada através do feedback direto dos doentes e menos visível através dos registos de enfermagem. Nem sempre era registada a evolução da dor durante a administração dos analgésicos, quer de esquema quer de resgate, o que dificultava a real avaliação da eficácia do esquema analgésico e sua posterior alteração. Durante o período de estágio fui tentando influenciar os colegas para a importância de uma avaliação periódica da dor e de registar sempre o nível de dor antes e depois da administração da terapêutica analgésica. Uma das dificuldades sentidas foi conseguir manter um plano de intervenção não farmacológico ao longo dos dias, o que dificultou a avaliação da eficácia do plano definido. Alguns dos fatores que impediram este processo está relacionado com: os doentes não estarem sempre com os mesmos enfermeiros; não haver uma efetiva passagem do plano de intervenção e neste ponto

tinha contribuído muito haver um registo do plano no processo do doente; o fato de eu estar presente, em média, 3 turnos por semana; seria necessário mais tempo para envolvimento de toda a equipa. No entanto, este estágio permitiu-me aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos meses e desenvolver competências, como já referi, importantes na abordagem ao doente oncológico com dor crónica. Apesar de não ter implementado a consulta durante este período, foi desenvolvido um plano para o funcionamento da futura consulta que se encontra no apêndice X.

Durante este estágio foi possível desenvolver as seguintes competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, domínio da melhoria da qualidade, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo, detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. No âmbito das competências definidas pela EONS, foram desenvolvidas as seguintes competências: identificar o impacto do cancro no bem estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual na pessoa com doença oncológica, descrever a complexa rede de informação, educação e de suporte de necessidade para a pessoa com doença oncológica, demonstrar conhecimento das teorias da comunicação e como são aplicadas na prática, incluindo estratégias para conduzir uma avaliação, explorar a importância da comunicação multidisciplinar no cuidado à pessoa com doença oncológica e como pode ser melhorada, demonstrar a importância das intervenções baseadas na evidência, para o cancro e em especial para a prática de enfermagem.

2. AVALIAÇÃO

Chegado ao final de um percurso que caracterizo como bastante profícuo, encaro-o como tendo sido um grande desafio. Faço agora uma análise dos pontos fracos e pontos fortes de todo o percurso efectuado para implementação do projeto da consulta de enfermagem para a pessoa com doença crónica.

Durante a revisão da literatura, não foi possível encontrar nenhum artigo ou manual de apoio que me ajudasse a estruturar uma consulta de enfermagem na área da dor crónica, que abordasse a dor em todas as suas dimensões. A maioria dos artigos aborda áreas específicas da avaliação da dor e da implicação da dor nas atividades de vida, mas é parco nas intervenções de enfermagem.

As intervenções de enfermagem, já sabemos, podem ser independentes ou interdependentes. Em ambas as UD o enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação da dor e nos ensinamentos referentes ao plano terapêutico, estratégias para lidar com os efeitos secundários dos medicamentos, apoio a técnicas invasivas e respetivo follow-up. No entanto, apesar de haver alguma avaliação do impacto da dor nas atividades de vida, mais visível na UD do local A, não se verificou intervenções e respetiva avaliação, perante os impactos causados pela dor nas atividades de vida.

Um ponto importante do meu projeto, seria a inclusão da teoria do conforto de Kolcaba, apesar do objetivo não ter sido conseguido na plenitude, provocou em mim uma alteração na forma como olho o doente no momento da consulta de enfermagem e nos contactos seguintes. Um dos fatores foi a impossibilidade de acompanhar os doentes ao longo do período de estágio em que estive nas duas UD. Tive apenas um único contacto com cada um dos doentes em que pude observar ou realizar a consulta de enfermagem, já que a consulta seguinte era programada para uma data após o término do período de estágio. Assim, tentei avaliar, em cada intervenção, o conforto do doente, tendo em conta os contextos e os níveis de conforto, segundo Kolcaba. Ficou por avaliar a evolução do conforto, na medida em que não havia novo contacto com o doente.

O fato de os dois locais de estágio terem formas de trabalhar diferentes, dentro da mesma área de intervenção, foi bastante positivo, porque tive a oportunidade de

desenvolver competências em diferentes tipos de abordagem e recolher informação variada, que me ajudou a definir os diferentes processos e circuitos da consulta de enfermagem para a futura UD bem como na construção dos instrumentos de avaliação a utilizar na abordagem ao doente durante a consulta.

Numa das UD, notou-se a importância da proatividade por parte da equipa de enfermagem em manter um contacto telefónico com o doente, mesmo não sendo presencial. O que me despertou para que o contacto com o doente não fosse apenas quando este necessitasse de algum apoio, mas por outro lado, o enfermeiro ter a capacidade de avaliar a necessidade de marcar um futuro contacto, fosse a curto ou médio prazo, por perceber que esse contacto será importante para aumentar a adesão ao plano delineado para a gestão da dor.

As reuniões tidas com as enfermeiras gestoras das duas UD foram uma ajuda para a implementação da UD na instituição onde exerço funções, visto que iria ficar como enfermeiro de referência da UD. Permitiram-me conhecer a maioria dos materiais e equipamentos utilizado da UD. Esta função faz com que tenha que gerir processos, stocks e a equipa de enfermagem. Todas as experiências adquiridas nos campos de estágio ajudaram-me a construir todos os documentos de apoio e a desenvolver as competências necessárias para conseguir conduzir uma consulta de enfermagem dirigida ao doente com dor crónica.

O estágio na minha instituição não teve o objetivo que foi traçado inicialmente, no sentido em que serviria para dar início à implementação da consulta de enfermagem na UD. Durante o período de estágio consegui praticar a aplicação do instrumento de avaliação de enfermagem, dar a conhecer a futura UD e despertar o interesse dos colegas para a problemática da dor crónica.

3. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Não podia ficar mais agradecido com o percurso desenvolvido, já que a Unidade de Medicina da Dor (UMD), na instituição onde exerço funções, acabou por iniciar a sua atividade em outubro de 2020. Apesar de muitos constrangimentos e estarmos em plena situação pandémica, que levou a pensar que o projeto não tinha condições para avançar e causando em mim um sentimento de não haver razão para terminar este percurso, acabei por concluir que valeu a pena.

Neste momento a UMD é constituída por uma equipa de 3 médicos (anestésista, fisiatra e psiquiatra) e 4 enfermeiros. Neste momento funciona 3 dias por semana. É realizada uma consulta de enfermagem a todos os doentes que vão à UMD pela primeira vez, esta consulta tem uma duração de uma hora. O instrumento de avaliação de enfermagem elaborado durante o projeto foi informatizado e é aplicado na consulta. Neste momento ainda não se realiza consultas de seguimento de enfermagem presenciais, mas foi criado um procedimento de seguimento telefónico em que a primeira consulta de seguimento de enfermagem deverá ser realizada 7 dias após a 1ª consulta de enfermagem, e de acordo com a informação obtida os próximos contactos seguem o seguinte esquema:

- Se houver alteração de terapêutica ou foi realizado algum ensino que necessite de reavaliação – 7 dias após o contacto anterior
- Sem alteração de terapêutica ou necessidade de ensinamentos que necessitem reavaliação – 1 mês após a 1ª consulta de seguimento
- Sempre que o doente faça um procedimento invasivo, deverá ter um follow-up de acordo com o estipulado para cada procedimento.
- Caso não se aplique nenhuma das situações acima, a consulta de seguimento de enfermagem deverá ser realizada de 2 em 2 meses até à próxima consulta médica.

Neste momento também já foram realizados alguns procedimentos invasivos com o apoio da equipa de enfermagem, que também é responsável pelo follow-up destes procedimentos.

A atividade realizada com o apoio da enfermagem na UMD corresponde no período de 9 meses a 32 consultas presenciais de enfermagem, 51 consultas telefónicas de seguimento e apoio a 5 procedimentos invasivos para controlo da dor.

Para o futuro pretende-se avaliar o trabalho desenvolvido após um ano de funcionamento com o objetivo de melhorar e consolidar o trabalho desenvolvido até ao momento e aumentar o âmbito de intervenções de enfermagem. Outro objetivo será o apoio ao doente internado com necessidade de gestão da dor crónica.

A pesquisa realizada durante todo o projeto, os conhecimentos adquiridos nos locais de estágio, as situações que pude experienciar e todas as oportunidades que me deram para desempenhar as intervenções de enfermagem junto dos doentes, foram fundamentais para que este projeto se tornasse realidade.

Quero acreditar que com a implementação deste projeto, pude demonstrar a diferença que pode fazer a especialização de um enfermeiro, em determinada área, para a importância da enfermagem para a população, instituição e outras classes profissionais dentro da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, J., Daher, D., Ferrari, M., Pereira, L., Faria, M., Sveichtizer, M., ... Izidoro, C. (2019). Práticas de enfermagem ao paciente com dor crónica: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 31(6), 681-687.
- Arora, V., Campbell, J., Chung, M-K. (2020). Fight fire with fire: Neurobiology of capsaicin-induced analgesia for chronic pain. *Pharmacology & Therapeutics.* 220, 1-21.
- Bascour-Sandoval, C., Salgado-Salgado, S., Gómez-Milán, E., Fernández-Gómez, J., Michael, G., Gálvez-García, G. (2019). Pain and distraction according to sensory modalities: Current findings and future directions. *Pain Practice.* 19, (7), 686–702.
- Batalha, C. (2016). Avaliação da dor – manual de estudo. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bhana, N., Thompson, L., Alchin, J., Thompson, B. (2015). Patient expectations for chronic pain management. *Journal of Primary Health Care.* 7 (2), 130-136.
- Blackburn, L., Abel, S., Green, L., Johnson, K, Panda, S. (2019) The Use of Comfort Kits to Optimize Adult Cancer Pain Management. *Pain Management Nursing.* 20, 25-31.
- Campbell, C., Kelly, M., Rovnyak, V. (2017) Pain management in home hospice patients: A retrospective descriptive study. *Nursing and Health Sciences.* 19, 381-387.
- Chen, A., Flahertyb, M., Threatsb, M. (2020). Attitudes, provider and treatment selection of complementary and integrative health among individuals with pain-related conditions. *Complementary Therapies in Medicine.* 51, 1-7.
- Cope, D. (2019). Cancer pain management considerations in older adults. *Seminars in Oncology Nursing.* 35, 274-278.
- Curtiss, C. (2010). Challenges in pain assessment in cognitively intact and cognitively impaired older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum.* Supplement 37 (5).

Davies, A., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A-M., Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*. 13, 331-338. doi:10.1016/j.ejpain.2008.06.014

DGS (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG. Direção Geral da Saúde.

DGS (2008) Utilização de medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica. Circular informativa Nº 09/DSCS/DPCD/DSQC. Direção Geral da Saúde.

Dunjic, O., Ljubisavljevic, S. (2018). The influence of cancer pain on the quality of life in patients with advanced cervical cancer: one-year single center experience. *Acta Medica Medianae*. 57 (2), 66-74.

European Oncology Nursing Society (2013). Breakthrough cancer pain guidelines 2013.

Everdingen, M., Hochstenbach, L., Joosten, A., Tjan-Heijnen, V., Janssen, D. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain Symptom Management*. 51 (16), 1070–1090.

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

Fillingim, R., Loeser, J., Baron, R., Edwards, R. (2016). Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *The Journal of Pain*. 9 suppl. 2, T10-T20

Fox, L., Walsh, J., Morrison, T., O' Gorman, D., Ruane, N., Mitchell, C. ... McGuire, B. (2016). Cognitive coping style and the effectiveness of distraction or sensation-focused instructions in chronic pain patients. *Plos One*. 11 (4), 1-12

Gunnarsdottir, S., Sigurdardottir, V., Kloke, M., Radbruch, L., Sabatowski, R., Kaasa, Klepstad, P. (2017). A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Support Care Cancer*. 25, 3595-3602.

Gupta, A., Scott, K., Dukewich, M. (2018). Innovative technology using virtual reality in the treatment of pain: Does it reduce pain via distraction, or is there more to it? *Pain Medicine*. 19, 151–159.

Hokka, M., Kaakinen, P., Plokki, T. (2014) A systematic review: non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of advanced nurse*. 70(9) 1954-1969.

IASP - International Association for the Study of Pain. (2010) Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain Clinical Updates*. (XVIII) 7, 1-6.

IASP - International Association for the Study of Pain. (2019, Novembro 3) *Declaration of Montréal - Declaration that access to pain management is a fundamental human right*. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>.

IASP - International Association for the Study of Pain. (2020, Fevereiro 15) *IASP Terminology*. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>.

IASP - International Association for the Study of Pain. (2021) Multidisciplinary pain center: Development manual.

Jacobsen, R., Liubarskienė, Z., , Moldrup, C., Christrup, L., Sjogren, P., Samsanavičienė, J. (2009). Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. *Medicina*. 45 (6), 427-433.

Jacobsen, R.; Samsanaviciene, J.; Liubarskiene, Z. e Sciupokas, A. (2010). *Barriers to pain management among lithuanian cancer patients*. World Institute of Pain. *Pain Practice*, Volume 10, issue 2, 145-157

Kolcaba, C. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Kubler-Ross, E. (2009). *On death and dying*. 40th anniversary edition. London. Taylor & Francis Ltd.

Kurita, G.; Sjogren, P. (2015). *Pain management in cancer survivorship*. *Acta Oncológica*. 54, 629-634. DOI: 10.3109/0284186X.2014.996662.

Kwon, J. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*. 33 (16), 1727-1733.

Latchman, J. (2014). Improving pain management at the nursing education level: Evaluating knowledge and attitudes. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. 5, 10–16

Lin, J., Hsieh, R-K., Chen, J-S., Lee, K-D., Rau, K-M., Shao, Y-Y., ... Chiou, T-J. (2018). Satisfaction with pain management and impact of pain on quality of life in cancer patients. *Asia-Pacific Journal Clinical Oncology*. 16, e91-e98.

Ma, X., Lu, Y., Yang, H., Yu, X., Hou, X., Guo, R., ... Zhang, Y. (2020). Relationships between patient-related attitudinal barriers, analgesic adherence and pain relief in chinese cancer inpatients. *Supportive Care in Cancer*. 28, 3145-3151.

Matheve, T., Bogaerts, K., Timmermans, A. (2020). Virtual reality distraction induces hypoalgesia in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 17 (55), 1-12.

Mullins, C., Walsh, S., Rooney, A., McCrory, C., Das, B. (2021). A preliminary prospective observational study of the effectiveness of high-concentration capsaicin cutaneous patch in the management of chronic post-surgical neuropathic pain. *Irish Journal of Medical Science*. 1971

Naga, B. (2015). Evidence-based standars for cancer pain management. *Middle East Journal of family Medicine*. 7 (10), 41-46

Naveh, P., Leshem, R., Dror, Y., Musgrave, C. (2011). Pain Severity, Satisfaction With Pain Management, and Patient-Related Barriers to Pain Management in Patients With Cancer in Israel. *Oncology Nursing Forum*. 38 (4), E305-313.

Oldenmenger, W.; Smitt, P.; Dooren, S.; Stoter, G. e Rijt, C. (2009) A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer*. 45, 1370-1380.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Norprint Artes Gráficas. ISBN 978-989-8444-30-1.

Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., ... Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*. 161 (9), 1976-1982.

Reid, K., Harker, J., Bala, M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G., Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion*. 27 (2),449-462.

Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A., Ribeiro, Ana (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Onco.News*. 28, 10-18.

Schemer, L., Rief, W., Glombiewski, J. (2020). Treatment expectations towards different pain management approaches: two perspectives. *Journal of Pain Research*. 13, 1725-1736.

Schreiber, K., Campbell, C., Martel, M., Greenbaum, S., Wasan, A., Borsook, D. ... Edwards, R. (2014). Distraction analgesia in chronic pain patients. *Anesthesiology*. (121) 6, 1292-1301.

Shen, W-C., Chen, J-S., Shao, Y-Y., Lee, K-D., Chiou,T-J., Sung, Y-C., ... Hsieh, R-K. (2017). Impact of undertreatment of cancer pain with analgesic drugs on patient outcomes: A nationwide survey of outpatient cancer patient care in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 54 (1), 55-65.

Swarm, R., Abernethy, A., Anghelescu, D., Benedetti, C., Blinderman, C., Boston, B. . . . Weinstein, S. (2010). Adult cancer pain. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 1046–1086.

Tang, S., Tse, M., Leung, S., Fotis, T., (2019). The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in community dwelling older adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 19, 1-10

Torresan, A.; Garrino, L.; Borraccino, A.; Mavvhi, G.; Luca, A. e Dimonte, V. (2015) Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry through illness narratives. *European Journal of Oncology Nursing* 19, 397-404

Working Group Nientemale DEI, Vellucci, R., Fanelli, G., Pannuti, R., Peruselli, C., Adamo, S. ... Romualdi, P. (2016) What to do, and what not to do ,when diagnosing

and treating breakthrough cancer pain (BTcP): Expert opinion. *Drugs*. 76, 315-330.
DOI 10.1007/s40265-015-0519-2

APÊNDICES

APÊNDICE I - Escalas de avaliação da dor

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Existem diferentes escalas para avaliar a dor quanto à sua intensidade e outras mais complexas que avaliam o impacto da dor nas actividades de vida diária e na qualidade de vida. As escalas podem-se dividir em dois grupos de acordo com quem faz a avaliação. Assim, temos as escalas de autoavaliação, que são preenchidas pela própria pessoa que tem a dor, e as escalas de heteroavaliação, que são preenchidas por uma ou mais pessoas, através da observação da pessoa que tem a dor. É sempre preferível utilizar as escalas de autoavaliação. As escalas de heteroavaliação, estão indicadas quando a pessoa a ser avaliada quanto à sua dor, tenha alguma alteração cognitiva ou de comunicação que não permita fazer uma autoavaliação. Todas as escalas aqui apresentadas estão validadas para Portugal.

Escalas de Autoavaliação

Escala Numérica da Dor

A escala numérica da dor consiste numa régua, que pode ser utilizada numa posição horizontal ou vertical, numerada de 0 a 10, sendo os intervalos iguais. Sendo que na extremidade 0 significa “Sem dor” e na outra extremidade oposta, o 10 significa a “Dor máxima” imaginada pelo doente. O objetivo desta escala é traduzir a intensidade da dor, algo subjetivo, num valor quantificável.

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

Escala de Faces da Dor

A escala de Wong-Baker FACES foi criada com o objetivo de avaliar a dor em crianças. Posteriormente, foi avaliada a sua aplicabilidade em diferentes grupos etários, mostrando bons resultados. Hoje é indicada para avaliação da dor em pessoas com mais de 3 anos de idade (Wong-Baker FACES Foundation, 2016).

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



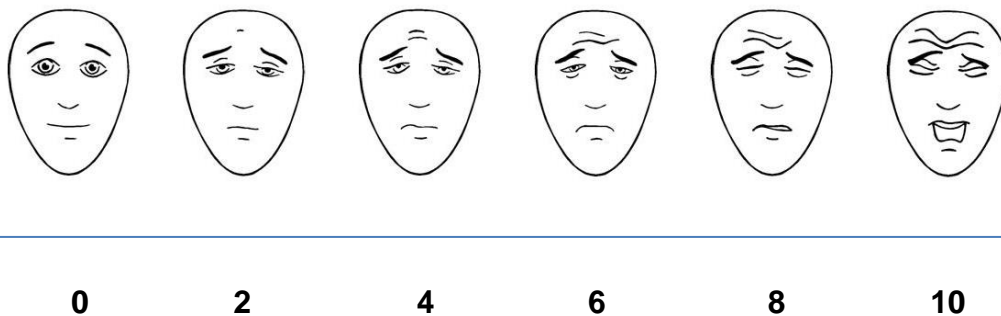
©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission.

Instruções de utilização de acordo com a Wong-Baker FACES Foundation:

Explicar à pessoa que cada face representa uma pessoa que não tem dor, ou alguma, ou muita dor. A face 0 não há nenhuma dor. A face 2 doi um pouco. A face 4 doi um pouco mais. A face 6 doi ainda mais. A face 8 doi bastante. A face 10 doi tanto quanto pode imaginar e não é preciso chorar para ter a pior dor.

Escala de Faces da Dor – Revista

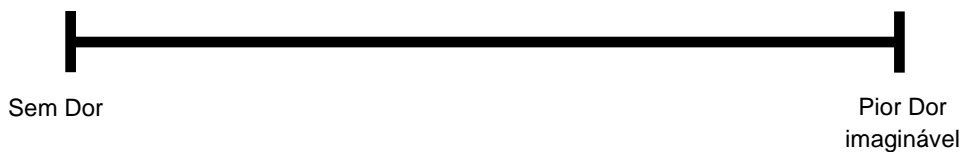
A escala de faces da dor – revista (FPS-R), foi desenvolvida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2001). De acordo com esta mesma associação, esta escala foi desenvolvida com o intuito de permitir uma adequação das faces à escala métrica de 0-10 de avaliação da dor. A ausência de sorrisos ou lágrimas, segundo a IASP, pode ser vantajoso.



Escala Visual Analógica da Dor

A escala visual analógica (EVA) da dor consiste de uma linha com cerca de 10cm em que numa das extremidades está identificada como “Sem dor” e na extremidade

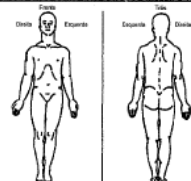
oposta está identificado com “a pior imaginável”. O objetivo é o doente assinalar na linha onde se posiciona em relação à intensidade da sua dor. Para se traduzir num valor quantificável, deve-se medir a escala desde a extremidade identificada com “Sem dor” até ao ponto assinalado pelo doente. Sendo o valor medido a classificação numérica da intensidade da dor do doente. (Hawker, 2011)



Brief Pain Inventory

O Brief Pain Inventory (BPI), em português designado de Questionário Resumido da Dor, permite avaliar a intensidade da dor e o seu impacto em algumas atividades de vida diária. O doente deve identificar numa imagem a localização da sua dor, classificar a sua dor na última semana quanto à sua intensidade (máxima, mínima, média e atual), escrever a medicação analgésica que se encontra a fazer e o efeito dessa medicação na sua dor. O questionário termina com 8 questões onde o doente deve classificar de 0 a 10 como a dor interfere nas suas atividades de vida. (Andersson. 2020).

Inventário Resumido da Dor
(Formulário Abreviado)

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, enxaletas 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

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Chasnad, PhD.

L.F. Assunção et al. Biologia, Adaptação Cultural e Estado Rêthorético do Repertório de Instrumentos para Recreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica

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, assinalar com um círculo a percentagem que melhor descreve 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 interfereu com a sua(s):
 - A. **Atividade geral:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu Interferiu completamente
 - B. **Disposição:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu Interferiu completamente
 - C. **Capacidade para andar a pé:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu 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 interfereu Interferiu completamente
 - E. **Relações com outras pessoas:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu Interferiu completamente
 - F. **Sono:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu Interferiu completamente
 - G. **Prazer de viver:**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfereu Interferiu completamente

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Chasnad, PhD.

Questionário para diagnóstico da dor neuropática (DN4)

Este questionário tem como objetivo identificar a probabilidade de uma determinada dor poder ser de causa neuropática. A pessoa a ser avaliada tem que responder às duas primeiras questões, sendo as duas últimas questões sujeitas a uma observação física pelo profissional de saúde. Cada resposta afirmativa, é pontuada com 1 e cada resposta negativa é pontuada com 0. A soma de todos os itens positivos, se for igual ou superior a 4, a dor pode ser classificada como uma dor neuropática. (Bouhassira, 2005)

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1 – A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Queimadura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Sensação de frio doloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Choques Eléctricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 2 – Na mesma região da dor, sente também um ou mais das seguintes sintomas?

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 4- Formigueliro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Picadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- Dormência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Comichão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAME DO DOENTE

Questão 3 – A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidência:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8- Hipoestesia ao tacto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Hipoestesia à picada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 4 – A dor está é provocada ou aumentada por:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 – Fricção leve ("brushing") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Adaptado de Azevedo et al., (2007) Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicentro de Validação de Instrumentos para Rastrear e Avaliação do Impacto da Dor. Versão Portuguesa do Neuropathic Pain Questionnaire (DN4) do French Neuropathic Pain Group. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD

Escalas de Heteroavaliação

DOLOPLUS 2

A DOLOPLUS é uma escala de avaliação da dor em doentes idosos com alterações na comunicação, que não conseguem fazer uma autoavaliação da dor. É uma escala de observação com 10 itens divididos em 3 grupos, cada um é avaliado de 0 a 3. Tem um score máximo de 30, sendo considerado dor presente para um score igual ou maior que 5. Avalia principalmente a evolução da dor crónica. Não é necessário responder a todas as questões. (Ando, 2016)

| ESCALA DOLOPLUS | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---|---|---|-----------|---|
| AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA | | | | | | | | | |
| APELIDO : | | Nome próprio : | | DATAS | | | | | |
| Serviço : | | | | | | | | | |
| Observação comportamental | | | | | | | | | |
| REFERÊNCIA SOMÁTICA | | | | | | | | | |
| 1* | Queixas somáticas | • ausência de queixas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • queixas apenas quando há solicitação | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • queixas esporádicas ocasionais | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • queixas esporádicas contínuas | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2* | Posições antálgicas em repouso | • ausência de posição antálgica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • o indivíduo evita certas posições de forma ocasional | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • posição antálgica permanente e eficaz | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • posição antálgica permanente ineficaz | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 3* | Proteção de zonas dolorosas | • Ausência de proteção | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • proteção em repouso, no ausência de qualquer solicitação | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4* | Expressão facial | • mínima habitual | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • mínima que parece exprimir dor quando há solicitação | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • mínima que parece exprimir dor no ausência de qualquer solicitação | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • mínima inespressiva em permanência e de forma não habitual (taur, rígido, olhar vazio) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5* | Sono | • sono habitual | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • dificuldade em adormecer | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • despertar frequente [gritação noturna] | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • insólio com repouso nas fases de despertar | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| REFERÊNCIA PSICOMOTORA | | | | | | | | | |
| 6* | Higiene e/ou vestir | • capacidades habituais conservadas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • capacidades habituais pouco diminuídas (sem preocupação nas complexas) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difícil e parciais | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • higiene e/ou vestir impossível; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 7* | Movimento | • capacidades habituais conservadas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo quietado, o doente diminui os seus movimentos) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • Movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| REFERÊNCIA PSICO-SOCIAL | | | | | | | | | |
| 8* | Comunicação | • Sem alterações | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • diminuída (o indivíduo isolase) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • ausência ou recusa de qualquer comunicação | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 9* | Vida social | • participação habitual nas diferentes actividades (religião, actividades recreativas, clubes terapêuticos...) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • recusa parcial de participação nas diferentes actividades | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • recusa de qualquer tipo de vida social | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 10* | Alterações do comportamento | • comportamento habitual | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | • alterações do comportamento quando há solicitações e repetidas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | • alterações do comportamento quando há solicitações e permanentes | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | • alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| COPYRIGHT | | | | | | | | PONTUAÇÃO | |
| | | | | | | | | | |

<http://www.doloplus.fr/en/the-doloplus-scale/>

PAINAD-PT

A escala PAINAD-PT (Avaliação da Dor na Demência Avançada) validada para Portugal, pretende avaliar a dor crónica ou aguda nas pessoas com demência que não conseguem comunicar, numa situação de repouso ou durante os cuidados. Mais utilizada na pessoa internada. Tem algumas limitações como por exemplo: doente em ventilação mecânica e com sedação, não deve ser a primeira opção em doente com menos de 65 anos, em doentes com alteração da função respiratória, paraplégico ou tetraplégico. (Batalha, 2012).

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

Escala da Dor de Abbey

A Escala da Dor de Abbey está indicada para a pessoa com incapacidade para comunicar. A escala é composta por 6 itens que devem ser observados na pessoa a avaliar, cada item é pontuado de 0 (ausente) a 3 (severo), a sua soma vai dar um valor que irá corresponder a uma avaliação qualitativa da dor. (Rodrigues, 2013)

2 – ABBEY PAIN SCALE (VERSÃO PORTUGUESA)

Para avaliar a dor da pessoa com incapacidade para comunicar

avaliação simultânea por 2 enfermeiros: Sim Não

Data ___/___/___ e hora ___h___' da avaliação inicial

| | | 0' | 45' |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Q1. | Vocalização p. ex. gema, chora, choraminga Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q1 | |
| Q2. | Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgar, parece assustado Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q2 | |
| Q3. | Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isolase Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q3 | |
| Q4. | Alteração comportamental p. ex. máis confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q4 | |
| Q5. | Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q5 | |
| Q6. | Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3 | Q6 | |

Soma as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui **VALOR TOTAL DE DOR**

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total relativa à Dor

| | | | |
|------------------|---------------|--------------------|----------------|
| 0 - 2 Sem dor | 3 - 7 Leve | 8 - 13 Moderada | > 14 Severa |
|------------------|---------------|--------------------|----------------|

Assinale a casa que corresponde ao tipo de dor

| | | |
|---------|-------|---------------------|
| Crónica | Aguda | Dor Crónica e Aguda |
|---------|-------|---------------------|

Às ___h___' foi prestada a última intervenção (farmacológica ou não farmacológica) para alívio da dor, e foi:

Analgésico Qual? (medicamento, dose, via) _____

Massagem Posicionamento Outro Qual? _____

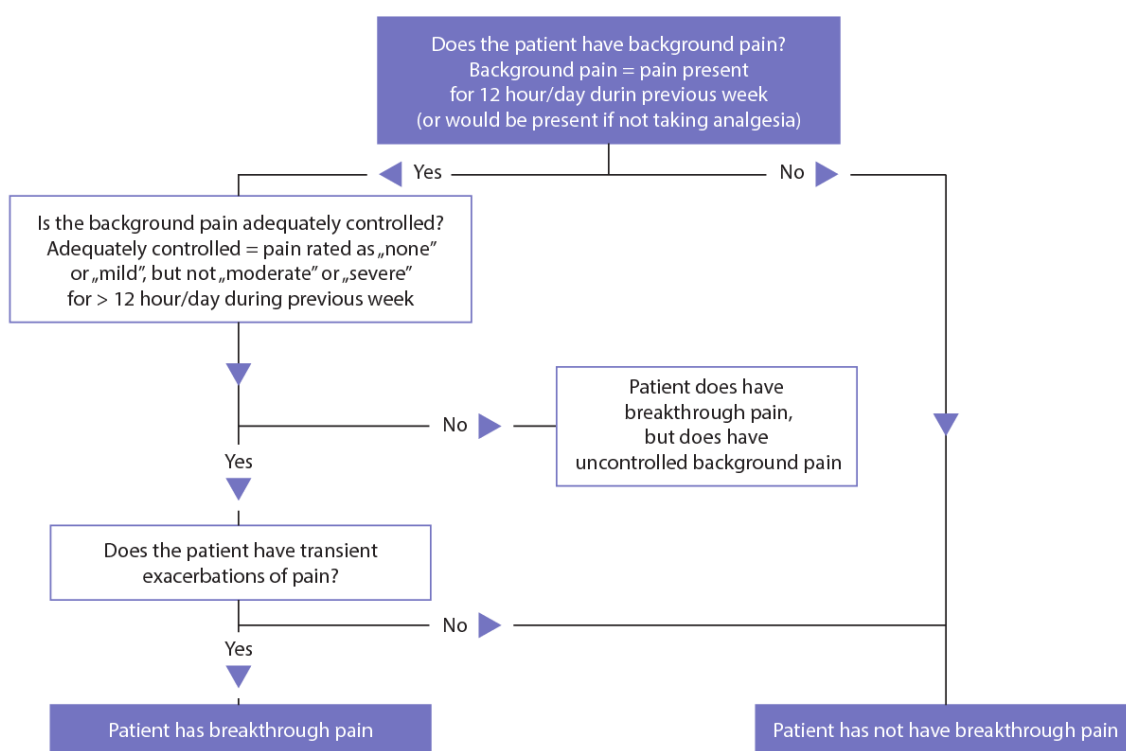
Nota - Trabalho realizado com a autorização da Professora Jennifer Abbey, autora do versão original da escala. Referência bibliográfica: ABBEY, Jennifer [et al] - The Abbey Pain Scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing, Londres, ISSN: 1057-4321, Vol. 10, Nº 1 (2004), p.6-13.

DOR IRRUPTIVA

Para a avaliação da dor irruptiva devem estar presentes alguns pressupostos, como:

- Dor basal controlada com um esquema terapêutico
- Não associar a episódios de dor no período de iniciação de um esquema terapêutico ou titulação analgésica.
- Não confundir com o aumento da dor no período tempo final entre as tomas de analgésicos

Davies et al. em 2009 propõe um algoritmo para diagnosticar a dor irruptiva, diferenciando-a da dor não controlada.

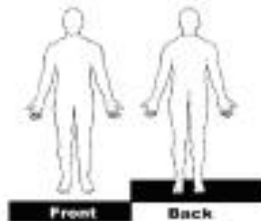


Webber et. al desenvolveram um instrumento com o objetivo de simplificar a avaliação da DIO. Este questionário foi sujeito a uma tradução e adaptação para Portugal por Bernardes et al (2014).

Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT)

The following questions relate to your breakthrough pain over the last week. Breakthrough pain refers to the short-lived increases in your cancer pain.

Where is your breakthrough pain?
Please indicate on picture with a cross (X)



How often do you get breakthrough pain?
Please circle one answer

Less than
once a day

1-2 times
a day

3-4 times
a day

More than 4
times a day

Does anything bring on your breakthrough pain?
If yes, please write down

Does anything relieve your breakthrough pain? (painkillers or other)
If yes, please write down

How long does a typical episode of breakthrough pain last?
Please circle one answer

< 5 min

5-15 min

15-30 min

30-60 min

> 60 min

How severe is your worst episode of breakthrough pain?
Please circle one number

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

No pain

Pain as bad as
you can imagine

How severe is a typical episode of breakthrough pain?
Please circle one number

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

No pain

Pain as bad as
you can imagine

The following questions relate to your breakthrough pain over the last week. Breakthrough pain refers to the short-lived increases in your cancer pain.

How much does the breakthrough pain distress you?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Very much

How much does the breakthrough pain stop you from living a normal life?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Very much

What painkillers do you take for your breakthrough pain (if any)?

Please write down type and dose of painkillers

How effective is the painkiller that you usually take for your breakthrough pain?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Completely effective
effective effective

How long does the painkiller for your breakthrough pain take to have a meaningful effect?

Please circle one answer

No effect 0-10 min 10-20 min 20-30 min >30 min

Do you get any side-effects from the painkiller for your breakthrough pain?

If yes, please write down type of side effect

How much do side-effects from the painkillers for your breakthrough pain bother you?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersson, V., Bergman, S., Hensch, I., Simonsson, H., Ahlberg, K., (2020). Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Supportive Care in Cancer* 28. 3721–3729. doi.org/10.1007/s00520-019-05200-6.

Ando, C., Ito, Y., Amemiya, S., Tamura, K., Kako, K., Tsuzura, S. ... Hishinuma, M. (2016). Effectiveness of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for patients with moderate-to-severe dementia. *Psychogeriatrics - The Official Journal of Japanese Psychogeriatric Society*. 16, 315-322. doi:10.1111/psyg.12168

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 8 - Dez. 2012. 7-16

Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J. ... Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 114, 29–36. doi:10.1016/j.pain.2004.12.010.

Davies, A., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A-M., Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*. 13, 331-338. doi:10.1016/j.ejpain.2008.06.014

Doloplus. Escala de avaliação da dor. Acedido em: <http://www.doloplus.fr/en/the-doloplus-scale/>

Escala de Faces da dor. Acedido em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1823&navItemNumber=1119>

European Oncology Nursing Society (2013). Breakthrough cancer pain guidelines 2013.

Hawker, G., Mian, S., Kendzerska, T., French, M. (2011) Measures of adult pain visual analog scale for pain (VAS Pain), numeric rating scale for pain (NRS Pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*. (63) S11, 40-52. DOI: 10.1002/acr.20543

Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar. Validação Cultural da Abbey Pain Scale* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A., Ribeiro, Ana (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Onco.News*. 28, 10-18

Wong-Baker FACES Foundation (2016). Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale. Retrieved [Date] with permission from <http://www.WongBakerFACES.org>.

APÊNDICE II - Guião de observação da consulta

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

CONSULTA DA DOR

Momento da Admissão

Local da consulta _____

Consulta: 1ª _____ 2ª _____. Seguintes _____. Outra _____

Entrevista estruturada: Sim _____ Não _____

Itens relevantes da entrevista _____

Avaliação da Pessoa com dor

Avaliação da dor

Escala de avaliação da dor aplicada: Não ___ sim ___. Qual? _____ outras: _____

Parâmetros avaliados na dor: Intensidade/ Tipo/ Frequência / Localização / Evolução/ Evento desencadeante

Fatores de alívio _____

Fatores de agravamento _____

Sintomas: _____

Outras avaliações: _____

Avaliação de acordo com as 4 dimensões da Teoria do Conforto de Kolcaba

Físicas: _____

Psicoespiritual: _____

Ambiental: _____

Sociocultural: _____

Intervenções de enfermagem:

Ensino de medidas farmacológicas: Eficácia/ Efeitos secundários / Reações / Indicações de administração.

Outros ensinamentos: _____

Intervenções não farmacológicas: Aconselhamento / Massagem / Medidas de relaxamento / Terapia com calor / Terapia com frio / Terapia elétrica / Terapias alternativas / Apoio emocional

Outras intervenções: _____

Utilização de protocolos? Não ____ sim ____ . Qual? _____

Intervenções relacionadas com as queixas do doente: _____

Avaliação das Intervenções de enfermagem

Como é realizada a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem?

Avaliação do conforto através de uma escala numérica

| Sem Desconforto | | | | | | | | | | | Desconforto Máximo | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| | | | | | | | | | | | | |

X – Avaliação antes das intervenções √ - avaliação após as intervenções

Que resultados foram obtidos à luz dos 3 tipos de conforto de acordo com Kolcaba

Alívio: _____

Tranquilidade: _____

Transcendência: _____

APÊNDICE III - Instrumentos de enfermagem para avaliação do doente com dor crónica

Avaliação da pessoa com dor crónica oncológica

Logo Instituição

1ª Avaliação

Data: ___/___/___

Etiqueta Cliente

Dados Gerais do Cliente

Contacto telefónico: _____ email: _____
Morada: _____
Habilitações: _____ Profissão: _____
Agregado familiar: _____

Pessoa significativa
Nome: _____ Parentesco: _____
Contacto Telefónico: _____ email: _____

Antecedentes Pessoais

Doença actual relacionada com a dor _____
Médicos: _____

Cirúrgicos: _____

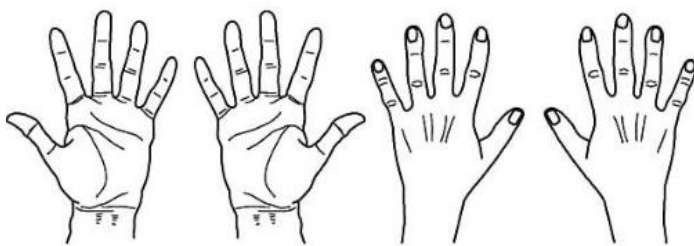
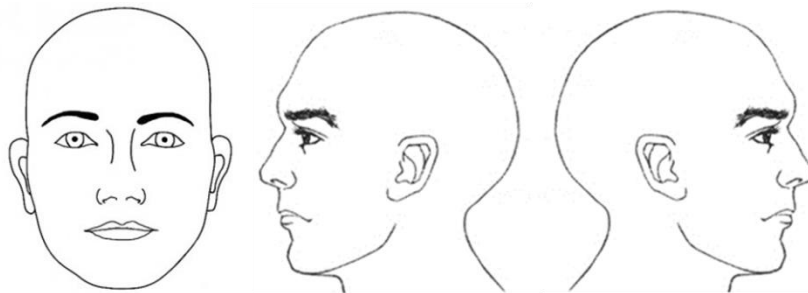
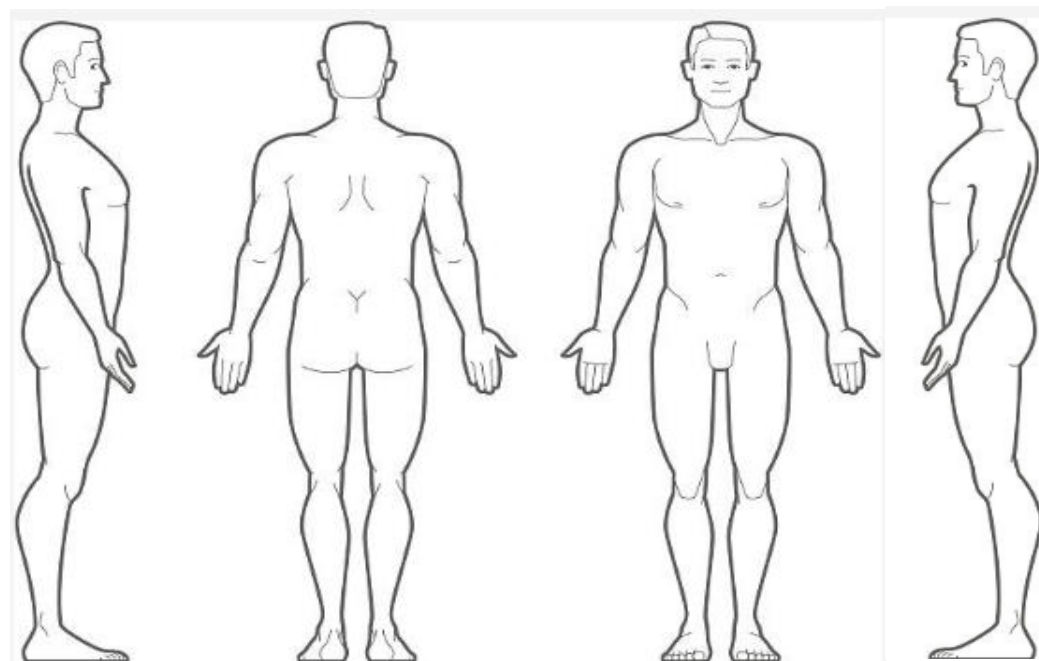
Medicação não analgésica: _____

Alergias: _____
Quais as expectativas com a Unidade da Dor? _____
Já realizou algum tratamento? _____. Se sim, que resultado? _____

Observações de Enfermagem

Características da dor

Localização da dor



| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Descritores da dor 1</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table> <p>Outro: _____</p> <p>Intensidade dor 1 na última semana (EAN)</p> <p>Máx: ___ Min: ___ Média: ___ Atual: ___</p> <p>Dor Neuropática? ___</p> | <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> | <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> | <p>Descritores da dor 2</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table> <p>Outro: _____</p> <p>Intensidade dor 2 na última semana (EAN)</p> <p>Máx: ___ Min: ___ Média: ___ Atual: ___</p> <p>Dor Neuropática? ___</p> | <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> | <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> | <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>Nociceptiva</p> <p>Aguda <input type="checkbox"/></p> <p>Penetrante <input type="checkbox"/></p> <p>Latejante <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitante <input type="checkbox"/></p> <p>Dolorosa <input type="checkbox"/></p> | <p>Neuropática</p> <p>Queimadura/Ardor <input type="checkbox"/></p> <p>Frio doloroso <input type="checkbox"/></p> <p>Choque elétrico <input type="checkbox"/></p> <p>Formigueiro/Picada <input type="checkbox"/></p> <p>Dormência <input type="checkbox"/></p> <p>Comichão <input type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>Dor 1</p> <p>Factores de Agravamento _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Factores de Alívio _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Dor 2</p> <p>Factores de Agravamento _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Factores de Alívio _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Padrão</p> <p>Dor constante com ligeiras variações <input type="checkbox"/></p> <p>Dor constante com crises de dor <input type="checkbox"/></p> <p>Crises de dor sem dor nos intervalos <input type="checkbox"/></p> <p>Crises frequentes de dor com dor nos intervalos <input type="checkbox"/></p> <p>Duração da dor: _____</p> | <p>Início da dor</p> <p>< 3 meses <input type="checkbox"/></p> <p>3m – 12m <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 2 anos <input type="checkbox"/></p> <p>2 a 5 anos <input type="checkbox"/></p> <p>> 5 anos <input type="checkbox"/></p> <p>Factor desencadeante? _____</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| <p>Dor Irruptiva</p> <p><input type="checkbox"/> Espontânea</p> <p><input type="checkbox"/> Incidental:</p> <p>Volitiva _____</p> <p>Não Volitiva _____</p> <p>Procedimentos _____</p> <p>Dor basal controlada? _____</p> | <p>Efeitos secundários da medicação antiálgica</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Náuseas/Vômitos <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Sonolência <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obstipação <input type="checkbox"/></td> <td>Confusão mental <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insónia <input type="checkbox"/></td> <td>Cansaço <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Edemas <input type="checkbox"/></td> <td>Perda de apetite <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Outros: _____</p> | Náuseas/Vômitos <input type="checkbox"/> | Sonolência <input type="checkbox"/> | Obstipação <input type="checkbox"/> | Confusão mental <input type="checkbox"/> | Insónia <input type="checkbox"/> | Cansaço <input type="checkbox"/> | Edemas <input type="checkbox"/> | Perda de apetite <input type="checkbox"/> |
| Náuseas/Vômitos <input type="checkbox"/> | Sonolência <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Obstipação <input type="checkbox"/> | Confusão mental <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Insónia <input type="checkbox"/> | Cansaço <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Edemas <input type="checkbox"/> | Perda de apetite <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Terapêutica analgésica</p> <p>Não opióide: _____</p> <p>Opióide: _____</p> <p>Adjuvante: _____</p> <p>Cumpe esquema terapêutico: Sim ____ Não ____</p> <p>Motivo _____</p> | <p>Resgates</p> <p>EAN antes do resgate _____ após resgate _____</p> <p>Nº de resgates dias _____</p> <p>Eficácia da terapêutica de resgate:</p> <p>Não é eficaz <input type="checkbox"/></p> <p>Inferior a 1h <input type="checkbox"/></p> <p>Entre 1h e 2h <input type="checkbox"/></p> <p>Entre 2h e 3h <input type="checkbox"/></p> <p>Superior a 3 horas <input type="checkbox"/></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Interferências nas atividades diárias | |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| Respirar | <input type="checkbox"/> |
| Comer e beber | <input type="checkbox"/> |
| Eliminação | <input type="checkbox"/> |
| Movimentar-se | <input type="checkbox"/> |
| Dormir/descansar | <input type="checkbox"/> |
| Vestir e despir | <input type="checkbox"/> |
| Higiene pessoal | <input type="checkbox"/> |
| Ambiente Seguro | <input type="checkbox"/> |
| Relações interpessoais | <input type="checkbox"/> |
| Prática de crenças | <input type="checkbox"/> |
| Trabalhar | <input type="checkbox"/> |
| Comunicação | <input type="checkbox"/> |
| Lazer | <input type="checkbox"/> |
| Sexualidade | <input type="checkbox"/> |

| Escala de conforto | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Desconforto Total | | | | | | | | | | Maior Conforto Possível |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dor irruptiva</p> <p>Tem dor presente por mais de 12h/dia na última semana ou teria se não tomasse a medicação?</p> <p>Tem dor controlada com intensidade “sem dor”/“ligeira”, mas não “moderada”/ “severa” por mais 12h/dia durante a última semana?</p> <p>O doente tem exacerbações periódicas da dor?</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Avaliação da pessoa com dor crónica oncológica

Logo
Instituição

Avaliações seguintes

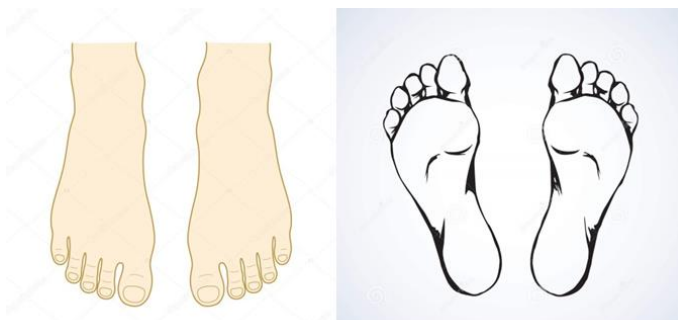
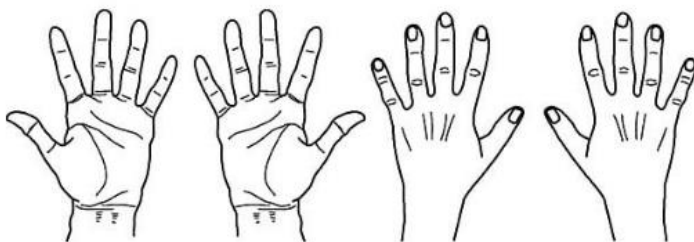
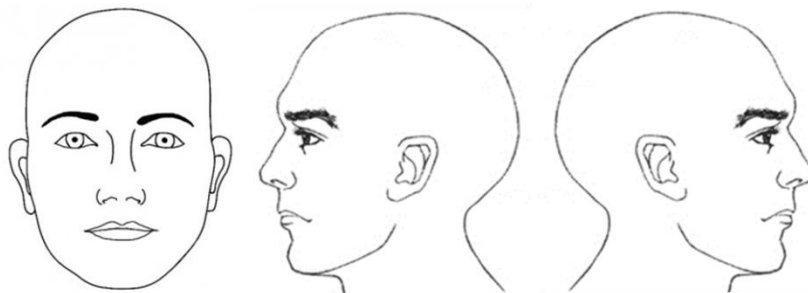
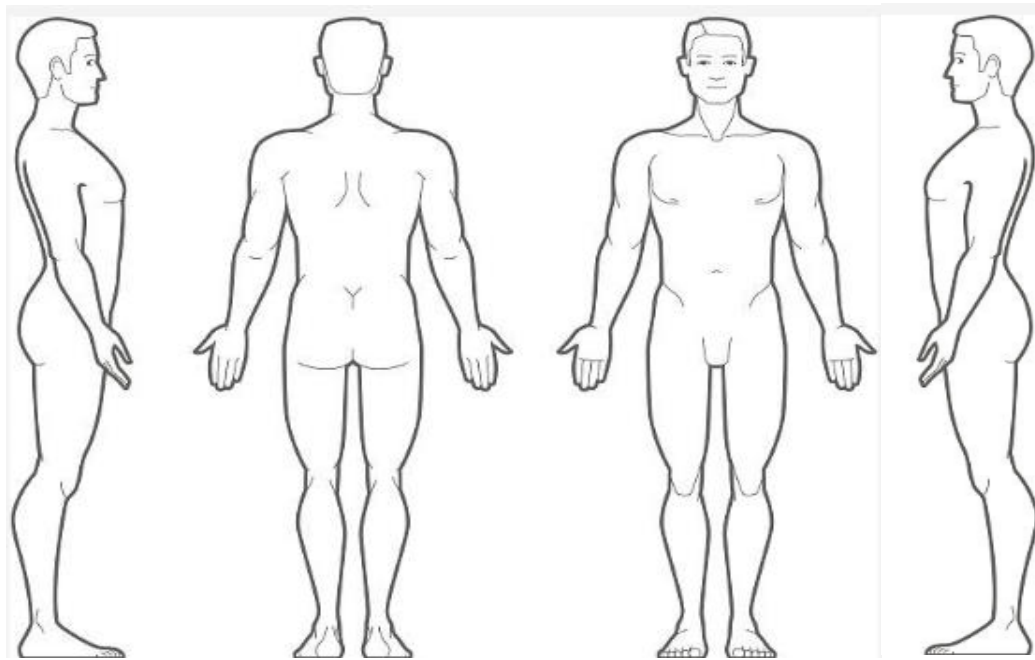
Data: __/__/____

Etiqueta Cliente

| Descritores da dor 1 | Descritores da dor 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|--|-------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|--|--|----------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------|--|-------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|--|--|----------|--------------------------|
| <table><thead><tr><th colspan="2">Nociceptiva</th><th colspan="2">Neuropática</th></tr></thead><tbody><tr><td>Aguda</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Queimadura/Ardor</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Penetrante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Frio doloroso</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Latejante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Choque elétrico</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Palpitante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Formigueiro/Picada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Dolorosa</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dormência</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Comichão</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Outro: _____</p> | Nociceptiva | | Neuropática | | Aguda | <input type="checkbox"/> | Queimadura/Ardor | <input type="checkbox"/> | Penetrante | <input type="checkbox"/> | Frio doloroso | <input type="checkbox"/> | Latejante | <input type="checkbox"/> | Choque elétrico | <input type="checkbox"/> | Palpitante | <input type="checkbox"/> | Formigueiro/Picada | <input type="checkbox"/> | Dolorosa | <input type="checkbox"/> | Dormência | <input type="checkbox"/> | | | Comichão | <input type="checkbox"/> | <table><thead><tr><th colspan="2">Nociceptiva</th><th colspan="2">Neuropática</th></tr></thead><tbody><tr><td>Aguda</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Queimadura/Ardor</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Penetrante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Frio doloroso</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Latejante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Choque elétrico</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Palpitante</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Formigueiro/Picada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Dolorosa</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dormência</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Comichão</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Outro: _____</p> | Nociceptiva | | Neuropática | | Aguda | <input type="checkbox"/> | Queimadura/Ardor | <input type="checkbox"/> | Penetrante | <input type="checkbox"/> | Frio doloroso | <input type="checkbox"/> | Latejante | <input type="checkbox"/> | Choque elétrico | <input type="checkbox"/> | Palpitante | <input type="checkbox"/> | Formigueiro/Picada | <input type="checkbox"/> | Dolorosa | <input type="checkbox"/> | Dormência | <input type="checkbox"/> | | | Comichão | <input type="checkbox"/> |
| Nociceptiva | | Neuropática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aguda | <input type="checkbox"/> | Queimadura/Ardor | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penetrante | <input type="checkbox"/> | Frio doloroso | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latejante | <input type="checkbox"/> | Choque elétrico | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Palpitante | <input type="checkbox"/> | Formigueiro/Picada | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolorosa | <input type="checkbox"/> | Dormência | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comichão | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nociceptiva | | Neuropática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aguda | <input type="checkbox"/> | Queimadura/Ardor | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penetrante | <input type="checkbox"/> | Frio doloroso | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latejante | <input type="checkbox"/> | Choque elétrico | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Palpitante | <input type="checkbox"/> | Formigueiro/Picada | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolorosa | <input type="checkbox"/> | Dormência | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comichão | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Intensidade dor 1 na última semana (EAN)</p> <p>Máx: ___ Min: ___ Média: ___ Atual: ___</p> <p>Dor Neuropática? ___</p> | <p>Intensidade dor 2 na última semana (EAN)</p> <p>Máx: ___ Min: ___ Média: ___ Atual: ___</p> <p>Dor Neuropática? ___</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dor 1</p> <p>Factores de Agravamento _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Factores de Alívio _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Dor 2</p> <p>Factores de Agravamento _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Factores de Alívio _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Evolução: | Temporalidade: |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Melhorou muito <input type="checkbox"/> | Sempre presente, mesma intensidade <input type="checkbox"/> |
| Melhorou um pouco <input type="checkbox"/> | Sempre presente, intensidade variável <input type="checkbox"/> |
| Não alterou <input type="checkbox"/> | Frequentemente presente, sem dor <6h <input type="checkbox"/> |
| Piorou um pouco <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente presente, episódios <1h <input type="checkbox"/> |
| Piorou Muito <input type="checkbox"/> | Raramente presente, intervalo de dias <input type="checkbox"/> |

Localização da dor



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|--------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| <p>Dor Irruptiva</p> <p><input type="checkbox"/> Espontânea</p> <p><input type="checkbox"/> Incidental:</p> <p>Volitiva _____</p> <p>Não Volitiva _____</p> <p>Procedimentos _____</p> <p>Dor basal controlada? _____</p> | <p>Efeitos secundários da medicação antiálgica</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Náuseas/Vômitos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sonolência</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obstipação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Confusão mental</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insônia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cansaço</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Edemas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Perda de apetite</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Outros: _____</p> | Náuseas/Vômitos | <input type="checkbox"/> | Sonolência | <input type="checkbox"/> | Obstipação | <input type="checkbox"/> | Confusão mental | <input type="checkbox"/> | Insônia | <input type="checkbox"/> | Cansaço | <input type="checkbox"/> | Edemas | <input type="checkbox"/> | Perda de apetite | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas/Vômitos | <input type="checkbox"/> | Sonolência | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Obstipação | <input type="checkbox"/> | Confusão mental | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Insônia | <input type="checkbox"/> | Cansaço | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Edemas | <input type="checkbox"/> | Perda de apetite | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| <p>Terapêutica analgésica</p> <p>Não opióide: _____</p> <p>_____</p> <p>Opióide: _____</p> <p>_____</p> <p>Adjuvante: _____</p> <p>_____</p> <p>Cumpe esquema terapêutico: Sim ____ Não ____</p> <p>Motivo _____</p> | <p>Resgates</p> <p>_____</p> <p>EAN antes do resgate ____ após resgate ____</p> <p>Nº de resgates dias _____</p> <p>Eficácia da terapêutica de resgate:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Não é eficaz</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inferior a 1h</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Entre 1h e 2h</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Entre 2h e 3h</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior a 3 horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Não é eficaz | <input type="checkbox"/> | Inferior a 1h | <input type="checkbox"/> | Entre 1h e 2h | <input type="checkbox"/> | Entre 2h e 3h | <input type="checkbox"/> | Superior a 3 horas | <input type="checkbox"/> |
| Não é eficaz | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Inferior a 1h | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Entre 1h e 2h | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Entre 2h e 3h | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Superior a 3 horas | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| Interferências nas atividades diárias | |
| Respirar | <input type="checkbox"/> |
| Comer e beber | <input type="checkbox"/> |
| Eliminação | <input type="checkbox"/> |
| Movimentar-se | <input type="checkbox"/> |
| Dormir/descansar | <input type="checkbox"/> |
| Vestir e despir | <input type="checkbox"/> |
| Higiene pessoal | <input type="checkbox"/> |
| Ambiente Seguro | <input type="checkbox"/> |
| Relações interpessoais | <input type="checkbox"/> |
| Prática de crenças | <input type="checkbox"/> |
| Trabalhar | <input type="checkbox"/> |
| Comunicação | <input type="checkbox"/> |
| Lazer | <input type="checkbox"/> |
| Sexualidade | <input type="checkbox"/> |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchanan, A., Davies, A (2014) Breakthrough cancer pain: the current situation. International Journal of Palliative Nursing. Vol 20 N1 p6-8

Direção Geral de Saúde. Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso. Norma nº 043/2011 de 23/12/2011 atualização de 13/07/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0432011-de-23122011-jpg.aspx>

International Association for the Study of Pain. (2010) Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain. Vol XVIII, Issue 7.

Kolcaba, C. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Kurita, G., Sjogren, P. (2015) Pain Management in cancer survivorship. Acta Oncológica. 54. 629-634

Miaskowski, C. (2010) Outcome Measures to Evaluate the Effectiveness of Pain Management in Older Adults With Cancer. Oncology Nursing Forum. Vol 37 N 5. P27-32

Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e Sua Obra. Loures: Lusociência.

APÊNDICE IV - Guia farmacológico de terapêutica analgésica

GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE TERAPÊUTICA ANALGÉSICA

A administração de uma terapêutica, seja ela de que tipo for, é uma das funções de qualquer enfermeiro, como tal é da sua responsabilidade adquirir conhecimentos e competências em áreas como a farmacocinética e farmacodinâmica, efeitos secundários, cuidados na sua administração, interação entre os diversos fármacos e promoção de ensinamentos adequados à pessoa sujeita a determinada terapêutica. Este guia pretende, essencialmente, dar informação sobre a maioria dos fármacos utilizados no controlo da dor crónica, apoiando assim o enfermeiro numa adequada gestão da terapêutica e um correto ensino, com o objetivo de se conseguir um adequado alívio da dor e uma correta adesão terapêutica por parte do doente.

Um plano terapêutico deve ser individualizado e reavaliado regularmente a resposta do doente ao mesmo. Um mau controlo da dor crónica poderá estar relacionado com um plano inadequado e com a não identificação do impacto dos efeitos adversos.

1. Aspectos gerais no ensino sobre os fármacos

Reações anteriores: Questionar o doente se já teve alguma reação anterior à toma de medicamentos do mesmo grupo. As reações podem ser diferentes face ao mesmo fármaco em tempos diferentes. É importante distinguir reações adversas de reações alérgicas. Algumas pessoas identificam efeitos adversos como reações alérgicas.

Nome genérico e comercial: O doente deve conhecer tanto o nome genérico como os nomes comerciais mais comuns dos seus medicamentos, para identificar facilmente o medicamento e evitar confusão com as tomas que pode levar a situações de sobredosagem.

Finalidade do medicamento: O doente deve ser informado do principal objetivo da toma da medicação e quais as consequências caso não cumpra as indicações. Também é importante explicar ao doente qual o período temporal expectável da medicação e que é a sua manutenção que permite ter os resultados esperados. Se aplicável, explicar que alguns dos medicamentos, só se sente o seu efeito após alguns dias ou mesmo semanas após o início da terapêutica.

Efeitos secundários expectáveis: Este ponto é bastante importante para uma boa adesão terapêutica. Explicar que os efeitos secundários se podem manifestar de forma diferente em cada pessoa e algumas pessoas até podem não sentir os efeitos secundários. Grande parte dos efeitos secundários desaparecem com a continuidade da terapêutica, outros podem-se associar outros medicamentos ou estratégias que aliviem ou anulem os efeitos secundários. É importante não terminar a terapêutica, mas contactar o médico ou enfermeiro para obter apoio.

Interações: Os medicamentos podem ter interações com outros medicamentos, com determinados alimentos ou mesmo em outras situações como a exposição ao sol ou a condução. O doente deve ser alertado para estas situações.

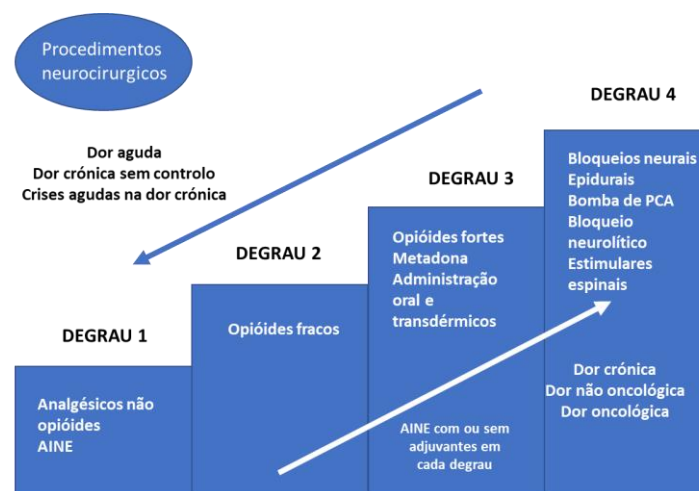
Posologia e modo de administração: o doente deve ser informado da dose que deve fazer e quando deve tomar (horário), se possível o horário deverá ser estabelecido de acordo com as rotinas do doente, conseguindo-se assim uma melhor adesão ao plano terapêutico. O modo de administração ou aplicação deve ser explicado de forma a que o doente perceba. Como por exemplo se deve tomar em jejum ou após refeições, no caso de pensos transdérmicos, como colocar e se possível, deverá treinar a sua aplicação em frente do enfermeiro.

É importante que o doente tenha a noção que a analgesia de resgate seja tomada quando a dor está na sua fase inicial, ligeira a moderada, e não aguardar que chegue a um nível de severa. Só assim o efeito será mais rápido e podem ser necessárias menos tomas.

A OMS propõe alguns princípios a ter em conta na administração da terapêutica analgésica. Os analgésicos devem ser preferencialmente administrados por via oral, sempre que possível. Devem ser tomados de acordo com um esquema horário fixo, tendo em atenção que a dose seguinte deve ser tomada antes de terminar o efeito da dose anterior. A dose é individual, ou seja, a dose correta é aquela que alivia a dor para um nível aceitável pelo doente. A primeira e última toma do dia, deve coincidir com a hora do levantar e do deitar. O doente deve ser esclarecido de todas as questões relacionadas com o seu esquema terapêutico.

2. Escada analgésica modificada

A OMS em 1986 publicou a escada da dor, que tem sido utilizada em grande parte dos países como uma ferramenta para a gestão e controlo da dor. Em 2010, G.Vargas-Schaffer, sugere uma atualização da escada da dor da OMS de forma a abranger todos os tipos de dor e introduzir novas abordagens invasivas como os bloqueios dos nervos periféricos.



G.Vargas-Schaffer. Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience Can Fam Physician 2010;56:514-7

3. Fármacos utilizados na dor crónica

Nos quadros seguintes encontram-se os fármacos mais utilizados no controlo da dor crónica. Os fármacos serão divididos em: 1) analgésicos não opióides; 2) opióides fracos; 3) opióides fortes; 4) adjuvantes; 5) psicofármacos. No início de cada capítulo há uma introdução ao grupo de fármacos e os efeitos secundários mais frequentes e transvesais aos fármacos incluídos em cada capítulo. No quadro respeitante a cada fármaco estão identificados todos os nomes comerciais que o fármaco apresenta em Portugal, assim como as dosagens de apresentação. No campo das especificações pretende-se apresentar alguma informação relativa à farmacodinâmica e farmacocinética do fármaco. Nos efeitos secundários estão aqueles que são específicos do fármaco, para além dos efeitos secundários gerais referidos no início do capítulo. No campo dos cuidados está alguma informação que possa ser relevante a quando dos ensinamentos de enfermagem. No final de cada quadro encontra-se os ensinamentos de enfermagem a realizar de acordo com cada fármaco.

1. Analgésicos não opióides

Paracetamol – Analgésico e Antipirético. Pouca ação anti-inflamatória.

Nomes Comerciais: “Atralidon, Ben-U-ron, Dafalgan, Efferalgan, Panadol, Panasorbe, Paramolan, Supofen”

Vias de administração: Oral, endovenosa e retal

Especificidades:

Dose máxima de 4gr/dia e 3gr/dia + 65 anos. Se desnutrição 2gr/dia

Efeito: Início: 30 a 60 min. Pico: 1 a 3 horas. Duração: 3 a 8h.

Semi-vida 1-3 horas

Associado aos opióides potencia o efeito analgésico.

Metabolizado pelo fígado

Efeitos secundários:

Sonolência ligeira, Náuseas e vômitos, Diarreia ou obstipação, Dor abdominal, Hepatotoxicidade.

Sobredosagem/Intoxicação: Náuseas, vômitos, suores, sonolência e dor abdominal. Antídoto: Acetilcisteína

Após uso prolongado, a interrupção pode originar cefaleias, tonturas, cansaço, dor muscular e desmaio

Cuidados: / Fatores de risco

Atenção a doentes com doença hepática, renal ou anemia hemolítica.

Em situações de alcoolismo ou má nutrição maior risco de hepatotoxicidade (máx 2gr/dia). Deficiência de glucose-6-desidrogenase

Atenção à utilização com Varfarina e Antiepiléticos (Carbamazepina, fenobarbital e fenitoína).

Ensinamentos de enfermagem:

Devem ser tomados com água. Evitar a ingestão do álcool

Metamizol - Analgésico, antipirético e espasmolítico.

Nomes comerciais: “Dolocalma, Nolotil”

Vias de administração: Oral, intramuscular e intravenoso

Especificidades:

Dose máxima 3450mg/dia.

Efeito: Início: Pico: 1-2horas. Duração: 30 a 60 minutos.

Semi-vida: 2,5-3h

Boa resposta na dor visceral

Metabolizado pelo fígado

Efeitos secundários:

Podem ocorrer alterações hematológicas (agranulocitose, trombocitopenia), reações cutâneas, hipotensão, mas são situações raras.

Discrasia sanguínea –sintomatologia: mal-estar geral, febre persistente, palidez, hematomas, hemorragias

Cuidados:

Síndrome de asma induzido por analgésicos.

Deficiência em desidrogenase do fosfato-6-glicose.

Pode diminuir o efeito dos anti agregantes plaquetários.

Alterações hematológicas, Insuficiência hepática ou renal.

Alergias conhecidas ao AAS, paracetamol ou outros AINEs.

Ensinos de enfermagem:

Devem ser tomados com água. Evitar a ingestão do álcool

OPIÓIDES

Os opióides são largamente utilizados no tratamento da dor crónica. Sendo a sua administração segura e eficaz mesmo em situações de comorbilidades graves como a insuficiência hepática e renal. Quando a via oral está comprometida, os opióides continuam a ser uma boa opção. (Vieira, 2019)

Nos doentes com insuficiência hepática, o fentanil foi considerado seguro, a codeína e o tramadol não são aconselhados, os restantes opióides podem ser utilizados com moderação. (Vieira, 2019)

Nos doentes com insuficiência renal o fentanil, a hidromorfona e o tapentadol foram considerados seguros, a morfina, o tapentadol e o tramadol devem ser evitados. Os restantes opióides poderão ser usados com precaução. Nos doentes em programa de diálise pode-se utilizar a buprenorfina, fentanil, hidromorfona e tramadol até 200mg/dia. (Vieira, 2019)

Os sistemas transdérmicos estão apenas disponíveis para a buprenorfina e fentanil. De acordo com a ESMO, não devem ser utilizados para a titulação de dose.

O fentanil deverá ser o fármaco, preferencialmente, escolhido para a dor irruptiva, nas suas apresentações orais. (Vieira, 2019)

Efeitos adversos como tolerância e hiperalgia podem ser geridos através da redução da dose, desmame lento do opióide e rotação de opióide (Kurita, 2015)

Os opióides não são todas iguais nos efeitos analgésicos, anti-hiperalgésicos e adversos. Assim como a resposta individual a cada opióide é diferente.

Efeitos secundários

Os efeitos secundários mais frequentes são transversais a todos os opióides, sendo mais visíveis nos opióides fortes. Assim os efeitos secundários mais frequentes são: Náuseas, vômitos, boca seca, obstipação, dor abdominal, dispepsia, cefaleias, sonolência, fadiga, tonturas, confusão, alucinações, vertigens, prurido, sudorese, hipotensão.

Recomendações para minorar os efeitos secundários: redução da dose, controlo dos efeitos secundários, rotação de opióides, alterar a via de administração.

Toxicidade ao nível do SNC – Sedação e perturbação da cognição. Estes sintomas normalmente são transitórios. Suspenda medicação que seja depressora do SNC e que não seja necessária de momento. Pode ser prescrito psicoestimulantes.

Prurido – aumenta a probabilidade nos opióides administrados por via tecal, normalmente não é uma reação alérgica. Pode-se dar hidroxizina, cetirizina ou outro anti-histamínico.

Depressão respiratória – é um acontecimento raro. Pode acontecer quando se combinam opióides com depressores do SNC e no caso de doenças respiratórias.

Imunossupressão – Os opióides possuem atividades intrínsecas imunossupressoras. Parece que a Buprenorfina, a hidromorfona e a oxicodona possam ser opióides menos imunossupressores

Contraindicações:

Utilização em simultâneo de inibidores da monoaminoxidase (IMAO).
Aguardar 2 semanas após suspensão de IMAO, para início do tratamento

com opióides. Risco de síndrome serotoninérgica, Alterações cardiovasculares como hipotensão ou hipertensão e excitação ou depressão do SNC.

Evitar a toma simultânea de opióides e benzodiazepinas.

Depressão respiratória grave ou situações de obstrução pulmonar grave, Íleo paralítico, hipertensão intracraniana.

Precauções:

Os opióides podem potenciar os efeitos do álcool, hidroxizina, benzodiazepinas e outros depressores do SNC.

O descontinuar dos opióides deve ser feita de forma gradual.

O doente não deve fazer as formulações para a dor irruptiva se não estiver a fazer terapêutica opióide de manutenção.

Ensinos de enfermagem:

Fazer ensino para prevenção das náuseas, principalmente no início da toma do tramadol.

Avaliar a função intestinal, fazendo ensino para a prevenção da obstipação
Avisar da possível sonolência no início do tratamento e se ocorrer evitar conduzir e trabalhar com máquinas

A medicação opióides aqui descrita está de acordo com uma revisão realizada por Vieira (2019) sobre os opióides utilizados na dor crónica oncológica e com as recomendações da OMS (2018) sobre tratamento da dor oncológica.

2. Opióides fracos

Tramadol – Opióide analgésico

Nomes comerciais: “Gelotralib (LP), Paxilfar, Tramal, Tramal Retard (LP), Tram-U-ron (LP), Travex rapid, Travex (LP) e Travex Long (LP)”

Várias dosagens de 50mg a 400mg

Tramadol + Paracetamol

Nomes comerciais: “Lupatrac, Tomin, Zaldiar – 37,5mg+325mg, Tramcet, Tramixen, Zilpen – 75mg+650mg”

Tramadol + Dextetoprofeno

Nome comercial: “Skudexa (LP) – 75mg + 25mg”

Especificidades:

Dose máxima 400mg/dia. Mais de 75 anos 300mg/dia.

No caso da associação do Tramadol + Paracetamol, não a exceder a dose de 325mg/dia de tramadol. O Tram-u-ron OD e o Tridural são de toma única diária. Travex Rapid de 4/4h

Efeito: Início: 1h. Pico: 2-3h, LP 2h. Duração: 4-6h, LP 24h.

Semivida 6-8h, LP 7-9h

Metabolizado pelo fígado

Cerca de 25%, é imune aos efeitos terapêuticos do tramadol, mas não ao seus efeitos secundários

Utilizado na dor neuropática e na dor nociceptiva

Efeitos secundários:

Síndrome de serotonina se associados a antidepressivos. Pode haver hipersensibilidade cruzada com opióides

Cuidados:

Antecedentes de convulsões

A fluoxetina, paroxetina e a amitriptilina podem aumentar os níveis séricos

Não deve ser administrado com a buprenorfina

Na toma do Skudexa, excluir a toma simultânea de AINE

Ensinos de enfermagem:

O Travex Rápido são comprimidos orodispersíveis, utilizados na dor irruptiva. O doente deve deixar dissolver na boca e depois pode engolir, outra opção é diluir em meio copo de água e engolir. Também pode ser administrado por sonda entérica

O Skudexa não pode ser administrado por sonda entérica

Codeína + paracetamol

Nomes comerciais: “Dol-U-Ron – 30mg+500mg, Dol-U-Ron Forte – 60mg+1000mg”

Especificidades:

Dose máxima de codeína 240mg/dia

Efeito: Início: 30-45 minutos. Pico: 60-120 minutos. Duração: 4h

Semivida: 4h-6h

Metabolizado pelo fígado

A codeína também tem um efeito antitussivo, em doses mais baixas.

Se necessário ultrapassar a dose máxima, substituir por um opióide forte.

Efeitos secundários:

Diminuição do apetite. Espasmos musculares

Síndrome de serotonina se associados a antidepressivos.

Cuidados:

Em doente a fazer IMAO, a dose deve ser mais baixa.

Antecedentes de convulsões, doente asmático e DPOC e no hipotireoidismo
Vigilância na toma de antidepressivos, antipsicóticos e sedativos.
Existe risco de acumulação

Ensinos de enfermagem:

Pode ser tomado com alimentos. Podem ser administrados por via sonda entérica.
Quando precrito como efeito analgésico não tomar como efeito antitússico.

3. Opióides fortes

Tapentadol - analgésico opióide (C)

“Palexia retard – (25, 50, 100, 150, 200, 250mg)”

Especificidades:

A formulação de ação curta não está disponível em Portugal
Início com 50mg de 12/12h e recomenda-se aumentos de 50mg/toma a cada 3 dias. Dose máxima 500mg/dia
Efeito: Início: desconhecido. Pico: 1hora. Duração: 4-6horas.
Semi-vida: 4 horas. Concentrações estáveis em 25-30 horas
Indicado na dor neuropática e na dor nociceptiva
Eficácia 2 a 3 vezes menor que a morfina. Tem menos efeitos secundários que a Oxiconona

Efeitos secundários:

Menos obstipante que outros opióides. Diarreia. Diminuição do apetite.
Espasmos musculares
Síndrome de serotonina se associados a antidepressivos

Cuidados:

A suspensão deve ser gradual devido a sintomas de privação.
Hipertensão craniana.
Cuidado nos doentes com doença obstrutiva das vias aéreas.
Vigilância na toma de antidepressivos, antipsicóticos e sedativos.
Antecedentes de convulsões ou epilepsia

Ensinos de enfermagem:

Deve ser tomado inteiro, sem dividir ou mastigar.
Não é possível a administração por sonda entérica.
Parte da cápsula pode ser observada nas fezes, mas a substância ativa já foi totalmente absorvida.

Morfina - analgésico opióide

Nomes comerciais: “MST - 10, 30, 60, 100mg (LP). “Oramorph – 2 e 20mg/ml), Sevredol (10 e 20mg), Zomorph”(Ação rápida)

Especificidades:

Efeito

Início: desconhecido. Pico: 60 minutos, LP 3-4h. Duração: 4-5horas, LP 8-24h. Semi-vida: 3 - 12horas
Inicia-se com 5mg se ainda não faz opióides e 10mg se já faz opióides.
Não existe dose teto.
Pode ser usado na dor neuropática.
Metabolizado pelo fígado.
Vias de administração: Oral, retal, subcutânea, intramuscular, endovenosa, epidural e intratecal.

Cuidados:

Insuficiência respiratória severa
Doença hepatobiliar de origem obstrutiva
Hipotireoidismo e epilepsia

Atenção na utilização com depressoires do SNC como os antidepressivos

Ensinos de enfermagem:

O Oramorph e o Sevredol podem ser administrados na dor irruptiva numa dose de 1/6 da dose total das 24 horas, repetida com intervalos de 1 hora.

O doente que faz morfina por um longo período pode desenvolver tolerância à morfina

Atenção ao síndrome de abstinência

Estar alerta para a dependência psicológica

Os comprimidos de libertação prolongada têm que ser engolidos inteiros e não podem ser mastigados ou triturados.

O Oramorph pode ser administrado por SNG/PEG

Oramorph – Na formulação mais frequente 20mg/ml, 4 gotas correspondem a 5 mg. Pode ser repetida a toma a cada 4 horas.

Hidromorfona - analgésico opióide (4)

Nome comercial: “Jurnista - 4, 8, 16, 32, 64mg”

Especificidades:

A formulação de ação curta não está disponível em Portugal

Efeito: Pico: 6 a 8 horas. Semi-vida: 1-3 horas

Inicia-se com uma dose de 4mg a 8mg/24h e podem ser feitos incrementos de 4 a 8mg/24h. Sem dose máxima.

Toma única diária.

Pode ser utilizado para início de tratamento com opióides

Para a dor moderada a intensa

Metabolizado pelo fígado.

Para a dor oncológica e não oncológica. Pode ser utilizado na dor neuropática

Efeitos secundários: Astenia. Depressão respiratória. Dependência física. Cãibras. Miose. Sedação. Espasmos biliares. Mioclonias. Astenia.

Cuidados:

Usar com cuidado em doente a fazer IMAO

Insuficiência respiratória severa

Atenção na insuficiência renal e na insuficiência hepática.

Doença hepatobiliar de origem obstrutiva

Pancreatite

Miastenia gravis

Doença inflamatória ou obstrutiva do intestino

História de consumo excessivo de substâncias e álcool

Hipotireoidismo e convulsão

Insuficiência adrenocortical

Diabetes

Atenção na utilização com depressoires do SNC

Ensinos de enfermagem:

Explicar o possível efeito associado com analgésicos não opióides

Não deve interromper de forma abrupta

Os comprimidos de libertação prolongada têm que ser engolidos inteiros e não podem ser mastigados ou triturados.

Não pode ser administrado por sonda entérica

Explicar que o revestimento do Jurnista pode aparecer nas fezes, mas que isto não significa que não houve absorção do medicamento.

Fentanilo – Analgésico opióide

Nomes Comerciais:

Transdérmico (12,5; 25; 50; 75; 100mcg) - “Durogesic”

Oral (várias doses, de 67 a 800mcg) - “Abstral, Actiq, Breakyl, Effentora, Vellofent”

Nasal - “Instanyl, PecFent”

Especificidades:

Efeito Transdérmico: Início: 6horas. Pico: 12 a 24h. Duração: 72h.

Semivida de 17 a 21h

Efeito Transmucosal: Início: 6 minutos (Vellofent) a 15 minutos. Pico: 15-30 minutos (Vellofent) a 60 minutos. Duração: 2 a 6 horas.

Semivida: 2,5 a 12horas

As apresentações oral e nasal são utilizadas apenas na dor irruptiva

Maioria metabolizado pelo fígado, uma pequena parte eliminado pelo rim

Poderá ser indicado na rotação de opióides quando obstipação refratária

Sem dose máxima

Efeitos secundários:

Sonolência. Tonturas. Cefaleias. Depressão respiratória. Alterações psíquicas (alucinações, confusão). Fraqueza. Sudação. Secura da boca.

Falta de apetite. Mioclonias. Dispepsia.

Cuidados:

Não usar a formulação transdérmica na dor aguda.

Insuficiência respiratória severa

História de consumo excessivo de substâncias e álcool

Hipotiroidismo e epilepsia

Atenção na utilização com depressores do SNC, amiodarona e betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio.

Ensinos de Enfermagem:

É menos obstipante que outros opióides.

Apresentação transdérmica:

Informar o doente que o calor, como cobertores eletricos, saunas, luzes de calor, exposição solar e febre, aumentam a absorção do medicamento

O Adesivo deve permanecer totalmente colocado por 72h

Ensino sobre como colocar o penso. Retirar pelos com tesoura e não rapar.

Variar os locais de colocação. A absorção é semelhante no tórax, abdómen e coxas.

Caso tenha que ser cortado, deve ser cortado na diagonal

Se houver reação cutânea no local do adesivo, o doente deve retirar o adesivo de imediato e contactar um profissional de saúde ou dirigir-se a um hospital. É importante perceber ser a reação foi à substância farmacológica ou ao material de que é feito o penso. Esta reação pode se manter alguns dias após retirar o penso

Pode ser necessário aumentar as doses para continuar a obter o mesmo efeito

Apresentação oral:

Ensinos sobre prevençã da secura da boca e monitorização de lesões da mucosa oral, na apresentação oral

Humedecer a boca antes da utilização, ajuda na dissolução e absorção. Atenção a sinais de abstinência.

Não administrar por sonda entérica.

Formula bucal – Effentora: Ter cuidado de não esmagar, dividir, mastigar ou engolir o comprimido (100mcg). O comprimido deve-se dissolver na boca durante 15 a 25 minutos. Breakyl: é uma película (200mcg a 1200mcg) que se cola na face interna da bochecha com a face rosa para a bochecha. Evitar tocar com a língua durante +/- 30 minutos. Evite comer ou beber neste período. Não usar mais de 4 películas em simultâneo (800mcg), se não eficaz utilizar apresentação de 1200mcg, não exceder esta dose. Intervalos minimos de 2h até dose máxima de 4x dia.

Transmucosal – Actiq: colocar entre a bochecha e gengiva inferior e rodar de um lado para o outro da boca massajando e não mastigar.

Sublingual – Abstral: Até um máximo de 800mcg 4x/dia. Vellofent: colocar o comprimido debaixo da língua o mais atrás possível, não mastigar ou fazer sucção, deixar dissolver na totalidade, não comer ou beber durante 30 minutos. Não exceder 4 doses diárias (cada dose pode ser mais que 1 comprimido).

Intranasal – 1 pulverização corresponde a 100mcg. Não repetir antes de 2h após a última toma

Buprenorfina

Nomes Comerciais:

Sublingual (0,4, 1, 2, 4, 6, 8mg) - “Subutex,”

Transdérmico (35, 52,5, 70 mcg/h) - “Gexana, Ramatrix, Transtec”

Buprenorfina + Naloxona

Nomes Comerciais: Sublingual - “Suboxone, Zubsolv”

Especificidades:

Dose máxima: 24mg/dia

Efeito transdérmico: Início: 12 a 24 horas. Duração: 7 dias.

Semi-vida 22 a 36h

Efeito Sublingual: Início: 30 minutos. Pico: 90 minutos.

Semi-vida de 2 a 5 horas.

Metabolizado pelo fígado. Eliminado pelo rim e nas fezes

Baixo risco de dependência e sintomas de abstinência pouco prováveis.

Pode ser utilizado na dor neuropática

Efeitos secundários:

Eritema e/ou prurido local. Exantema diaforese. Dificuldade respiratória. Perturbações da micção.

Normalmente menos efeitos secundários que a Morfina

Menos obstipante que a morfina e a oxicodona, poderá ser indicado na rotação de opióides quando obstipação refratária

Cuidados:

Contraindicado no doente com hipersensibilidade ao amendoim e soja. Grávida. Mistenia Gravis (Ramatrix).

Precaução no hipotiroidismo, mixedema, doença de Addison, caquexia.

Não utilizar na dor aguda

Não tomar se doente a fazer IMAO até 2 semanas antes

Insuficiência respiratória grave

Usar com precaução na Insuficiência renal e hepática

Ramatrix – Não necessita de ajuste no doente renal

Risco de prolongamento do intervalo QT

Mistenia Gravis

Delirium tremens

Cuidado nos doentes com risco de convulsão e alcoolismo agudo

Atenção nos doentes medicados com depressores do SNC

No doente a fazer metadona reduzir a toma desta e iniciar após 24h Não utilizar com tramadol e codeína, diminui o efeito.

Ensinos de enfermagem:

O comprimido é colocado debaixo da língua até se dissolver completamente, 5 a 10 minutos. Não engolir ou ingerir quaisquer alimentos ou bebidas enquanto o comprimido não estiver completamente dissolvido. Não administrar por sonda entérica.

No caso de tomar mais que um comprimido, o seguinte deve ser tomado após dissolução do anterior.

Informar o doente que o calor, como cobertores elétricos, saunas, luzes de calor, exposição solar e febre, aumentam a absorção do medicamento na forma transdérmica.

Mudança do transdérmico a cada 3 dias. O Transtec deverá ser mudado a cada 4 dias ou 2 dias fixos da semana se mais fácil para o doente.

Ensino sobre como colocar o penso. Retirar pelos com tesoura e não rapar. Lavar o local com água e não utilizar sabão ou outro produto de limpeza. Variar os locais de colocação (tórax, abdomen e coxas). Não utilizar o mesmo local no período de uma semana

Se houver reação cutânea no local do adesivo, o doente deve retirar o adesivo de imediato e contactar um profissional de saúde ou dirigir-se a um hospital. É importante perceber se a reação foi à substância farmacológica ou ao material de que é feito o penso. Esta reação pode-se manter alguns dias após retirar o penso.

Oxicodona – analgésico opióide

Nomes comerciais: “Dolanor, Olbete (5, 10, 20, 40, 80mg) – LP”

Oxicodona + Naloxona

Nome comercial: “Tragin” (5+2,5mg, 10+5mg) – LP”

Especificidades:

A formulação de ação curta não está disponível em Portugal

Efeito: Início: 10 a 15 minutos. Pico: LP 3 horas. Duração: LP 12 horas

Semi-vida: 2 a 3 horas.

Pode ser utilizado na dor neuropática

Metabolizado pelo fígado.

Vias de administração: Oral

Efeitos secundários:

Mais obstipante que a morfina). Depressão respiratória. Parece causar menos alucinações, náuseas e prurido que a morfina.

Cuidados:

Não usar na dor aguda ou ligeira

Usar com precaução em doentes a fazer IMAO, na depressão respiratória, asma brônquica, insuficiência hepática e renal

Hipotiroidismo

Dor abdominal não diagnosticada

Convulsões

Alcoolismo

Ensinos de enfermagem

Pode ser tomado com alimentos ou leite para diminuir sintomas gástricos

Os comprimidos de libertação prolongada devem ser deglutidos inteiros.

Não esmagar, partir ou triturar.

Não administrar por sonda entérica.

Fazer ensino para prevenção das náuseas, principalmente no início do tratamento

Avaliar a função intestinal, fazendo ensino para a prevenção da obstipação

Avisar da possível sonolência no início do tratamento e se ocorrer evitar conduzir e trabalhar com máquinas

Pode levar à dependência física e psicológica

Evitar o consumo de álcool e outros depressores do SNC

No tratamento de longa duração pode existir: dependência física, tolerância, Hiperalgia induzida pelos opióides, disfunção cognitiva, Supressão do sistema imunológico e endócrino.

4. Adjuvantes

Gabapentina – anticonvulsivante e analgésico

Nomes comerciais: “Neurontin”

Pregabalina – anticonvulsivante e analgésico

Nomes comerciais: “Lygabrin, Lyrica, Prebanel, Strymix”

Indicado na dor neuropática oncológica e não oncológica

Especificidades:

Gabapentina

Dose máxima: 1800 a 3600mg /dia

Efeito: Início: 2 semanas após a dosagem terapêutica, com aumento progressivo até à dosagem alvo. Pico: 2 a 4 horas. Duração: 8 horas. Semivida: 5 a 7 horas

Pregabalina

Efeito: Início: 7 dias. Pico: 2 a 4 horas. Duração: 10 horas

Efeitos secundários:

Sonolência, cansaço. Confusão, depressão. Tonturas. Ataxia. Astenia, mal estar geral. Náuseas e vômitos. Obstipação. Boca seca. Tremores. Cefaleia. Leucopenia. Anorexia e aumento do apetite.

Cuidados:

Pode aumentar o risco de comportamentos suicidas, na insuficiência renal diminuir a dose, risco de depressão quando tomado com outros depressores do SNC e álcool.

Gabapentina

A morfina pode aumentar o efeito da gabapentina

Pregabalina

Não indicado para a dor orofacial

Pode dar hipotensão ortostática de primeira dose

Precaução no doente com IC

Ensinos de enfermagem

Pode ser tomado fora das refeições.

O comprimido pode ser partido.

Não tomar nas duas horas após a toma de antiácidos, por diminuição da absorção

Explicar ao doente que o efeito poderá ser sentido até 3 semanas após o início da administração

Em caso de sonolência ou tonturas cuidados com a condução ou utilização de máquinas

Estar desperto para sinais de pensamentos suicidas e depressão

Gabapentina – numa revisão Cochrane(2) mostrou benefícios na redução na dor neuropática em geral, com maior incidência na neuralgia pós-herpética e na neuropatia periférica diabética. A redução em 50% da dor também parece relacionada com melhorias no sono, fadiga, depressão, qualidade de vida e função.

Carbamazepina – anticonvulsivante

Nomes comerciais: Tegretol

Oxcarbamazepina – anticonvulsivante

Nomes comerciais: “Epilfarmo, Proaxen, Trileptal, Zigabal”

Especificidades:

Carbamazepina

Efeito: Início: 8-72h. Pico: 4 a 5 horas. Duração: 6-12h. Semivida -16 a 24horas

Oxcarbazepina

Efeito: Início: 2 a 3 dias. Pico: 4 a 5 horas. Duração: 12 horas

Mais utilizado na dor orofacial como a nevralgia do trigêmio

Efeitos secundários: Sonolência. Cansaço. Ataxia. Cefaleias. Tonturas/vertigens. Nauseas/vômitos. Visão turva. Alterações hepáticas. Agranulocitose. Síndrome de Stevens-Johnson

Cuidados:

Carbamazepina

Depressão da medula óssea. Uso concomitante com IMAO ou 14 após uso. HBP. Insuficiência hepática grave. Doença cardíaca

Oxcarbazepina

Insuficiência hepática grave. Pode diminuir a eficácia do paracetamol e aumentar a sua toxicidade.

5. Psicofármacos

A sua utilização está indicada na dor neuropática. Sendo os mais comuns os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN)

Contraindicações gerais

Hipersensibilidade, glaucoma, prolongamento do intervalo QT conhecido, EAM recente ou IC. Se tomar IMAO, suspender 2 semanas antes, no caso da fluoxetina deve ser suspensa 5 semanas antes.

Cuidados durante a utilização

Risco de pensamentos suicida, doença cardiovascular, HBP, história de convulsões, uso de outros depressores do SNC, alcoolismo, insuficiência renal e hepática.

Antidepressivos tricíclicos

Amitriptilina - Nomes comerciais: “ADT”

Nortriptilina – Nomes comerciais: “Norterol”

Especificidades:

Amitriptilina

Semivida: 10 a 50 horas

Nortriptilina

Semivida: 18 a 28 horas

Efeitos secundários:

Sonolência, letargia, confusão, boca seca, visão turva, hipotensão. Prolongamento do intervalo QT e arritmias. Obstipação. Ganho de peso/aumento do apetite.

Efeitos anticolinérgicos dos tricíclicos: boca seca, obstipação, retenção urinária, disfunção sexual, suor e visão embaçada Kurita

Cuidados:

Utilizado para o tratamento da dor Neuropática.

Amitriptilina

Segundo algumas guidelines é considerado tratamento de primeira linha

Nortriptilina

Asma

Ações de Enfermagem

Monitorizar o peso do doente

Poderá haver diminuição da libido e disfunção sexual

Estar desperto para sinais de pensamentos suicidas

Em caso de sonolência ou tonturas cuidados com a condução ou utilização de máquinas

Não deve consumir bebidas alcoólicas

Vigiar a retenção urinária

Fazer ensino de estratégia para aliviar a secura da boca

Ensinos para prevenção da obstipação

Numa Revisão Cochrane, refere-se que a amitriptilina é na maioria das vezes o antidepressivo escolhido como 1ª linha no tratamento da dor NP. Este estudo não demonstrou evidência da amitriptilina sobre os outros antidepressivos e adjuvantes como a pregabalina e a gabapentina. No entanto a revisão parece demonstrar maior eficácia na DN oncológica e na DN no HIV.

Antidepressivos ISRSN

Duloxetina - Nomes comerciais: “Cymbalta, Xeristar, Yentreve”

Venlafaxina – Nomes comerciais: “Desinax, Efexor XR, Genexin, Pracet, Venxin, Zaredorp, Zarelix”

Especificidades:**Duloxetina**

Dose máxima 120mg /dia.

Efeito: Pico:6 horas. Duração: 12 horas. Semivida: 12 horas

O efeito terapêutico sente-se em 2 a 4 semanas

Venlafaxina

Efeito: Semivida: 3 a 5 horas

Dor neuropática diabética.

Dor lombar crónica

Efeitos secundários:

Cansaço. Sonolência. Insónia. Agitação. Tonturas. Perturbações do sono. Visão turva. Hipertensão. Palpitações. Diminuição do apetite. Boca seca. Náuseas ou vômitos. Obstipação. Tremores. Sudorese. Dificuldade na micção. Disfunção erétil e diminuição da libido.

Cuidados:

Doente diabético. Síndrome da serotonina. Síndrome de Stevens-Johnson. Atenção quando tomados com medicamentos ISRS, ISRN, antidepressivos tricíclicos.

Vigilância nos doentes a fazer anticoagulação e antiagregantes

Duloxetina – demonstrou ser eficaz na neuropatia diabética dolorosa

Venlafaxina – eficaz nas polineuropatias dolorosas, assim como na Neuropatia diabética dolorosa.

Fluoxetina - Antidepressivo ISRS

Nomes comerciais: “Digassim, Prozac, Psipax, Selectus”

Especificidades:

Antidepressivos (ISRS)

Fluoxetina

Neuropatia diabética

Fibromialgia

Efeitos secundários:

Cansaço. Nausea. Falta de apetite. Insónia. Diminuição da função sexual.

Mania/hipomania. Hostilidade/violência

Cuidados:

Contra indicado se toma IMAO

6. Relaxantes musculares

Ciclobenzapina

Nomes comerciais: “Flexiban, Miodia”

Especificidades:

Espasmo muscular associado a condições musculoesqueléticas dolorosas agudas. Fibromialgia.

Efeitos secundários:

Sonolência, tonturas, boca seca, arritmias, alterações gastrointestinais.

Cuidados:

Não usar com IMAO. Patologia cardíaca. Hipertireoidismo

7. Efeitos secundários e intervenções

Síndrome de serotonina

A síndrome de serotonina resulta de uma estimulação excessiva dos recetores de serotonina do nosso organismo, maioritariamente causado pela interação fármacos serotoninérgicos. A serotonina tem uma ação importante no humor, termorregulação, no vômito e na percepção da dor. Está mais associado aos seguintes fármacos: ISRS, IMAO, tricíclicos, tramadol, fentanilo, anti-eméticos. A associação de Tramadol com venlafaxina e mirtazapina pode causar uma síndrome de serotonina grave. A sintomatologia pode variar, compreendendo: alterações do estado mental (confusão mental, agitação, insónia, alterações do humor), alterações

neuromusculares (mioclonias, tremores, hiperreflexia, ataxia, rigidez) sintomas neurovegetativos (febre, sudorese, diarreia, taquicardia)

Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência desenvolve-se nos doentes que estiveram sujeitos à toma de opióides e que por qualquer razão suspenderam a sua toma de uma forma abrupta. A sintomatologia é caracterizada por: ansiedade ou irritabilidade, pupilas dilatadas, insónia, tremores, espasmos musculares, alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos ou diarreia, epigastralgias), dores articulares, sudorese, calafrios.

Síndrome de Stevens-Johnson

É uma patologia mucocutânea que se caracteriza por uma necrose dos queratinócitos que se traduz no descolamento epidérmico. Quando a extensão deste descolamento é superior a 30%, estamos perante uma necrólise epidérmica tóxica. Normalmente são precedidos de uma fase prodromica que surge em média 7 a 21 dias após o início do fármaco responsável, sendo os sintomas: febre, mal-estar geral, mialgias, artralgias e tosse e que duram cerca de uma semana, após este período surgem erupções cutâneas tipo máculas eritematosas ou eritemato-violáceas, normalmente ao nível do tronco, havendo depois um descolamento da epiderme, dando origem a bolhas flácidas que rebentam ficando lesões erosivas.

Sobredosagem de opióides

Uma intoxicação aguda com opióides pode manifestar-se por depressão respiratória, sonolência podendo progredir para torpor ou coma, rabdomiólise progredindo para insuficiência renal, flacidez do músculo esquelético, constrição da pupila, bradicardia, hipotensão e morte. O antídoto para os opióides é a naloxona, que se administra por via endovenosa, a dose inicial é de 0,4mg podendo ser repetido até uma dose máxima de 10mg

| Efeito secundário | Intervenções / ensinios |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Náuseas | <ul style="list-style-type: none">Perceber se pode estar associado a medicamentos que está a fazerQuando surgem as náuseasSaber se o doente já está a fazer algum antiemético |
| <u>Antieméticos:</u> | |
| Metoclopramida | <ul style="list-style-type: none">Se as náuseas persistirem, apesar dos antieméticos, avaliar outras causas que não as de origem farmacológicas (obstipação, patologia do SNC, quimioterapia, radioterapia, hipercalcémia) |
| Domperidona | |
| Ondansetron | |
| Droperidol | <ul style="list-style-type: none">Avaliar a possibilidade de rotação de opióide |
| haloperidol | |
| Obstipação | <ul style="list-style-type: none">Sempre que iniciar opióides avaliar a necessidade de prescrição de laxante em SOS.Fazer ensino relativo à ingestão de líquidos e ingestão de fibra. Aconselhar exercício se possível.Obstipação presente – Reforçar a necessidade de fazer os laxantes em horárioSe persistir – avaliar gravidade da obstipação e excluir possibilidade de obstipação mecânica.Não resolvida – avaliar a possibilidade de reduzir opióide |
| <u>Laxantes:</u> | |
| Lactulose | |
| Bisacodil | |
| Sorbitol | |
| Sene | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angelini. Vellofent. Resumo das características do medicamento. VLF 03-09/19

Centers for Disease Control and Prevention (2016). CDC Guidelines for prescribing opioids for chronic pain – United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report. (65) 1.

Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., Ripamonti, C. (2018) ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. V29 Supplement 4. P166-19. doi:10.1093/annonc/mdy152

Gaertner, J. Stamer, U. Remi, C. Voltz, R. Bausewein, C. Sabatowski, R. ... Meißner, W. (2017) Metamizole/dipyrone for the relief of cancer pain: A systematic review and evidence-based recommendations for clinical practice. Palliative Medicine. 31(1) 26–34.

Grunenthal. Palexia retard. Perfil Farmacocinético. 01/2020

INFARMED. Base de dados do medicamento. Acedido entre 20-09-2020 e 07-04-2021. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wi-en PJ. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD008242. DOI: 10.1002/14651858.CD008242.pub3.

Oliveira, A., Sanches, M., Selores, M. (2011). O espectro clínico síndrome de stevens-johnson e necrólise epidérmica tóxica. Acta Med. Port. 24, 995-1002

Rizzo, J. Nascimento, M. Nascimento, V. (2010) Hidromorfona de libertação lenta: uma nova opção agonista opióide forte. Rev Dor 2010;11(1):68-73

Tecnimed. Oramorph. Resumo das características do medicamento. Dezembro 2017

Vallerand, A., Sanoski, C., Deglin, J. (2016) Guia Farmacológico para Enfermeiros. 14ª Edição. Lusodidacta. Loures. ISBN 978-989-8075-68-0. 1707 pg

Vargas-Schaff, G. (2010) Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience Can Fam Physician 2010;56:514-7

Vieira, C. (2019) Opióides na dor oncológica e o seu uso em condições particulares: uma revisão narrativa. Act Med. Port. 32 (5), 388-399

Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Rice ASC, Tölle TR, Phillips T, Moore RA. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD007938. DOI: 10.1002/14651858.CD007938.pub4.

WHO (2018) WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneve.

APÊNDICE V - Técnicas para controlo da dor

TÉCNICAS PARA CONTROLO DA DOR

Para além do tratamento convencional através da administração oral de analgésicos para o controlo da dor, outras técnicas podem-se associar na gestão da dor, essas técnicas são normalmente descritas como não farmacológicas e/ou terapias alternativas. Estudos provaram que a sua complementaridade tem demonstrado benefícios para o doente em termos de redução da intensidade da dor e melhoria da qualidade de vida (Hokka,2014).

Muitas das medidas não farmacológicas não invasivas podem ser aplicadas pelo próprio doente ou familiar no seu próprio ambiente, principalmente quando tem períodos de mais desconforto (Hokka, 2014).

Não farmacológicas e não invasivas

Massagem terapêutica

A massagem parece ter um efeito benéfico no controlo da dor bem como no estado de humor e no relaxamento conseguido ao longo do tempo (Naga, 2015). Na revisão realizada por Hokka et al (2014) as sessões de massagem tiveram um efeito imediato na redução da dor mas sem significado a longo prazo. Os doentes referiram que as massagens faziam-nos distrair-se da dor, ajuda a tornar sentimentos negativos em pensamentos positivos, era relaxante e faziam-nos sentir bem (Hokka, 2014).

Diatermia

Consiste num processo de aquecimento dos tecidos internos através da colocação de dois elétrodos, um fixo e outro móvel, sobre uma parte do corpo a tratar, correndo entre eles um campo eletromagnético, que promove um aquecimento dos tecidos que aumenta o fluxo sanguíneo na área a tratar. Existem dois tipos de elétrodos móveis, um para o modo capacitivo e outro para o modo resistivo. No modo capacitivo há uma redução da resistência interna dos tecidos através da passagem da corrente. No modo resistivo há uma atuação mais profunda, que atua sobre as articulações, ligamentos e tendões. Estimula o processo de cicatrização fisiológica

Indicações:

Condropatia, coxartrose, lombalgia, pubalgia, entorses, contraturas musculares, reabilitação das articulações, mialgia, dores cervicais, periartrose, epicondilite/epitrocleeite, Síndrome do túnel cárpico, rizartrose, coxalgia, gonartrose, tendinopatia do tendão de Aquiles, entorse tibiotársico, bursite, fascite plantar/metatarsalgia, patologias osteoarticulares e patologias músculoesqueléticas.

A sua utilização está contraindicada em doentes com pace-maker, cardiodesfibrilhador implantável, com neuroestimulador ou lesões cutâneas na área a tratar.

Estimulação Muscular Alta Frequência (EMAF)

Este processo consiste na passagem de uma energia electromagnética que estimula as fibras de largo diâmetro.

TENS

O TENS permite transmitir através da pele uma corrente elétrica de baixa voltagem. É utilizado em diversas condições dolorosas (Naga, 2015), maioritariamente nas lesões ósseas (Hokka, 2014)

Segundo Naga, (2015) parece que o TENS promove nos doentes uma satisfação que tem implicação na redução da intensidade da dor. É fácil de aplicar e pode ser aplicado em ambulatório. O TENS parece ter mais efeito na diminuição da dor por movimento que na dor em repouso (Hokka, 2014).

Exercício Físico

O exercício físico no doente com dor crónica, contrasta muitas vezes com a situação de sedentarismo, estando este muitas vezes na base da origem ou agravamento de determinados tipos de dor crónica. A elaboração de um esquema de exercícios individualizado, poderá ajudar no alívio da dor. O exercício físico também poderá ter um impacto positivo na melhoria do sono, função cognitiva, função física, depressão e ansiedade (Ambrose, 2015).

Imaginação guiada

De acordo com Burhenn (2014) ao referir a NCI (National Cancer Institute) a imaginação guiada é uma técnica não farmacológica que descreve a imaginação de imagens, desenhos ou experiências para ajudar na cura do corpo e consequentemente alívio da dor.

| |
|---------------------------------------|
| Não farmacológicas e invasivas |
|---------------------------------------|

Acupunctura

Consiste na aplicação de agulhas sobre pontos dolorosos ou sobre medianos que atravessam o corpo, com o objetivo de equilibrar a energia do corpo, promovendo o tratamento. Assim a acupunctura promove a circulação da energia, produzindo um efeito anti-inflamatório e analgésico. Naga (2015) chegou à conclusão que parece resultar na diminuição da dor e nas pessoas mais depressivas. O seu efeito é muitas

vezes imediato após a intervenção, mas transitório. Segundo Hokka (2014) um estudo revelou que a acupuntura pode ser útil na redução da dor. A acupuntura pode ser uma boa alternativa para os doentes que têm dificuldade em cumprir um plano terapêutico por receio dos efeitos secundários (Liou, 2020)

Indicações mais frequentes:

Síndromes dolorosas de diferentes etiologias, problemas neurológicos, alterações do sono, tratamento complementar de alergias, náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia e distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão.

Farmacológicas não invasivas

Capsaicina

Está indicado na dor neuropática. Consiste numa película autoaderente impregnada do composto Capsaicina, que é uma substância derivada da malagueta. O tratamento com este penso pretende aliviar a dor por um período até 3 meses.

O penso de Capsaicina é colocado sobre a zona, previamente delimitada, durante 30 minutos a 1 hora, dependendo da zona, onde, durante a absorção da substância, é produzindo um calor local.

Farmacológicas invasivas

Bloqueios de nervos periféricos

Os bloqueios de nervos periféricos realizam-se através da injeção de um medicamento junto a um nervo periférico com o objetivo de aliviar a dor. Esta técnica poderá ser realizada com o apoio de um ecógrafo para visualização do nervo e local a colocar o anestésico. São utilizados fármacos como a metilprednisolona, ropivacaína, bupivacaína e toxina botulínica.

Ozonoterapia

A ozonoterapia é uma técnica que através de uma injeção, que pode ser subcutânea ou intramuscular se realiza uma infiltração de o ozono em gás nos tecidos adjacentes. Está indicada nas situações de origem inflamatória, infecciosa, isquémica e dolorosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ambrose, K., Golightly, Y. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 29, 120-130.

Burhenn, P., Olausson, J., Villegas, G., Kravits, K. (2014) Guided Imagery for Pain Control. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. (18) 5.

Hokka, M., Kaakinen, P., Plokki, T. (2014) A systematic review: non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of advanced nurse*. 70(9) 1954-1969.

Liou, K., Trevino, K., Meghani, S., Li, S., Deng, G., Korenstein, D., Mao, J. (2020) Fear of analgesic side effects predicts preference for acupuncture: a cross-sectional study of cancer patients with pain in the USA. *Support Care Cancer*. 29, 427–435

Naga, B. (2015). Evidence-Based Standards for Cancer Pain Management. *Middle East Journal of family Medicine*. V7 N°10 p. 41-46.

APÊNDICE VI - Ação de formação local de estágio C

Plano de Sessão

| | | | | | |
|-----------------|------------------------------------------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Formador | Nuno Nunes | | | | |
| Ação | A dor crónica na pessoa com doença oncológica | | | | |
| Local | Hospital Cuf descobertas – Internamento Geral Piso 5 | | | | |
| Data | 10 de fevereiro de 2020 | Horário | 15h – 15h30 | Duração | 30 minutos |

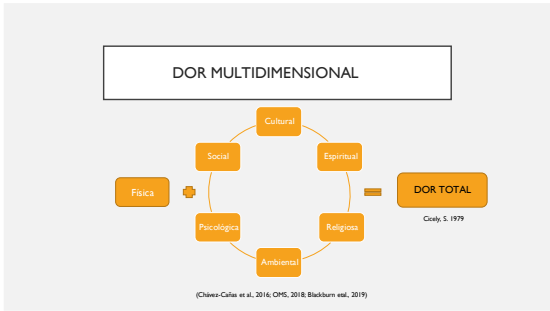
| | | |
|------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivos | Geral | Os formandos no final da ação deveram adquirir conhecimentos sobre a dor crónica na pessoa com doença oncológica. |
| | Específicos | <p>Compreender a dor como um fenómeno multidimensional</p> <p>Saber avaliar a dor crónica em oncologia</p> <p>Conhecer as escalas de avaliação da dor</p> <p>Identificar algumas estratégias na intervenção da dor crónica</p> |

| Conteúdo Programático | Metodologia | Recursos Didáticos / Meios Auxiliares | Tempo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fatos sobre a dor crónica • Multidimensionalidade da dor • Classificação da dor • A dor crónica em oncologia • Dificuldades da avaliação e intervenção na dor crónica • Dor basal e dor irruptiva • A escada analgésica da OMS • Técnicas de controlo da dor | Método expositivo e interativo | Computador Videoprojector | 30 minutos |

A DOR CRÓNICA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

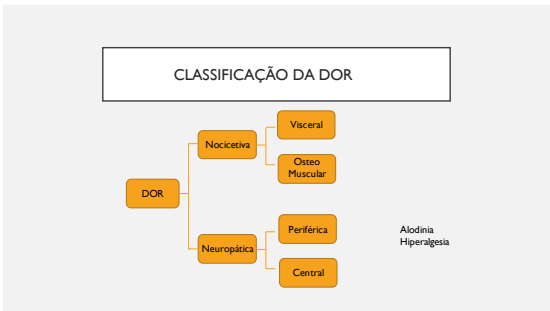
Nuno Nunes

- ## FATOS SOBRE A DOR
- A Declaração de Montreal da IASP- "o acesso ao controlo da dor é um direito humanitário fundamental"
 - O controlo da dor é inadequado na maior parte do mundo
 - Dificuldade no acesso ao tratamento adequado
 - Deficiente conhecimento dos profissionais de saúde sobre o mecanismo e tratamento da dor
 - Ausência de políticas ou políticas inadequadas
 - Dificuldade no acesso a medicação essencial para o tratamento da dor.



- ## FATOS SOBRE A DOR
- Em todo o mundo têm dor:
- 1/3 dos doentes após tratamento curativo
 - mais de metade dos doentes em tratamento oncológico
 - 2/3 dos doentes com doença terminal ou metastática avançada
- (Ferdinigo, et al., 2016).
- A dor é algo subjectivo
- (DGS, 2003; Chaves-Culias et al., 2016).

- ## PLANOS DE INTERVENÇÃO
- 2001- Plano Nacional de Luta Contra a Dor
 - 2008- Programa Nacional de Controlo da Dor
 - 2012- Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
 - 2017- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Em 2003 a DGS, passa a considerar a dor o 5º sinal vital



DN4

Dor neuropática

Dormência
Formigão/piquidão
Ardor/calor/queimadura
Compressão/aperto
Ganado
Dor lancinante/choque eléctrico
Frio doloroso

DGS Norma 043/2011

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DOR NEUROPÁTICA DN4

Questão 1 - Nos últimos 10 dias, tem sentido alguma dor?

| | | |
|-------------|-----|-----|
| 1. Nenhuma | Sim | Não |
| 2. Leve | | |
| 3. Moderada | | |

Questão 2 - Nos últimos 10 dias, tem sentido alguma dor neuropática (ver lista de sintomas)?

| | | |
|-------------|-----|-----|
| 4. Nenhuma | Sim | Não |
| 5. Leve | | |
| 6. Moderada | | |

Questão 3 - Nos últimos 10 dias, tem sentido alguma dor neuropática (ver lista de sintomas)?

| | | |
|-------------|-----|-----|
| 7. Nenhuma | Sim | Não |
| 8. Leve | | |
| 9. Moderada | | |

Questão 4 - Nos últimos 10 dias, tem sentido alguma dor neuropática (ver lista de sintomas)?

| | | |
|--------------|-----|-----|
| 10. Nenhuma | Sim | Não |
| 11. Leve | | |
| 12. Moderada | | |

Questão 5 - Nos últimos 10 dias, tem sentido alguma dor neuropática (ver lista de sintomas)?

| | | |
|--------------|-----|-----|
| 13. Nenhuma | Sim | Não |
| 14. Leve | | |
| 15. Moderada | | |

- ## A DOR CRÓNICA
- "Experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre" (DGS, 2003).
 - "Experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano" (IASP, 2011)
 - A dor crónica é aquela que se mantém para além dos meses ou 6 meses que persiste ou recorre

DOR ONCOLÓGICA

- Dor relacionada com a doença oncológica que pode ter como causa uma consequência direta ou indireta do tumor ou poderá estar relacionada com o tratamento

IASP, 2009

AValiação / TRATAMENTO

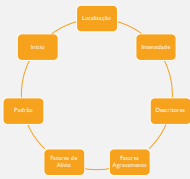
Fatores que intervêm no tratamento da dor oncológica

- Desvalorização por parte dos enfermeiros da intensidade da dor forte reportada pelo doente
- Avaliação inadequada da intensidade da dor (Al-Shaar, 2011; Chaves-Caldas et al., 2016)

International Society of Nurses in Cancer Care (2017)

- Aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde
- Desmistificar os mitos e ideias erradas por parte da família e do próprio doente
- Combater as políticas de saúde inadequadas

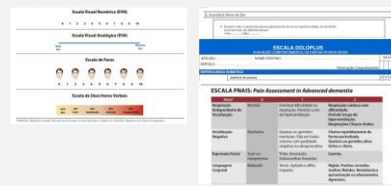
AValiação / INTERVENÇÃO



- Efeitos adversos
- Dor irruptiva
- Resgates

(Chaves-Caldas et al., 2016; CMS, 2018; Blackburn et al., 2019)

AValiação / INTERVENÇÃO



DOR BASAL

"Uma dor estável que mantém uma intensidade muito baixa ou não há dor por mais de 12 horas"

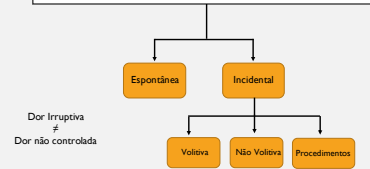
Ou

"Interpretada como uma dor com intensidade estável pelo menos 48 horas ou quando não há mais do que cinco episódios de dor irruptiva oncológica por dia"

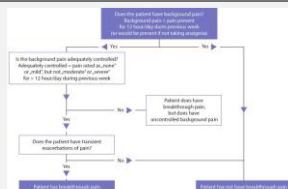
A dor basal pode ser controlada através de medicação regular a longo termo.

Alarcón, M. et al (2019)

DOR IRRUPTIVA

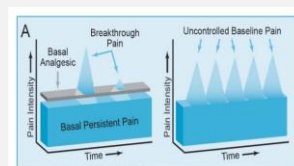


DIAGNÓSTICO DOR IRRUPTIVA



Davis, A. (2014)

DOR IRRUPTIVA



NÃO ESQUECER...

- Apoio emocional
- Escuta ativa
- Técnicas de distração
- Posicionamento
- Humor

BIBLIOGRAFIA

- Blackburn, L., Abel, S., Grant, L., Johnson, K., Pavia, S. (2019). The use of comfort kits to optimize adult cancer pain management. *Pain Management Nursing*, 20, 25-31.
- Cabeza-Cabeza, W., Sánchez-Cristóbal, C., Navarro-García, A. (2016). Factores que interviene en el manejo del dolor oncológico: un reto para el profesional de enfermería. *MotUS&S*, 19 (1), 19-24.
- Circular Normativa Nº9/DGCG de 14/07/2003 A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção geral de saúde, 5-4.
- Danks, A., Buchman, A. (2018) Health through cancer pain: the current situation. *International Journal of Palliative Nursing*, 29 (1), 68.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Declaration of Montreal Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/Declarations/Montreal/DeclaratNumber=38>
- Vargas-Schaffer, G. (2010) Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 56(6), 514-517.
- World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Switzerland: WHO.

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

DADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO POR PARTE DOS FORMANDOS

Foram utilizados os impressos do processo técnico-pedagógico em uso no hospital do estágio do local C. Cada item do impresso de avaliação da formação é classificado com a seguinte escala: 1- discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – concordo; 4 – concordo plenamente. De seguida apresentam-se os resultados dos 9 enfermeiros que assistiram à formação.

| Item avaliado | Valor atribuído | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Avaliação global | | | | |
| Os objetivos da formação foram claros | | | 1 | 8 |
| Os conteúdos foram adequados aos objetivos | | | 1 | 8 |
| Os trabalhos, exercícios e atividades foram suficientes | | | 3 | 6 |
| A duração da ação foi adequada | | | 4 | 4 |
| O relacionamento entre os profissionais foi positivo | | | 3 | 6 |
| As instalações foram adequadas | 1 | | 5 | 3 |
| Os meios audiovisuais foram adequados | | | 4 | 5 |
| A documentação foi suficiente | | | 2 | 7 |
| O Apoio Administrativo e técnico foi adequado | | | 2 | 7 |
| Avaliação do impacto da formação | | | | |
| Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos | | 1 | 2 | 6 |
| Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções | | | 1 | 8 |
| Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho | | | 1 | 8 |
| Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir par o meu desenvolvimento profissional | | | 1 | 8 |
| Avaliação dos formadores | | | | |
| O formador revelou dominar o assunto | | | | 9 |
| A metodologia utilizada foi adequada | | | | 9 |
| A exposição dos assuntos foi clara | | | | 9 |
| A relação estabelecida com os formandos foi positiva | | | | 9 |

Comentários dos formandos:

- O que considerou mais útil na formação?

Escala farmacológica, exemplos práticos dos temas abordados, a abordagem do tema, o tema e a sua atualização.

- Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos?

Casos com discussão, dor total

APÊNDICE VII – Caracterização dos locais de estágio

CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Unidade da dor do local de estágio A

Esta unidade da dor é uma unidade funcional autónoma, que tem como objetivo a avaliação, o estudo clínico e tratamento de síndromes álgicas causados pela doença neoplásica ou consequências do seu tratamento e o apoio psicoterapêutico a estes doentes, na sua relação com a doença e qualidade de vida. Também é objetivo da UD o seu contributo para a investigação na área da dor oncológica. Esta UD atua unicamente na dor crónica oncológica.

A sua estrutura física assenta num corredor central com diversas dependências em ambos os lados. Assim os espaços físicos são, o gabinete da enfermeira coordenadora, gabinete da médica coordenadora, secretariado, copa e wc. Os espaços dedicados à intervenção na dor são: sala de enfermagem onde são realizadas as consultas telefónicas programadas, os registos de enfermagem informáticos e se desenvolvem reuniões de serviço, formais e informais; uma sala de tratamentos preparada para a realização de técnicas invasivas e preparação e administração de medicação; gabinetes médicos/consultas destinados às consultas de enfermagem, consultas médicas e consultas de grupo; gabinete de psicologia para avaliação psicológica e desenvolvimento de apoio psicoterapêutico; quarto com duas camas e dois cadeirões para doentes que venham acamados ou que cheguem à UD queixosos e necessitem estar confortáveis.

A equipa da UD é constituída por 4 anestesistas, em que está presente um anestesista por dia; uma psicóloga, presente 4 dias da semana e 7 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Coordenadora. Assim, diariamente, a UD conta com 3 enfermeiros responsáveis pelas consultas de enfermagem, 1 enfermeiro responsável pelo atendimento telefónico, 1 enfermeiro para o apoio ao internamento, 1 enfermeiro de apoio a situações de urgência e hospital de dia. Fazem ainda parte da equipa duas assistentes operacionais e uma administrativa.

A UD ainda se articula com outras áreas de especialidade de forma regular, como a neurologia, fisioterapia e psiquiatria, realizando consultas de grupo com estas especialidades, semanalmente.

Para ser referenciado à UD, o doente oncológico da instituição, é referenciado pelo médico assistente e terá que cumprir os critérios de inclusão definidos pela coordenação da UD e que são:

1. Doente oncológico com dor crónica associada à patologia oncológica ou ao tratamento OU dor pós-operatória com mais de 3 meses de evolução OU dor pós-operatória com menos de 3 meses de evolução com características neuropáticas
2. Dor crónica refractária a terapêutica analgésica anterior ou efeitos associados inequivocamente à terapêutica analgésica.
3. Esclarecimento prévio da etiologia da dor

Estes 3 critérios são cumulativos. Casos pontuais em que não estão presentes os 3 critérios, são avaliados pela equipa da UD

Todos os doentes que são admitidos na UD, fazem uma 1ª consulta que consta de 3 avaliações: avaliação de enfermagem, avaliação médica e avaliação psicológica.

Na avaliação de enfermagem é realizada uma entrevista ao doente, onde se registam os seus dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, uma avaliação da sua situação algica e interferências com as atividades de vida diárias (AVD), efeitos secundários da terapêutica ou outros sintomas. É ainda identificada a terapêutica em curso e realizadas intervenções de ensino e aconselhamento. O enfermeiro também se encontra presente na avaliação médica, onde é discutida a situação do doente, a terapêutica a instituir e a realização de ensinamentos individualizados. A avaliação psicológica é realizada pela psicóloga. Sempre que for identificado uma situação de fragilidade socioeconómica, o doente poderá ser reencaminhado para a assistente social.

Nas consultas subsequentes, é realizada a avaliação de enfermagem ao doente e a avaliação conjunta, em consulta da dor, pelo médico e enfermeiro. A consulta de psicologia será realizada se foi anteriormente proposto o seguimento pela psicóloga.

Todas as semanas, caso se justifique, há reuniões multidisciplinares: consulta de Neurologia (3ª feira) com um ou dois neurologistas, anestesista e enfermeiro, onde o doente está presente. Às 5ª e 6ª feiras funcionam as consultas multidisciplinares de Fisiatria e Psiquiatria sem a presença do doente. É discutida a situação clínica e algica do mesmo e, se necessário, é alterada a terapêutica ou é marcada consulta para cada uma dessas especialidades. O doente é sempre informado pelo enfermeiro, telefonicamente, da decisão tomada.

É possível atender um doente em situação de urgência algica. Caso o doente já seja seguido pela UD, é avaliado como uma consulta subsequente. Se ainda não tem seguimento, é realizada uma pré-consulta de enfermagem onde se avalia o doente e, em reunião com a médica, será medicado e realizado um esquema terapêutico e o ensino relativo ao mesmo. Será marcada uma primeira consulta para uma avaliação completa do doente. Em ambos os casos pode ser administrada terapêutica anti-álgica dirigida à dor do doente, no local, através de protocolos terapêuticos previamente estabelecidos.

A UD pode realizar técnicas, mais ou menos invasivas, antiálgicas às 4ª e 6ª feiras, habitualmente agendadas previamente, como: TENS, infiltrações dos nervos supraescapulares, intercostais, pontos trigger, epidurais lombares ou, ainda, a colocação de cateteres epidurais ou intratecais, estes no bloco operatório. Realiza-se, ainda, em qualquer dia da semana a preparação de infusores (DIB's) ou PCA para administração de terapêutica por via SC, IV, epidural ou intratecal. Em doentes habitualmente com dor neuropática induzida pelos tratamentos anti-neoplásicos, que cedem mal à terapêutica conservadora, são realizados tratamentos com capsaicina 8%, obedecendo este tratamento a protocolos de avaliação posterior, dos doentes, via telefónica ou presencial.

A UD dá, também, apoio à distância através da sua linha telefónica direta. É da responsabilidade dos enfermeiros esta intervenção. O contacto pode ser feito pelo próprio doente ou cuidador, sempre que necessite, ou pelo enfermeiro, quando este sinaliza um doente que necessite de um maior acompanhamento.

O seguimento de doentes internados com dor crónica, é realizado, quando solicitado pelo seu médico assistente. A médica e/ou o enfermeiro deslocam-se ao serviço onde o doente se encontra internado, onde se realiza avaliação da dor e é

instituída terapêutica anti-álgica. Periodicamente, e de acordo com as necessidades, o enfermeiro vai avaliando o doente e, sempre que necessário, pede apoio médico. Precedendo a visita aos doentes internados, o enfermeiro assegura-se através dos registos informativos, em SCLinico e GHAF, das alterações álgicas e da terapêutica do doente.

Unidade da Dor do local de estágio B

Esta Unidade da Dor (UD) é uma unidade funcional autónoma, que tem como objetivos principais estabelecer diagnóstico, terapêutica e prognóstico no âmbito da Medicina da Dor, elaborar história clínica da dor, interpretar e investigar tratamentos prévios, avaliar a patologia associada, avaliar a medicação instituída, realização de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, invasivos e não invasivos e providenciar o apoio em outras áreas identificadas.

A sua estrutura física assenta num espaço com 4 gabinetes, que têm as seguintes indicações: dois gabinetes de consultas, um gabinete de psicologia, um hospital de dia. Fazem ainda parte da UD um espaço para trabalho geral polivalente, uma arrecadação e um wc. Os espaços dedicados à intervenção na dor são: hospital de dia, onde se realizam a maioria das intervenções não farmacológicas ou farmacológicas, quer sejam invasivas ou não invasivas, neste espaço encontra-se um área de trabalho onde é possível realizar as consultas telefónicas e os registos de enfermagem informáticos. Nos dois gabinetes de consulta é possível fazer alguns tratamentos, como por exemplo, capsaicina 8%, mesoterapia, ondas de choque, acunputura, entre outras, uma vez que cada um dos gabinetes contém uma marquesa. No gabinete de psicologia tem lugar a realização de consultas individuais e de grupo. A UD funciona de 2^a a 5^a feira das 8h00 às 18h30 e à 6^a feira das 8h00 às 17h00.

A equipa da UD é constituída por 6 anestesistas, sendo um deles a tempo inteiro, um médico de medicina interna e três fisiatras a tempo parcial, um psicólogo a tempo inteiro. Um psicomotricista, um farmacêutico, um nutricionista e um técnico de serviço social, todos em sistema de partilha com outros serviços. A UD tem um total de 5 enfermeiros, que se distribuem por quatro áreas: a consulta, o internamento, o

hospital de dia e o apoio telefónico. Fazem ainda parte da equipa da UD dois assistentes operacionais e o apoio de secretariado.

Existe uma articulação entre a UD e outras áreas de especialidade de forma regular, como a neurologia (quinzenalmente), fisioterapia e psicomotricidade (semanalmente) e nutricionista, realizando consultas multidisciplinares com estas especialidades. As designadas consultas multidisciplinares podem ser realizadas com base no processo clínico do doente (doente não presente) ou presenciais, com a presença do doente. Nestas consultas é discutida a situação clínica e algica do mesmo e, se necessário, é alterada a terapêutica ou é marcada consulta para cada uma dessas especialidades, nos casos em que o doente não está presente. Os doentes para estas consultas podem ser referenciados pelo médico ou enfermeiro. Nestas consultas poderá estar presente o enfermeiro.

O doente é referenciado à UD por um médico, que tem que cumprir os critérios de referência definidos e que são:

1. Doente portador de síndrome dolorosa que foi adequadamente avaliado e com dor refratária a tratamentos convencionais.
2. Doente que necessite de diagnóstico quanto ao provável síndrome dolorosa
3. Significativa disrupção das atividades de vida diária por causa da dor
4. Problemas relacionados com medicação/abuso, no âmbito da dor
5. Perturbações de comportamento em doentes com dor crónica e com fraco “coping”

Todos os doentes, antes de serem admitidos na UD são sujeitos a uma triagem por um dos médicos da UD, esta é realizada com base no relatório médico enviado pelo médico referenciador, na terapêutica atual e pregressa e nos relatórios de exames complementares de diagnóstico relacionados com a dor.

Caso o doente seja ilegível para seguimento pela UD é realizada uma 1ª marcação de acordo com o grau de prioridade: muito prioritários (síndrome dolorosa regional complexo, dor não controlada, dor irruptiva, nevralgia do trigémio, nevralgia pós-herpética), prioritários (doente oncológico), normal (outras patologias).

A avaliação psicológica poderá ser realizada em qualquer momento, desde a primeira consulta até ao momento da alta, sempre que o médico ou o enfermeiro

considere adequado e o doente concorde. Também poderá ser realizada por pedido do doente. A psicóloga realiza sessões de psicoterapia individual e de grupo. Sempre que for identificado uma situação de fragilidade socioeconómica, o doente poderá ser reencaminhado para avaliação social.

A UD pode pedir o internamento para doentes em ambulatório seguidos pela UD. Para isto existem critérios definidos. A UD estabeleceu como critério para a alta do doente, a dor controlada há mais de 6 meses para dor não oncológica.

A avaliação de enfermagem é realizada através de uma entrevista ao doente, onde se registam dados pessoais, antecedentes pessoais, uma avaliação da sua situação algica em todas as dimensões, fatores de alívio e agravamento, estratégias de coping e interferências da dor nas AVD's, efeitos secundários da terapêutica ou outros sintomas. Ainda há uma explicação do funcionamento da UD e é entregue o Guia de Acolhimento.

Nas consultas subsequentes, o doente não é alvo de observação de enfermagem, sendo feita apenas uma avaliação médica. No entanto, não exclui a possibilidade de uma intervenção de enfermagem, seja para algum tipo de ensino ou para dar seguimento a alguma intervenção não farmacológica.

O apoio aos doentes internados é realizado à 2^a, 3^a e 5^a feiras por pedido realizado pelo médico assistente do doente. Este processo inicia-se com uma reunião entre o médico e o enfermeiro destinado para o internamento nessa semana, onde se faz uma avaliação da situação do doente através da consulta do processo informático para perceber a evolução da situação algica. De seguida, médico e enfermeiro vão observar os doentes nos respetivos serviços, onde conversam sobre a situação, também, com o enfermeiro e médico do internamento responsável por cada um dos doentes. Após esta avaliação será realizada uma atualização da terapêutica se necessário ou poderá ser realizada alguma intervenção farmacológica ou não farmacológica. Durante todo o período de funcionamento da UD, médico ou enfermeiro do internamento podem contactar a UD, através de contacto telefónico próprio, no sentido de obterem apoio relativo a alguma terapêutica ou intervenção.

Na UD são realizadas diversas intervenções:

- Não farmacológicas invasivas como a electroacupuntura (médico) e a mesoterapia (fisiatra).
- Não farmacológicas não invasivas como massagem terapêutica (enfermeiro), estimulação muscular de alta frequência (enfermeiro), diatremia (enfermeiro), bandas neuromusculares, radiofrequência (médico), reiki (terapeuta holístico), ondas de choque (fisiatra), psicomotricidade (psicomotricista).
- Farmacológicas invasivas como bloqueio de nervos periféricos, bloqueio central, infiltração de pontos dolorosos, ozonoterapia. São executadas pelo médico com o apoio da enfermagem.
- Farmacológicas não invasivas como tratamento com capsaicina 8%. A sua aplicação é realizada pelos enfermeiros.

Em todas as intervenções referidas anteriormente, o enfermeiro tem um papel ativo que varia desde o ensino relativo ao objectivo do tratamento, efeitos secundários e sua prevenção, assim como os cuidados a ter após o tratamento. Ensino em relação a efeitos adversos como a obstipação, náuseas, sonolência, entre outros. Intervenções como a massagem terapêutica, a estimulação muscular de alta frequência, a diatremia, a capsaicina 8%, são da inteira responsabilidade do enfermeiro, após prescrição médica, bem como os ensinamentos relativos a determinados tipos de exercícios.

À 2ª feira é realizada uma reunião de formação da equipa multidisciplinar onde se discutem casos clínicos, se colocam dúvidas e se abordam temas pertinentes, clínicos ou organizativos.

A UD tem um apoio telefónico a todos os doentes seguidos pela UD. Este apoio funciona de 2ª a 6ª feira das 9h às 17h. É da responsabilidade da enfermagem, esta intervenção, com eventual apoio médico. O contacto pode ser feito pelo próprio doente ou cuidador, sempre que necessite, ou pelo enfermeiro, quando este sinaliza um doente que necessite de um maior acompanhamento. Este contacto também se encontra disponível para qualquer outro profissional de saúde, fora da organização, para o esclarecimento de dúvidas relativas a síndromes dolorosas, terapêutica ou referência. Será objetivo da futura consulta de enfermagem da dor crónica, também estabelecer um canal de comunicação à distância, que poderá ser através do telefone ou correio eletrónico, de forma a o doente contactar sempre que tiver dúvidas,

ou por agravamento da situação, mantendo assim uma intervenção mais próxima do doente.

O atendimento telefónico é feito pelo enfermeiro que, nesse dia, está escalado para esta função, que após perceber qual a razão do telefonema, que pode ir desde um pedido de receita até uma situação de dor não controlada, avalia com o doente a dor e a sua interferência nas atividades de vida diárias, o cumprimento do plano terapêutico e situações que possam estar envolvidas com o episódio em questão. Com esta intervenção o enfermeiro acaba por se preocupar com o conforto do doente, direcionando a sua intervenção para o alívio da dor que como refere Kolcaba, está relacionada com o conforto. Se a situação se posiciona para além das competências de enfermagem, este fala com o médico da UD e tenta perceber qual a melhor resposta para o doente, que poderá ser desde uma alteração terapêutica com reforço dos ensinamentos até à ida do doente à UD ou a uma urgência hospitalar. A decisão que resultar desta reunião é transmitida pelo enfermeiro ao doente através do retorno telefónico.

Em situações de urgência álgica que não possam ser resolvidas através do contacto telefónico e que o doente tenha que se dirigir à UD, há uma primeira avaliação de enfermagem seguida da avaliação médica ou poderá haver apenas uma avaliação médica com posterior intervenção de enfermagem.

Local de estágio C

O Internamento Geral 5 (IG5) é uma unidade funcional autónoma de internamento que recebe doentes maioritariamente do foro médico e oncológico.

Estruturalmente, o IG 5 é formado por duas alas, uma ala A e uma ala B, cada uma com 15 quartos individuais e 1 um quarto duplo. Entre estas duas alas existe um hall onde se encontram os elevadores de acesso ao IG5, a sala para as visitas e o wc para as visitas. Na ala A, para além dos quartos, existem outras dependências físicas que são: gabinete da enfermeira gestora, gabinete da secretária da unidade, copa, sala de enfermagem, um armazém de material clínico e wc para colaboradores. Na ala B, as outras dependências são: sala de reuniões, sala de enfermagem, zona de sujos e wc para os colaboradores.

A equipa do IG5 é constituída por 19 enfermeiros, 17 auxiliares, 8 médicos de medicina interna e uma médica de medicina interna com especialidade de paliativos. Diariamente, durante os dias úteis, há a visita por um médico oncologista e por um médico neurologista. A equipa de enfermagem tem a seguinte distribuição diária: 5 enfermeiros das 8h às 20h, 4 enfermeiros das 20h às 8h do dia seguinte. As auxiliares têm a seguinte distribuição: 4 auxiliares das 8h às 20h e 3 auxiliares das 20h às 8h. A organização do trabalho é realizado em horário rotativo, em que o rácio varia de 1 enfermeiro para 5 a 8 doentes, dependendo do turno. Apesar de uma prestação individualizada dos cuidados aos doentes atribuídos a cada um dos enfermeiros, existe uma grande componente de trabalho de equipa. Há uma avaliação de cada um dos doentes que permite ao enfermeiro estabelecer as prioridades, tendo em vista os resultados expectáveis, para a sua prestação de cuidados.

Como referido, o IG5 recebe doentes do foro médico, sendo maioritariamente das valências de oncologia, neurologia, pneumologia, cardiologia e medicina interna.

APÊNDICE VIII - Revisão Scoping

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR CRÓNICA DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: REVISÃO SCOPING

Background

A OMS (2018) estima que 9,6 milhões de pessoas morreram de cancro em 2018 e que 30 a 50% dos cancros podem ser evitáveis. Em todo o mundo 1/3 dos doentes após tratamento curativo, mais de metade dos doentes em tratamento e 2/3 dos doentes com doença terminal ou metástica avançada têm dor (Everdingen, et al., 2016). Nos EUA a média da dor em pessoas com dor oncológica era de 5,87 numa escala de 0-10 e que 25% dos doentes passa mais de 50% do tempo com dor constante ou severa (Brant, 2017). Blackburn et al. (2019) chega mesmo a referir que alguns estudos estimam que 90% dos doentes de cancro experienciam dor em algum momento. Em Portugal, os custos anuais associados com a dor crónica, em geral, estimaram um custo de €4,611.69 milhões, o que correspondia a 2,71% do PIB anual (Azevedo et al, 2016). Os mesmos autores, num artigo de 2012 sobre a prevalência da dor crónica na população adulta em Portugal, chegaram à conclusão que a dor crónica atinge 17,2% dos portugueses adultos.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) “a dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre.” (2003, p.3). A IASP coloca a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (2011) e ainda define como dor crónica, aquela que se mantém para além dos 3 meses. A principal fonte de avaliação da dor será sempre o doente, o enfermeiro deve valorizar o que o doente diz sentir (AL-Shaer, 2011).

A dor, para além de causar sofrimento, pode intervir negativamente na qualidade de vida das pessoas e pode ser transitória ou manter-se por um período indeterminado, mas que pode ser evitável (DGS, 2003). A dor é algo subjectivo. (DGS, 2003). Em 2003 a DGS reforça a importância de se estabelecer uma correta avaliação da dor, independentemente da sua origem, com a decisão de passar a considerar a dor como o 5º sinal vital (DGS, 2003). “O objetivo da gestão da dor é aliviar a dor até um nível que permita uma qualidade de vida aceitável” (OMS, 2018, pg.9).

A dor (OMS, 2018) para além da sua componente física tem ainda uma dimensão cultural, social, psicológica, espiritual, religiosa e ambiental, tornando-a assim multidimensional. Foi possível verificar que entre os fatores que intervêm no tratamento da dor oncológica, temos a desvalorização por parte dos enfermeiros da intensidade da dor forte reportada pelo doente e por outro lado uma avaliação inadequada da intensidade da dor (AL-Shaer, 2011). Existem défices na avaliação e gestão da dor tanto em enfermeiros especialistas como em enfermeiros não especialistas (Chávez-Cañas et al. 2016). De acordo com a declaração sobre a dor da International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC), há pelo menos 3 áreas que merecem a máxima atenção para uma eficaz gestão da dor, são elas: aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde, desmistificar os mitos e ideias erradas por parte da família e do próprio doente e por último combater as políticas de saúde inadequadas, ou seja para além dos profissionais de saúde, envolve a família e sistema, o que caracteriza uma multidimensionalidade da dor. (2017).

O enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação e gestão da dor (Al-shaer, 2011; ISNCC, 2017). Para além dos ensinamentos que os enfermeiros têm que realizar nas intervenções farmacológicas, podem ter um papel importante nas terapias não farmacológicas, cujos estudos, têm mostrado ser um complemento à medicação, na medida em que diminuem a dor e reduzem os efeitos secundários (Blackburn et al., 2019). Estes mesmos autores definem como medicina alternativa e complementar “um grupo de diversos sistemas médicos e de saúde, práticas e produtos que não são geralmente considerados parte da medicina convencional” (p.26) e dão como exemplo a massagem, a música, a reflexologia, entre outros. Blackburn et al. (2019) acredita que os enfermeiros estão bem posicionados para incorporarem, nas suas intervenções, as terapias complementares e ensinar os doentes na sua utilização fora do hospital.

De acordo com Kolcaba, (2003) o conforto pode vir de situações que não podem ser satisfeitas pelos métodos tradicionais, resultando assim nas medidas não farmacológicas que são da esfera da enfermagem. Aqui o conforto tem que ser visto como algo experienciado pela pessoa que o recebe.

Sendo hoje uma aposta estratégica a implementação de unidades de controlo da dor, em que da sua equipa multidisciplinar, o enfermeiro é parte integrante, como

prova o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor de 2012 e Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor de 2017, assim, é imperativo perceber que intervenções são da competência do enfermeiro numa consulta de enfermagem integrada numa unidade da dor.

Pretende-se com esta scoping mapear os principais conceitos relacionados com as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica na pessoa com doença oncológica e identificar referenciais teóricos ou outras pesquisas relevantes para o tema, que demonstrem como se apresenta o conhecimento atual sobre o tema em estudo. Foi delineada a seguinte questão de investigação “Qual a intervenção de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica na pessoa com doença oncológica?”. Esta revisão segue a metodologia assente em três passos de acordo com Joanna Briggs Institute.

Objetivo

O objetivo desta revisão scoping é mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem perante a pessoa com doença oncológica com dor crónica em contexto de consulta da dor, com a finalidade de dar resposta à questão colocada.

Questão

“Qual a intervenção de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica na pessoa com doença oncológica?”. A questão surgiu de acordo com a metodologia PCC em que P – população, é a pessoa com doença oncológica, C – conceito, é a dor crónica e as intervenções de enfermagem e o C – contexto, é qualquer contexto.

Critérios de inclusão e exclusão

| PCC | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| População | Adultos com idade >18 anos. Pessoa com doença oncológica em qualquer estadio. | Indivíduos com idade <18 anos. Pessoa sem doença oncológica |
| Conceito | Dor crónica Intervenções de enfermagem | Dor aguda Dor não oncológica Intervenções fora do âmbito da enfermagem |
| Contexto | Todos os contextos | Não definidos |
| Tipos de estudo | Estudos qualitativos e quantitativos. Revisões da literatura. Opinião de peritos | Textos de opinião |
| Ano de publicação | Entre 2009 e 2019 | Estudos anteriores a 2009 |

Estratégia de pesquisa

Neste projeto foi utilizada a estratégia de três passos de acordo com JBI (2017). Na primeira fase através da plataforma EBSCOHost foram selecionadas as bases de dados CINAHL e MEDLINE, onde foram utilizadas palavras ou conceitos relevantes para a questão em estudo. Assim as palavras e conceitos utilizados foram “*Cancer Patient*”; “*Chronic Pain*”; “*Pain Management*”; “*Pain Measurement*” e “*Nursing Intervention*”. Foram selecionados alguns artigos com interesse para o tema e uma análise das palavras contidas no resumo e nas palavras-chave. Numa segunda fase foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e MEDLINE with Full Text com os descritores de cada uma das bases de dados tendo em conta as palavras-chave definidas como relevantes para a pesquisa.

Na terceira fase foi realizada uma análise dos artigos encontrados e de entre esses artigos foi feita uma análise das suas referências bibliográficas no sentido de obter informação que seja relevante para a pesquisa, sendo no final selecionados os artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Serão considerados todos artigos em que o idioma seja o português, inglês ou espanhol.

Tabela com termos e pesquisa em cada base de dados

| Base de dados | Descritores e modo de pesquisa |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDLINE Complete | <p>“Terminally ill” OR “Cancer patient” OR “Cancer Survivors” OR “Adult” OR “Young Adult” OR “Middle Aged” OR “Aged 80 and over”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Chronic Pain” OR “Pain” OR “Cancer Pain” OR “Pain Management” OR “Pain measurement”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Nursing Care” OR “Nursing Practical” OR “Nursing Assessment” OR “Nursing Oncology” OR “Patient Care”</p> |
| MedicLatina | <p>“Terminally ill” OR “Terminal ill” OR “Cancer patient” OR “Cancer Survivor”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Chronic Pain” OR “Pain” OR “Cancer Pain” OR “Pain Management” OR “Pain measurement”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Patient Care” OR “nurs*”</p> |
| CINAHL Complete | <p>“Terminally ill Patients” OR “Cancer patients” OR “Cancer Survivors” OR “Adult” OR “Young Adult” OR “Middle Aged” OR “Aged” OR “Aged 80 and over”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Chronic Pain” OR “Pain” OR “Cancer Pain” “Pain Management”; “Pain measurement”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> |

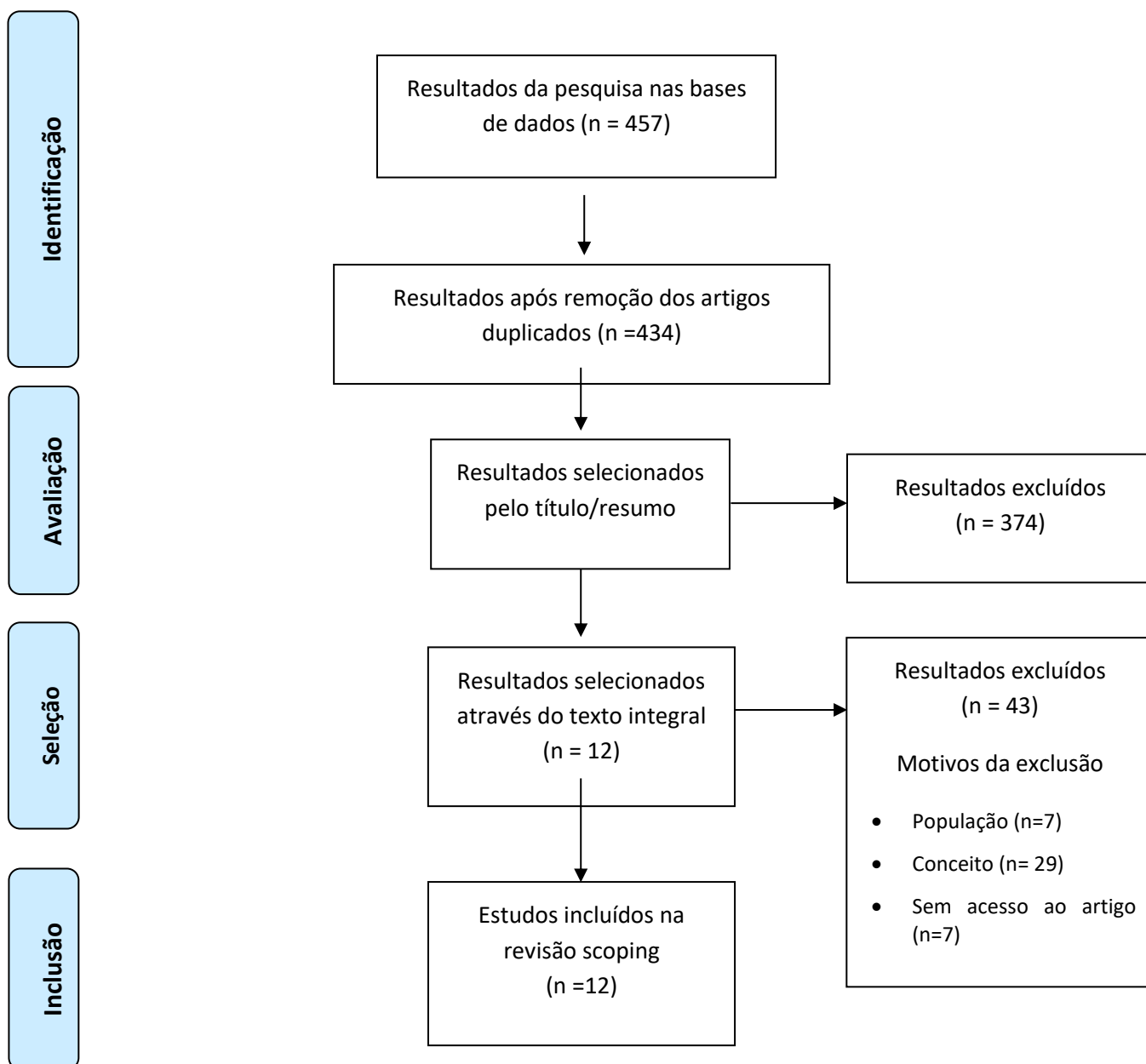
| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>“Nursing Care” OR “Nursing Practice” OR “Nursing Assessment” OR “Oncologic Nursing” OR “Nursing Interventions”</p> |
| Academic Search Complete | <p>“Terminally ill” OR “Cancer patients”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Chronic Pain” OR “Pain” OR “Cancer Pain” OR “Pain Management” OR “Pain measurement”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Nursing Practice” OR “Nursing Assessment” OR “Nursing Interventions” “Oncology Nursing” OR “Cancer Patient Care” OR “Cancer Pain Treatment”</p> |

| Base de dados | Descritores e modo de pesquisa |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cochrane Database of Systematic Reviews | <p>“Terminally ill” OR “Cancer Survivors”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Chronic Pain” OR “Pain” OR “Cancer Pain” OR “Chronic cancer-related Pain” OR “Pain Management” OR “Pain Management adverse effects” OR “Pain Management methods” OR “Pain measurement” OR “Pain measurement adverse effects” OR “Pain measurement methods”</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>“Nursing” OR “Oncology Nursing” OR “Pain Control” OR “Pain diagnosis” OR Pain prevention & control” OR “Pain relief” OR “Chronic pain prevention & control” OR “Chronic pain rehabilitation” OR “Chronic pain therapy”</p> |

Tabela com resultados das pesquisas em cada base de dados

| | Total de artigos 2009-2019 | Total de artigos após leitura dos títulos | Total de artigos após leitura dos resumos |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| MEDLINE Complete | 30 | 18 | 12 |
| MedicLatina | 174 | 12 | 5 |
| CINAHL Complete | 118 | 42 | 25 |
| Academic Search Complete | 125 | 23 | 12 |
| Cochrane Database of Systematic Reviews | 10 | 4 | 1 |
| Total de artigos | 457 | 99 | 55 |

Para melhor compreensão do processo de escolha dos artigos identificados durante a pesquisa, no fluxograma seguinte é possível verificar o caminho realizado na seleção e exclusão de alguns artigos de acordo com os critérios preconizados



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6 (7) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Extração dos resultados

Com o objetivo de sistematizar a informação encontrada, num resumo estruturado, foi criada uma tabela com a informação retirada da análise de cada um dos artigos. Para a realização desta tabela foi tido em conta o preconizado por JBI (2017).

Academic Search

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Pain Severity, Satisfaction With Pain Assessment, and Patient-Related Barriers to Pain Management in Patients With Cancer in Israel |
| Autor(es) | Naveh, P., Leshem, R., Dror, Y., Musgrave C. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2011) Oncology Nursing Forum Vol 38. Nº 4 |
| Local onde foi publicado ou realizado | O estudo foi realizado no internamento e hospital de dia das áreas da oncologia, hematologia, transplante de medula óssea e um serviço de radioterapia de um hospital em Israel |
| Objetivo do estudo | Avaliar a severidade da dor, satisfação com a gestão da dor e as barreiras relacionadas com o doente na gestão da dor em serviços de oncologia de um hospital israelita. |
| Tipo de estudo | Estudo descritivo, transversal e correlacional |
| População/Amostra e tamanho | 144 doentes oncológicos, com mais de 18 anos, hospitalizados e em ambulatório, com dor nas últimas 24 horas. |
| Metodologia de estudo / Métodos | À amostra selecionada foram aplicados, pelos enfermeiros dos serviços identificados, os seguintes questionários: Revised American Pain Society-Patient Outcome Questionnaire, Barriers Questionnaire-Short Form e um questionário demográfico. Todos os enfermeiros participaram numa formação prévia para esclarecimento e uniformização na colheita de dados. |
| Tipo e duração de intervenção | Janeiro a dezembro de 2008. |
| Resultados obtidos | <p>A satisfação com a gestão dor do doente parece estar, principalmente, relacionada com o tempo que medeia entre o início da queixa álgica e a resposta dos médicos ou enfermeiros para o alívio da sua dor.</p> <p>Existe uma forte correlação entre a gravidade da dor sentida pelo doente e a sua expectativa no controlo possível da sua dor. Os doentes de ambulatório têm expectativa mais baixa, que os doentes hospitalizados, em relação ao controlo da sua dor.</p> |

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | As barreiras existentes por parte do doente, como as crenças, em relação à dor, parece influenciar negativamente um bom controlo da dor. |
| Informação relevante para a questão de revisão | Numa consulta de enfermagem, deve fazer parte da avaliação realizada ao doente, as expectativas do doente com o alívio da dor e identificar barreiras presentes que possam dificultar uma boa adesão terapêutica, tornando-se importante todo o ensino realizado. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Ward, S.E., Wang, K.K., Serlin, R.C., Peterson, S.L., Murray, M.E. (2009). A randomized trial of tailored barriers interventions for cancer information service (CIS) callers in pain. Pain, 144,49-56. |

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review |
| Autor(es) | Zhou, L., Liu, X.-L., Tan, J.-Y., Yu, H.-P., Pratt, J., Peng, Y.-Q. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2015) International Council of Nurses 62. 218-230 |
| Local onde foi publicado ou realizado | China |
| Objetivo do estudo | Avaliar os efeitos das intervenções de ensino por enfermeiros no conhecimento e atitudes dos doentes oncológicos em relação aos analgésicos e gestão da dor e se as intervenções de ensino foram benéficas para a qualidade de vida, intensidade da dor, ansiedade e depressão e satisfação na gestão da dor. Um segundo objetivo é o de criar um protocolo eficaz para o controlo da dor oncológica para profissionais de saúde na china. |
| Tipo de estudo | Revisão sistemática |
| População/Amostra e tamanho | 6 estudos |
| Metodologia de estudo / Métodos | Os termos pesquisados foram (healtheducation or educat* or psychoeducat* or management or intervention or program* or coaching) AND (neoplasms or oncology or cancer) AND pain. |

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Foram utilizadas as bases de dados: The Cochrane Library, CINAHL Plus with Full Text, Medline Complete, Embase, PsycInfo, China National Knowledge Infrastructure and Wanfang Database. Dissertações e teses não publicadas.</p> <p>Foi utilizado o método de revisão da JBI</p> |
| Tipo e duração de intervenção | Estudo publicados entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2014 |
| Resultados obtidos | As intervenções de ensino realizadas por enfermeiros produziram efeitos positivos no conhecimento e na atitude dos doentes oncológicos em relação aos analgésicos e à gestão da dor oncológica. Os resultados também sugerem que a intervenção pode melhorar a intensidade da dor ao longo do tempo. |
| Informação relevante para a questão de revisão | O ensino é uma ferramenta importante ao alcance do enfermeiro que permite ajudar o doente na gestão da sua dor, com possível consequência na diminuição dos analgésicos e redução de barreiras. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Bennett, M.I., Fleming, K., Closs, S.J. (2011) Education in cancer pain management. <i>Current Opinion in Supportive and Palliative Care</i> , 5(1), 20-24 |

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Guided Imagery for Pain Control |
| Autor(es) | Burhenn, P., Olausson, J., Villegas, G., Kravits, K. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2014) <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> (18) 5 p. 501-503 |
| Local onde foi publicado ou realizado | Duarte, Califórnia, USA |
| Objetivo do estudo | Testar a fiabilidade da Imaginação Guiada conduzida por enfermeiros em dois serviços de oncologia médica. |
| Tipo de estudo | Estudo experimental |

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| População/Amostra e tamanho | 24 doentes oncológicos sujeitos às sessões 7 enfermeiros que aplicaram as sessões |
| Metodologia de estudo / Métodos | Foi realizado ensino prévio a um grupo de 7 enfermeiros que posteriormente foram aplicar a Imaginação Guiada a um grupo de doentes. Foram realizadas 24 sessões de Imaginação Guiada, tendo sido excluídas 3 sessões. |
| Tipo e duração de intervenção | Cada sessão teve a duração média de 17,4 minutos |
| Resultados obtidos | Os enfermeiros podem ser treinados para conduzir sessões de Imaginação Guiada para controlo da dor. Os doentes sentiram uma diminuição da intensidade dor imediatamente após a intervenção e em alguns casos até uma hora depois. Os doentes referiram que deveria ser feito mais vezes, com maior duração e disponível quando pedido. |
| Informação relevante para a questão de revisão | O enfermeiro pode desenvolver técnicas de Imaginação Guiada para ajudar o doente relaxar e sentir algum alívio da dor momentâneo. Estas sessões foram gravadas para que o doente pudesse ter disponíveis na televisão do seu quarto, incluindo música de relaxamento. |
| Bibliografia assinalada no estudo | City of Hope. (2013) Pain management standard of care: Policy and procedure manual. Duarte, CA: Author National Comprehensive Cancer Network, (2013). NCCN Clinical Practice Guidelines: Adult Cancer Pain (2) National Cancer Institute. (2012). Types of complementary and alternative medicine (CAM). |

Características e detalhes do estudo

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Outcome Measures to Evaluate the Effectiveness of Pain Management in Older Adults With Cancer |
| Autor(es) | Miaskowski, C. |

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2010). Oncology Nursing Forum. 37 (5) p.27-32 |
| Local onde foi publicado ou realizado | Oncology Nursing Forum - EUA |
| Objetivo do estudo | Identificar os indicadores mais apropriados para determinar a eficácia dos planos de gestão de dor nos idosos com cancro |
| Tipo de estudo | Revisão bibliográfica |
| População/Amostra e tamanho | Não aplicável |
| Metodologia de estudo / Métodos | Pesquisa de literatura na PubMed, livros médicos e de enfermagem e experiência clínica |
| Tipo e duração de intervenção | Não define |
| Resultados obtidos | <p>Para uma boa gestão da dor nos idosos é necessário ir para além das características da dor, fatores de agravamento e alívio e efeitos terapêuticos. Os enfermeiros de oncologia devem utilizar instrumentos que ajudem a avaliar o impacto da dor na função e qualidade de vida do idoso, obtendo assim indicadores funcionais e emocionais.</p> <p>Assim, os indicadores das intervenções na dor crónica devem incluir o alívio da dor, a função física, função emocional, perceção global do doente com a melhoria e satisfação com o tratamento e efeitos adversos.</p> |
| Informação relevante para a questão de revisão | Aborda vários instrumentos que podem ser utilizados na avaliação, em consulta de enfermagem, do impacto da dor na qualidade de vida do doente. Alguns dos instrumentos já estão validados para Portugal. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Não foi identificada. |

Características e detalhes do estudo

| | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Challenges in pain assessment in cognitively intact and cognitively impaired older adults with cancer |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor(es) | Curtiss, C. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2010) Oncology Nursing Forum 37(5) |
| Local onde foi publicado ou realizado | USA |
| Objetivo do estudo | Descrever as melhores práticas para avaliação da dor em idosos, incluindo os idosos com diminuição cognitiva |
| Tipo de estudo | Pesquisa bibliográfica na MEDLINE e experiência clínica |
| População/Amostra e tamanho | Idosos com cancro |
| Metodologia de estudo / Métodos | O estudo foi realizado tendo como base uma pesquisa na base de dados MEDLINE, referências pessoais da autora e pela experiência clínica. |
| Tipo e duração de intervenção | Estudo observacional |
| Resultados obtidos | A dor no idoso continua a ser subvalorizada. A dor deve ser avaliada de uma forma sistemática e registada. Existem diversos instrumentos de avaliação da dor, validados, que devem ser utilizados na prática diária. |
| Informação relevante para a questão de revisão | Apresenta os princípios fundamentais para a avaliação dor. Aborda a autoavaliação e a heteroavaliação da dor no idoso sem e com alterações cognitivas. Apresenta alguns instrumentos de avaliação. |
| Bibliografia assinalada no estudo | American Society for Pain Management Nursing. (2010). Core curriculum for pain management nursing (2nd ed.). Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing |

CINAHL

| | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características e detalhes do estudo | |
| Título | Addressing Educational Needs in Managing Complex Pain in Cancer Populations: Evaluation of APAM: An Online Educational Intervention for Nurses |
| Autor(es) | Leung, Y., Wong, J., Kiteley, C., Ellis, J., Esplen, M. |

| | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2019) American Journal of Hospice & Palliative Medicine |
| Local onde foi publicado ou realizado | Ontário, Canadá |
| Objetivo do estudo | Verificar a eficácia de uma intervenção de ensino on-line direcionada na avaliação e gestão da dor avançada, desenhada para aumentar a confiança, o conhecimento e competências, dos enfermeiros, na avaliação e gestão da dor oncológica. |
| Tipo de estudo | |
| População/Amostra e tamanho | 306 enfermeiros de 89 hospitais de Ontário |
| Metodologia de estudo / Métodos | Curso on-line sobre intervenções de ensino com avaliação pré e pós curso pelos participantes |
| Tipo e duração de intervenção | 2012-2017 |
| Resultados obtidos | Um ensino online direcionado melhorou o conhecimento e as competências dos enfermeiros na gestão da dor oncológica |
| Informação relevante para a questão de revisão | Para além de reforçar a importância da formação continua do enfermeiro, apresenta um método online que poderá estar à disposição de um grande número de enfermeiros. Torna-se importante que em todos os serviços haja enfermeiros com conhecimentos na gestão da dor oncológica e que se articulem com uma unidade da dor. |
| Bibliografia assinalada no estudo | <p>Esin E, Yalcin S. (2014) Neuropathic cancer pain: what we are dealing with? How to manage it? <i>OncoTargets and therapy</i>. 7, 599-618.</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario. (2013) <i>Assessment and Management of Pain Ontario</i>. Toronto, Canada.</p> <p>Ortiz MM, Carr E, Dikareva A. (2014). An integrative review of the literature on pain management barriers: implications for the Canadian clinical context. <i>CJNR</i>. 46(3), 65-93.</p> <p>Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. (2015). Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. <i>Oncol Nurs Forum</i>. 42(6):634-641.</p> <p>Clark D. (1999). 'Total pain,' disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. <i>Soc Sci Med</i>. 49(6), 727-736.</p> |

| Características e detalhes do estudo | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | The Use of Comfort Kits to Optimize Adult Cancer Pain Management |
| Autor(es) | Blackburn, L., Abel, S., Green, L., Johnson, K, Panda, S. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2019) Pain Management Nursing |
| Local onde foi publicado ou realizado | Ohio, EUA |
| Objetivo do estudo | Avaliar a capacidade dos enfermeiros de implementar terapias não farmacológicas que possam complementar o tratamento farmacológico na gestão da dor oncológica. |
| Tipo de estudo | Estudo observacional |
| População/Amostra e tamanho | 8 enfermeiros treinados para o estudo 8 unidades de controlo da dor 136 doentes |
| Metodologia de estudo / Métodos | Foram distribuídos Kits de Conforto (materiais utilizados em técnicas não farmacológicas) em 8 unidades de tratamento da dor para que os enfermeiros pudessem utilizar nos doentes |
| Tipo e duração de intervenção | Não define |
| Resultados obtidos | Permitiu o acesso dos enfermeiros a ferramentas não farmacológicas que ajudaram a complementar a terapia farmacológica para controlo da dor. A utilização de terapias não farmacológicas aumentou a satisfação tanto do doente como do enfermeiro, melhorou em geral o controlo da dor e diminuiu os efeitos secundários desagradáveis. Permitiu diminuir a quantidade de analgésicos. |
| Informação relevante para a questão de revisão | Este estudo fornece informação quanto à abordagem a ter na aplicação de terapias complementares, por parte dos enfermeiros e quais tiveram mais efeito sobre a dor oncológica. |
| Bibliografia assinalada no estudo | American Cancer Society. (2017). Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta, GA: American Cancer Society. Blackburn, L., Achor, S., Allen, B., Bauchmire, N., Dunnington, D., Klisovic, R. B., Naber, S. J., Roblee, K., Samczak, A., Tomlinson-Pinkham, K., & Chipps, E. (2017). The effect of aromatherapy on insomnia and other common symptoms among patients with acute leukemia. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 44(4), E185-E193. |

| | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Blaser, G., Bentner, M., & Joos, S. (2016). Developing and implementing a complex complementary and alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy: Report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 24, 2341-2350.</p> <p>Noble, B., Clark, D., Meldrum, M., ten Have, H., Seymour, J., Winslow, M., & Paz, S. (2005). The measurement of pain, 1945e2000. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 29, 14-21.</p> <p>Singh, P., & Chaturvedi, A. (2015). Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review. <i>Indian Journal of Palliative Care</i>, 21(1), 105-115.</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Cancer Pain Management Considerations in Older Adults |
| Autor(es) | Cope, D. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2019) <i>Seminars in Oncology Nursing</i> |
| Local onde foi publicado ou realizado | Não indicado |
| Objetivo do estudo | Este artigo aborda os fatores relacionados com o tratamento da dor em idosos, considerações especiais na avaliação e tratamento da dor e abordagens exclusivas para o idoso com cancro. |
| Tipo de estudo | Peer-reviewed article |
| População/Amostra e tamanho | Idosos com cancro |
| Metodologia de estudo / Métodos | |
| Tipo e duração de intervenção | Não indicado |
| Resultados obtidos | Deve ser dada atenção às alterações fisiológicas nos idosos quando se estabelece um plano individualizado para a gestão da dor. Os enfermeiros podem promover uma avaliação e gestão da dor, bem como realização de ensinamentos para o doente e cuidadores, no sentido de aliviar os efeitos adversos maximizar a função e a qualidade de vida |

| | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informação relevante para a questão de revisão | Aborda várias áreas da gestão da dor no idoso, desde a farmacocinética e farmacodinâmica, avaliação e abordagem farmacológica e não farmacológica, no âmbito da enfermagem. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Brant J. Assessment and management of cancer pain in older adults: strategies for success. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5:248–253. |

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | Do educational interventions improve cancer patients' quality of life and reduce pain intensity? Quantitative systematic review. |
| Autor(es) | Ling, C., Lui, L., So, W. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2011) Journal of Advanced Nursing |
| Local onde foi publicado ou realizado | Hong Kong |
| Objetivo do estudo | Avaliar o efeito do ensino ao doente sobre a intensidade da dor, a interferência na dor, assim como na qualidade de vida do doente oncológico. |
| Tipo de estudo | Revisão sistemática quantitativa |
| População/Amostra e tamanho | Foram selecionados 4 artigos |
| Metodologia de estudo / Métodos | Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Medline, CINAHL, PubMed, EMBASE, PsycINFO e DARE de acordo com as palavras chave e os termos indexados. |
| Tipo e duração de intervenção | Foram selecionados artigos no período de 2000 a 2010 |
| Resultados obtidos | Para melhorar a qualidade de vida e reduzir a intensidade da dor nos doentes oncológicos, o cuidado individualizado, o reconhecimento de experiências diferentes pelo doente e uma abordagem multidisciplinar são necessários. |

| | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informação relevante para a questão de revisão | Apesar do ensino sobre a dor poder reduzir a intensidade da dor não significa uma melhoria na qualidade de vida. É necessário, por parte do enfermeiro, uma abordagem mais alargada. |
| Bibliografia assinalada no estudo | <p>Du Pen A.R., Du Pen S., Hansberry J., Miller-Kraybill B., Millen J., Everly R., Hansen N. & Syrjala K. (2000) An educational implementation of a cancer pain algorithm for ambulatory care. <i>Pain Management in Nursing</i> 1(4), 116–128.</p> <p>Kravitz R.L., Tancredi D.J., Street R.L., Kalauokalani D., Grennan T., Wun T., Slee C., Dean D.E., Lewis L., Saito N. & Franks P. (2009) Cancer health empowerment for living without pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain. <i>BMC Cancer</i> 9, 319–329.</p> <p>Lovell M.R., Forder P.M., Stockler M.R., Butow P., Briganti E.M., Chye R., Goldstein D. & Boyle F.M. (2010) A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 40(1), 49–59.</p> <p>Yildirim Y.K., Cicek F. & Uyar M. (2009) Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. <i>Pain Management in Nursing</i> 10 (4), 220–228</p> |

Medic Latina

| Características e detalhes do estudo | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título | O processo de dor em pacientes oncológicos – visão atualizada da enfermagem |
| Autor(es) | Izidório, B., Coelho, E., Souza, F., Xavier, W. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2017) <i>Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research</i> |
| Local onde foi publicado ou realizado | Manhuaçu - Brasil |
| Objetivo do estudo | <p>Demonstrar o fator primordial na relação entre dor e paciente.</p> <p>Demonstrar a importância do correto tratamento para o paciente.</p> |
| Tipo de estudo | Revisão da bibliografia |
| População/Amostra e tamanho | Não aplicável |

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodologia de estudo / Métodos | Abordagem qualitativa, descritiva e revisão bibliográfica (literatura, artigos, revistas eletrônicas e conteúdos na internet) |
| Tipo e duração de intervenção | Artigos entre 2006 a 2016 |
| Resultados obtidos | A Enfermagem é o ponto chave no processo vivido pelo paciente, o olhar crítico será por vezes o melhor método, pois a dor é subjetiva e intransferível. Identificaram como ponto crítico que o avanço da farmacologia é que conta |
| Informação relevante para a questão de revisão | Faz uma abordagem geral da dor oncológica, classificação e tratamento. Desperta para a necessidade de aumentar o conhecimento sobre o efeito dos fármacos na dor, mas não esquecer o cuidado, a atenção e o carinho que muitas vezes pode ter um efeito momentâneo maior, ou seja, a importância da relação profissional/cliente para além da técnica. Valoriza a multidimensionalidade da dor, na sua abordagem. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Stübe M., Cruz C., Stumm E., Gomes J., Benetti E. (2015). Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. REME rev. min. enferm; 19(3), 696-703 |

| | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características e detalhes do estudo | |
| Título | Factores que intervienen en el manejo del dolo oncológico: un reto para el profesional de enfermería |
| Autor(es) | Chavez-Cañas, W., Becerra-Cristancho, C., Naranjo-Garcia, A. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | 2016. Med UNAB |
| Local onde foi publicado ou realizado | Colômbia |
| Objetivo do estudo | Identificar, na literatura consultada, os fatores implicados no tratamento da dor de pacientes com cancro e a função dos profissionais de enfermagem nestes casos. |
| Tipo de estudo | Revisão sistemática da literatura |
| População/Amostra e tamanho | Foram identificados 462 artigos, dos quais, 24 foram selecionados de acordo com o critérios de inclusão |

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodologia de estudo / Métodos | Pesquisa na base de dados Pubmed, Ebsco, ProQuest, Scielo e Ovid |
| Tipo e duração de intervenção | 2005 a 2014 |
| Resultados obtidos | Há vários fatores que intervêm no tratamento da dor, tais como: pouca credibilidade do profissional de enfermagem em aceitar a dor forte que expressa o paciente, igualmente existe uma avaliação inadequada da dor. É necessário que os profissionais da enfermagem saibam como intervir na dor com pacientes de oncologia porque eles fazem parte da equipa médica e estão sempre junto do doente. Este conhecimento permite-lhes avaliar o tratamento e comentar a sua evolução para fazer as mudanças que se considerem necessárias. |
| Informação relevante para a questão de revisão | Identificação de fatores que intervêm na avaliação e gestão dor. Foi importante para a construção do instrumento de avaliação da dor. A importância do conhecimento dos efeitos secundários dos fármacos e como atuar. A importância de ter conhecimentos sobre técnicas não farmacológicas. |
| Bibliografia assinalada no estudo | Miró J. (2012). Evaluación de la intensidad del dolor en el paciente con cáncer. Psicooncología. 9 (2-3), 393-401. |

| | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características e detalhes do estudo | |
| Título | Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cancer en la comunidade |
| Autor(es) | Cruz, M. |
| Ano de publicação e Revista/Jornal | (2019) Revista Cubana de Medicina General |
| Local onde foi publicado ou realizado | Cuba |
| Objetivo do estudo | Expor algumas considerações éticas para o cuidado de doentes com dor por cancro |
| Tipo de estudo | Revisão bibliográfica sistemática |
| População/Amostra e tamanho | |

| | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodologia de estudo / Métodos | Análise crítico-reflexiva de documentos, teses de doutoramento, artigos originais e de revisão na base de dados SciELO e Google académico |
| Tipo e duração de intervenção | Documentos publicados entre 2010 e 2019 |
| Resultados obtidos | O cuidado a doentes com dor por cancro apresenta uma alta conotação ética. A competência profissional, os princípios éticos e morais, a colaboração em equipa multidisciplinar e a participação da família estão unidos de maneira indissolúvel A comunicação é a melhor maneira de cuidar do doente e constatou-se que o escasso domínio de conhecimentos para tratar a dor viola os princípios éticos. |
| Informação relevante para a questão de revisão | A importância de uma abordagem holística centrada nas relações interpessoais e profissionais com respeito pelos princípios éticos e morais. A importância da família e da comunicação para lidar com aspetos éticos na autonomia do doente |
| Bibliografia assinalada no estudo | Ximena León M, Santa Cruz JG, Martínez Rojas S, Ibatá Bernal L. (2019) Recomendaciones basadas en evidencias para el manejo del dolor oncológico. Rev Mex Anestesiología Navarro P., Diefenbach G., Ilha S., Perera F., Gehlen M. (2017). Dor em Oncologia: percepção do paciente e dos profissionais de enfermagem. Rev Cubana Enferm. Gómez D., (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid. 5(1), 679-88. |

DISCUSSÃO

Da análise dos artigos selecionados, estes podem ser agrupados em três diferentes áreas de grande importância para o desenvolvimento de competências de enfermagem necessárias à condução de uma consulta de enfermagem no âmbito da dor crónica na pessoa com doença oncológica, que são: Intervenções de enfermagem na gestão da dor (Ling,2011; Burhenn, 2014; Zhou, 2015; Izidório, 2017; Blackburn, 2019; Cruz, 2019), avaliação da dor (Curtiss, 2010; Miaskowski, 2010; Naveh, 2011; Cope, 2019), e formação dos enfermeiros (Chavez-Canas, 2016; Leung, 2019).

Quanto à metodologia utilizada nos artigos, estes dividem-se em: oito revisões da bibliografia, dois estudos observacionais, um estudo descritivo, transversal e correlacional e um estudo experimental. Nove estudos são em língua inglesa e três estudos são em língua espanhola.

Nas intervenções de enfermagem, Izidório (2017) chama a atenção para o papel do enfermeiro para além da técnica, referindo mesmo “intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado” (p.152), reforçando que para além do alívio da dor é necessário tornar o indivíduo “satisfeito com o seu viver” (p.152) em todas as dimensões, incluindo a organização familiar. Há uma necessidade do enfermeiro ir para além do tratamento da dor numa base farmacológica, apesar de estudos, segundo Izidório (2017), mostrarem a eficácia que se pode obter no controlo da dor através dos fármacos e aqui, o enfermeiro deve desenvolver conhecimentos profundos na área farmacológica. Mas, existe toda uma série de dimensões: psicológica, social e espiritual que promovem na pessoa determinadas necessidades, tornando importante estabelecer um vínculo com a pessoa, ou seja, uma abordagem holística da pessoa, numa perspetiva ética de relações interpessoais que engloba o doente, família e profissionais de saúde (Cruz 2019). Cruz (2019) sugere uma definição para o cuidar de enfermagem à pessoa oncológica com dor crónica,

A atitude energética e comprometida para aliviar a dor e o sofrimento que acompanha, satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais com competência profissional, fomentada por uma empatia, compaixão, paciência, honestidade e o respeito pelos princípios éticos e morais, em colaboração com a equipa multidisciplinar e com a participação do doente e sua família, para obter especialmente o maior bem-estar possível. (Cruz, 2019, p.7).

Cruz (2019) destaca, ainda, a comunicação como “dos problemas éticos que com mais frequência se apresentam em ambiente familiar” (p.7), destacando a comunicação como a melhor maneira de cuidar do doente. Uma comunicação ineficaz promove um atraso no tratamento, aumenta o sofrimento e uma não adesão eficaz ao tratamento ou mesmo o seu abandono. No artigo de Zhou et al (2015), a análise dos estudos revelou que as intervenções de enfermagem produziram um efeito positivo no conhecimento e atitude dos doentes oncológicos em relação aos analgésicos e

gestão da dor oncológica. Os resultados também sugerem que a intervenção pode melhorar a intensidade da dor ao longo do tempo. “As intervenções de ensino têm sido indicadas como uma estratégia de sucesso no alívio da dor assim como incentiva o doente a participar no seu próprio tratamento” (Zhou et al, 2015, p.219). Os enfermeiros podem, dentro das suas competências, desenvolver técnicas complementares para a gestão da dor, Blackburn et al (2019) ao entregarem a um grupo de enfermeiros um conjunto, a que denominaram “*Comfort Kits*”, que consistia, entre outros, de um instrumento de massagens, cassetes de áudio de imaginação guiada e essências de óleo para aromaterapia, para que pudessem utilizar com os seus doentes, conseguiram promover uma autonomia e satisfação nos enfermeiros, os doentes aceitaram muito bem as terapias oferecidas e sentiram uma diminuição da dor e maior relaxamento durante os tratamentos. No artigo de Bruhenn (2014) em que avalia a Imaginação Guiada aplicada por enfermeiros como complemento à terapêutica analgésica, mostrou evidência significativa que suporta o uso de Imaginação Guiada na gestão da dor oncológica (aguda ou crónica) assim como na ansiedade, náusea, vômito e depressão relacionados com o tratamento. Reforça esta intervenção com as recomendações de instituições como a National Comprehensive Cancer Network, National Cancer Institute e pela American Cancer Society que recomenda as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor. No entanto existem algumas barreiras que podem dificultar a ação dos enfermeiros na gestão da dor, Cope (2019) quando ao à gestão da dor no idoso com cancro, refere receio na administração de opióides devido a efeitos secundários como a obstipação, sedação, quedas, depressão respiratória; alterações relacionadas com a farmacodinâmica que podem causar situações de toxicidade; alterações fisiológicas em diferentes sistemas que podem comprometer a ação dos fármacos; má utilização dos instrumentos de avaliação da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida. Todas estas situações potenciam um subtratamento da dor no idoso. Algo importante na intervenção de enfermagem é gerir as expectativas, Naveh (2011) refere que é importante focar nas formas de reduzir a dor bem como na influência das expectativas do doente no alívio da sua dor.

As intervenções de ensino atuam como uma estratégia adjuvante à terapia analgésica e mostrou ser eficaz, “intervenções mais prolongadas no tempo aumentam o conhecimento, diminuindo assim as barreiras e aumentando a adesão à utilização

dos analgésicos”. (Zhou, 2015, p.223). Cope (2019) refere o papel fundamental dos enfermeiros como elemento de uma equipa de intervenção para a avaliação e gestão da dor no idoso com cancro, mas também como elo de ligação entre todos os intervenientes da equipa, assim como a intervenção junto do doente e da família através de diversos tipos de ensinamentos.

No que respeita à avaliação da dor crónica, Chávez-Cañas (2016) chega à conclusão que a avaliação da pessoa com dor crónica, ainda hoje, é afetada por um desconhecimento na sua abordagem. Assim, sugerem que o enfermeiro, no processo de gestão da dor, deve basear a sua atuação em quatro aspetos, que são eles: (1) valorização do doente através de um correto exame físico e uma abordagem holística que inclua as suas crenças religiosas, a sua cultura, o seu estado físico, o seu estado emocional, o seu estado cognitivo, a perspetiva familiar, os seus mitos acerca do tratamento, entre outros; (2) valorização do nível de dor através de escalas aplicadas regularmente; (3) intervenção na gestão da dor através de profundo conhecimento dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, que o permita ir para além do tratamento médico; (4) conhecer o sistema de saúde e políticas que regulamentam os tratamentos. Segundo Naveh (2011), para um melhoramento no controlo da dor, os enfermeiros devem avaliar a dor de uma forma mais sistemática, particularmente no ambiente ambulatorio. Aquando da avaliação inicial da severidade da dor, os enfermeiros devem avaliar também as expectativas em relação ao alívio da dor. Segundo Miaskowski (2010), “é importante uma detalhada avaliação da dor que consiga identificar a causa da dor, as suas características específicas, abordagens atuais ao tratamento e a sua eficácia, o impacto da dor no humor, capacidades das funções e qualidade de vida.” (p.27) e refere ainda que um bom plano de gestão da dor nos idosos, a avaliação da dor terá que ir para além da avaliação das características da dor, isto é, descrição, localização, intensidade, factores agravantes e de alívio, tratamentos anteriores e correntes e a sua eficácia, e incluir a avaliação da capacidade funcional. Miaskowski (2010).

Vários instrumentos podem ser utilizados para a avaliação da dor e o seu impacto em diferentes dimensões, assim para avaliação da função física em doentes com dor crónica, recomenda a Brief Pain Inventory (BPI) e a Multidimensional Pain Inventory (MPI) Interface Scale, outra opção é a escala Medical Outcomes Study-Short Form (SF-36), que foi utilizada em doentes com cancro. No caso da avaliação

da funcionalidade física através da avaliação da resposta do doente às intervenções de gestão da dor, são aconselhadas as escalas Independent Activities of Daily Living (IADLs) e Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (Miaskowski, 2010). Izidório (2017) aborda alguns temas a ter em consideração durante uma avaliação de enfermagem à pessoa com dor crónica, como os cinco estágios psicológicos de Kübbler-Ross, a classificação da dor crónica e aguda, os tipos de dor e escalas de avaliação da dor e uma abordagem aos analgésicos opióides. As escalas numéricas não conseguem capturar o real impacto da dor nos idosos, os enfermeiros de oncologia devem utilizar medidas mais sensíveis para avaliar o impacto no nível de função e qualidade de vida. Deve-se avaliar os resultados físicos e emocionais. Os enfermeiros devem estabelecer os objetivos juntamente com os doentes em relação ao alívio da dor, função física, função emocional, melhoria global, satisfação com o tratamento e efeitos secundários e adversos. Miaskowski (2010).

A última área identificada, foi a formação dos enfermeiros quanto aos seus conhecimentos sobre dor crónica, Chávez-Cañas (2016) fala na necessidade de o enfermeiro reforçar os seus conhecimentos e estar em constante atualização, na avaliação da pessoa com dor, só assim, permite melhorar a sua prática e evidenciar que recursos são os melhores para cada intervenção e posteriormente reavaliar e ajustar. Está ideia é reforçada por Izidório (2017) dá grande enfoque à necessidade de formação e ao desenvolvimento de competências na área da comunicação. Perante a dor, o enfermeiro ao utilizar as técnicas da comunicação eficazes, promove a individualidade da pessoa, uma relação empática, sentir o mundo da pessoa como se fosse nosso, saber escutar e colocar questões no sentido de ajudar a compreender a dor (Izidório, 2017). No artigo de Leung et al (2019) é realizada uma intervenção de ensino digital para enfermeiros na gestão da dor oncológica, concluindo que este tipo de ação ajuda a aumentar os conhecimentos e confiança dos enfermeiros, mas que ainda há desconhecimento sobre uma boa avaliação e gestão da dor. Reforça a importância do enfermeiro em desenvolver competências no ensino, nas intervenções não farmacológicas e nas barreiras relacionadas com os doentes.

No estudo de Naveh et al (2011), os doentes mostraram um elevado nível de satisfação com a abordagem dos enfermeiros e médicos no tratamento da sua dor. Naveh et al (2011) chegaram aos seguintes números: 28% dos doentes referem que os enfermeiros e médicos não disseram antecipadamente que consideravam o

tratamento da dor importante para eles; 65% dos doentes referiram receber terapêutica analgésica até 15 minutos após o seu pedido; 18% nunca pediram terapêutica analgésica mesmo tendo dor e 66% não pediram mais ou outro tipo de medicação analgésica mesmo quando a medicação analgésica não estava a ter efeito. Parece, também, que quanto mais tempo o doente espera pela sua medicação analgésica, após ter pedido, mais insatisfeitos ficam com o tratamento do médico e de enfermagem.

CONCLUSÕES

A presente revisão scoping conseguiu mostrar a importância das intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica, que envolvem várias áreas como a comunicação, a avaliação do doente numa perspetiva holística, a necessidade do enfermeiro explorar outras áreas de intervenção para além do conhecimento farmacológico, incidindo em áreas não farmacológicas que a literatura tem evidenciando como algo diferenciador na valorização das intervenções de enfermagem. Foi possível perceber que todas as áreas identificadas nos documentos analisados são interdependentes e contribuem para o melhor resultado possível no alívio da dor.

As implicações deste estudo para a minha prática permitiram conhecer os princípios da avaliação da dor no doente crónico e algumas das intervenções que podem ser adotadas na intervenção ao doente com dor oncológica. No entanto não me permitiu ajudar na construção integral dos instrumentos de avaliação e é pouco abrangente em relação a todos os tipos de intervenções que os enfermeiros podem desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-Shaer, D., Hill, P., Anderson, M. (2011). Nurses` knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MEDSURG Nursing*. 20(1), 7-11
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., Castro-Lopes, J. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *European Journal of Health Economics*. 17(1), 87-98.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study os its Prevalence, Characteristics and Associated Disability. *The Journal of Pain*. 13 (8), 773-783
- Blackburn, L., Abel, S., Green, L., Johnson, K, Panda, S. (2019) The Use of Comfort Kits to Optimize Adult Cancer Pain Management. *Pain Management Nursing*. 20, 25-31
- Burhenn, P., Olausson, J., Villegas, G., Kravits, K. (2014) Guided Imagery for Pain Control. *Clinical Journal of Oncology Nursing* (18) 5 p. 501-503.
- Chavez-Cañás, W., Becerra-Cristancho, C., Naranjo-Garcia, A. (2016). Factores que intervienen en el manejo del dolor oncológico: un reto para el profesional de enfermeira. *Med UNAB*.
- Circular Normativa N°09/DGCG de 14/07/2003 A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção geral de saúde, 1-4.
- Cope, D. (2019) Cancer Pain Management Considerations in Older Adults. (2019) *Seminars in Oncology Nursing*. 35, 274-278
- Cruz, M. (2019) Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cancer en la comunidade. *Revista Cubana de Medicina General*.
- Curtiss, C. (2010) Challenges in pain assessment in cognitively intact and cognitively impaired older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum* 37 (5).
- Everdingen, M., Hochstenbach, L., Joosten, A., Tjan-Heijnen, V., Janssen, D. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 51 (6), 1070–1090.

International Association for the Study of Pain (IASP). (2011). Declaration of Montréal - Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>

International Society of Nurses Cancer Care. (2017). ISNCC Cancer pain statement.

Izidório, B., Coelho, E., Souza, F., Xavier, W. (2017) O processo de dor em pacientes oncológicos – visão atualizada da enfermagem. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.

Kolcaba, C. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Leung, Y., Wong, J., Kiteley, C., Ellis, J., Esplen, M. (2019) Addressing Educational Needs in Managing Complex Pain in Cancer Populations: Evaluation of APAM: An Online Educational Intervention for Nurses. American Journal of Hospice & Palliative Medicine.

Ling, C., Lui, L., So, W. (2011) Do educational interventions improve cancer patients' quality of life and reduce pain intensity? Quantitative systematic review. Journal of Advanced Nursing.

Miaskowski, C. (2010) Outcome Measures to Evaluate the Effectiveness of Pain Management in Older Adults With Cancer. Oncology Nursing Forum. 37 (5) p.27-32

Naveh, P., Leshem, R., Dror, Y., Musgrave C. (2011) Pain Severity, Satisfaction With Pain Assessment, and Patient-Related Barriers to Pain Management in Patients With Cancer in Israel. Oncology Nursing Forum Vol 38. Nº 4.

The Joanna Briggs Institute – JBI (2017). JBI Reviewer's Manual – Chapter 11: Scoping Reviews. 4th Edition. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Switzerland. WHO

Zhou, L., Liu, X., Tan, J., Yu, H., Pratt, J., Peng, Y. (2015) Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review. *International Council of Nurses* 62. 218-230.

APÊNDICE IX – Reflexões

Local de estágio A - Reflexão

Durante uma das consultas de enfermagem deparei-me com um doente que designarei de Sr. A, com a idade de 74 anos, diagnóstico de cancro do pulmão, neste momento estável, mas que apresentava dor neuropática a nível torácico que o impedia de executar algumas actividades no dia-a-dia. A decisão de escolher este episódio para esta reflexão foi a resistência do Sr. A em cumprir o plano terapêutico apesar de todos os dias ter dor presente. O Sr. A tomava a medicação analgésica apenas quando a dor estava num nível de intensidade severa, uma das razões para essa decisão seria as náuseas dos efeitos secundários da medicação analgésica, mas quando lhe foi proposto a toma de de antiemético, este recusava porque era mais um comprimido que tinha que tomar e que só tomava este se fosse retirado outro. Esta situação fez-me questionar porque há uma resistência face a algo que nos possa ser benéfico, no sentido de diminuir a dor que nos impossibilita de fazer algumas das actividades diárias. Numa revisão sistemática levada a cabo por Oldenmenger et al. (2009) chegam à conclusão que em relação ao doente as barreiras mais frequentes à gestão da dor são uma perceção errada quanto aos analgésicos, seus efeitos secundários e não adesão ao tratamento, entre outros. Diversos fatores, segundo Torresan et. al (2015) e Jacobsen, R. (2010) influenciam a adesão ao tratamento da dor, como a reação aos efeitos secundários, os ganhos obtidos não serem os desejados, a experiência de vida do doente e o significado atribuído à doença, segundo os mesmos autores as pessoas com maior aceitação da sua doença tendem a ter uma maior adesão ao tratamento. Esta conclusão, leva-me novamente ao Sr. A, que nunca se dirigia diretamente à sua doença, dando a ideia que ainda estava numa de negação ou raiva (Kubler-Ross livro,2009) da sua doença. No mesmo estudo de Torresan et. al (2015) alguns doentes preferiam aguentar algum nível de dor do que aumentar a toma de medicação e sofrer com os efeitos secundários. A noção de que possa haver uma dependência dos analgésicos e que posteriormente já não façam efeito é outra das barreiras à adesão da terapêutica (Jacobsen, R. 2010). O facto de não ter tido mais contacto com o Sr. A, visto a sua próxima consulta ter sido marcada para uma data posterior ao fim do estágio, não me permitiu avaliar que resultado teve a intervenção de enfermagem realizada durante a consulta. Chou e Lin (2011) ao avaliarem como a satisfação do doente na gestão da dor pode mediar as barreiras à adesão dos analgésicos, perceberam que um aumento da satisfação do doente com

a gestão da dor aumenta a sua adesão e que essa satisfação depende de fatores multidimensionais, tais como a relação de confiança estabelecida entre doente e enfermeiro, a existência de um programa educacional para a dor adequado, um contacto de proximidade *face to face*, o envolvimento da família ou cuidador e a satisfação do doente com o resultado dos analgésicos. Esta experiência foi bastante positiva, que me levou a crescer e a compreender melhor as barreiras dos doente face ao plano terapêutico, o que me fez ver a importância que o enfermeiro pode fazer na desmistificação que ideias pré-concebidas que os doentes desenvolvem.

Local de estágio B - Reflexão

Como já referi, na UD do local B, tive a oportunidade de assistir a terapias de grupo desenvolvidas pela psicóloga da equipa da UD. Nestas sessões um dos doentes, que designarei por Sr. B, relatou um episódio em que estando a sentir um pico de dor, usou estratégias de distração para controlar a dor, afirmando “ela não manda em mim” e que foi fazer o que gosta mais que é andar na prancha, no mar. Este doente teve um acidente de trabalho com lesão medular que originou uma dor neuropática dos membros inferiores que o impedia muitas vezes de trabalhar devido à intensidade da dor. Este episódio parece-me importante para fazer uma reflexão sobre as estratégias não farmacológicas para a gestão da dor, nomeadamente no campo cognitivo, a distração. Na aplicação de estratégias de distração em dois grupos de doentes com dor crónica, Fox et. al (2016) constataram que conjugando num doente um processo de coping cognitivo preferido do doente com a apropriada estratégia de coping, consegue-se obter benefícios na redução da intensidade da dor e na ansiedade. Este resultado pode ser influenciado pelo tipo de dor, pela ausência de continuidade e o grau de motivação doente. Numa revisão da literatura, sobre a dor e a distração de acordo as modalidades sensoriais, Bascour-Sandoval (2019), agrupou as intervenções de distração em auditivas (atenção a determinados sons), visuais (jogos, realidade virtual) , tácteis (contar estímulos elétricos dolorosos), mistas (apresenta duas ou mais tarefas na mesma intervenção) e cognitivas (contar números numa ordem específica, organizar palavras). A introdução da realidade virtual numa intervenção de distração pode ser benéfico para o tratamento da dor (Gupta et al. 2018). Em doentes com dor crónica lombar, que necessitavam de fazer exercícios, a

distração com realidade virtual veio reduzir a dor durante e após os exercícios para além de ter conseguido diminuir o tempo em que se pensa na dor (Matheve, 2020). Schreiber (2014) também conseguiu chegar à conclusão, num estudo sobre o efeito da distração na dor crónica catastrofizante devido a uma fixação na dor, reduzir o nível da intensidade através de estratégias de distração.

Este tipo de estratégias que podem ajudar a aliviar a dor em determinados tipos de dor e situações específicas, poderiam ser aplicados com maior regularidade pelos enfermeiros. O desenvolvimento de competências nestas áreas, por parte dos enfermeiros, poderia ser um acrescentar de valor à sua atuação e promover um empowerment no próprio doente, que as poderia aplicar em qualquer momento que tivesse um aumento do desconforto devido à dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bascour-Sandoval, C., Salgado-Salgado, S., Gómez-Milán, E., Fernández-Gómez, J., Michael, G., Gálvez-García, G. (2019). Pain and distraction according to sensory modalities: Current findings and future directions. *Pain Practice*. 19, (7), 686–702.
- Fox, L., Walsh, J., Morrison, T., O' Gorman, D., Ruane, N., Mitchell, C. ... McGuire, B. (2016). Cognitive coping style and the effectiveness of distraction or sensation-focused instructions in chronic pain patients. *Plos One*. 11 (4), 1-12
- Gupta, A., Scott, K., Dukewich, M. (2018). Innovative technology using virtual reality in the treatment of pain: Does it reduce pain via distraction, or is there more to it? *Pain Medicine*. 19, 151–159.
- Jacobsen, R.; Samsanaviciene, J.; Liubarskiene, Z. e Sciupokas, A. (2010). *Barriers to pain management among lithuanian cancer patients*. World Institute of Pain. Pain Practice, Volume 10, issue 2, 145-157
- Kubler-Ross, E. (2009). *On death and dying*. 40th anniversary edition. London. Taylor & Francis Ltd.
- Lin, J., Hsieh, R-K., Chen, J-S., Lee, K-D., Rau, K-M., Shao, Y-Y., ... Chiou, T-J. (2018). Satisfaction with pain management and impact of pain on quality of life in cancer patients. *Asia-Pacific Journal Clinical Oncology*. 16, e91-e98.
- Matheve, T., Bogaerts, K., Timmermans, A. (2020). Virtual reality distraction induces hypoalgesia in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 17 (55), 1-12.
- Oldenmenger, W.; Smitt, P.; Dooren, S.; Stoter, G. e Rijt, C. (2009) A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer*. 45, 1370-1380.
- Schreiber, K., Campbell, C., Martel, M., Greenbaum, S., Wasan, A., Borsook, D. ... Edwards, R. (2014). Distraction analgesia in chronic pain patients. *Anesthesiology*. (121) 6, 1292-1301.

Torresan, A.; Garrino, L.; Borraccino, A.; Mavvhi, G.; Luca, A. e Dimonte, V. (2015)
Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry
through illness narratives. *European Journal of Oncology Nursing* 19, 397-404

APÊNDICE X – Plano da consulta

Plano da Consulta de Enfermagem da Unidade de Medicina da Dor

(Missão)

A Unidade de Medicina da Dor (UMD) tem como missão, prestar cuidados clínicos no âmbito da dor crónica não oncológica e oncológica a todos os seus clientes.

(Objetivos)

Foram traçados os seguintes objetivos para a Unidade de Medicina da Dor

- Promover a avaliação da dor em todas as suas vertentes
- Identificar um diagnóstico no âmbito da dor
- Estabelecer uma terapêutica adequada a cada situação e pessoa
- Realizar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, quer invasivos ou não invasivos
- Avaliar a patologia associada
- Avaliar os efeitos da terapêutica ou tratamento instituído
- Encaminhamento, se indicado, para outras especialidades

(Composição)

A UMD tem os seguintes recursos humanos: uma equipa de 4 médicos e 4 enfermeiros. Sendo, no caso dos médicos, 1 coordenador da UMD, 1 anestesiológista, 1 fisiatra e 1 psiquiatra. O apoio administrativo é dado pelo secretariado do piso 3.

(Espaço físico)

A UMD tem à sua disposição dois gabinetes de consulta, um para a consulta de enfermagem e outro para a consulta médica. Poderá utilizar um espaço do Hospital de Dia Médico para determinados procedimentos.

(Acesso)

O acesso à UMD é realizado por duas vias:

1. Marcação direta pelo cliente através da aplicação digital existente, em qualquer receção do hospital ou através do Call Center por meio do número de telefone geral do hospital. Nos doentes que marcam consulta pela primeira vez, numa receção ou através do Call Center, são avisados que devem estar presentes

uma hora antes da consulta médica para a consulta de enfermagem. No caso da marcação ser realizada pela aplicação, o cliente deverá ser contactado posteriormente, pelo backoffice, que lhe transmite a informação de que deverá estar presente uma hora antes para consulta de enfermagem e os custos associados.

2. Por referenciação do médico assistente, no caso do doente internado. Neste caso, a administrativa que faz o agendamento deve enviar mail para a UMD com a seguinte informação: Nome e N^o do cliente, local onde o cliente está internado, médico que pediu a consulta e dia para que foi marcada a consulta.

(Funcionamento)

A UMD presta a sua assistência 3 dias por semana, no horário das 14h às 19h. A consulta de enfermagem realiza-se, durante os 3 dias.

(Consulta de enfermagem em ambulatório)

A consulta de enfermagem é realizada a todos os clientes que vêm pela primeira vez à UMD, independentemente de serem encaminhados por outra unidade da dor. Esta consulta é realizada sempre no mesmo dia da consulta médica, de preferência uma hora antes da consulta médica.

Na consulta de enfermagem são aplicados 2 questionários que se encontram na pasta de partilha, na drive do mail institucional.

Os questionários de apoio à consulta de enfermagem são:

1. Consulta de enfermagem ao cliente com dor crónica – O objetivo deste questionário é conhecer o doente quanto ao seu ambiente familiar, antecedentes médicos, caracterização da dor crónica, medicação analgésica, efeito da medicação e seus efeitos secundários. Após submeter este questionário, a informação fica acessível para a consulta médica.
2. Inventário Resumido da Dor – O objetivo deste questionário é caracterizar a dor na sua intensidade ao longo da última semana e como a dor interfere na função da pessoa em algumas das atividades de vida, a continuidade da aplicação deste questionário permite perceber se a intervenção na dor a atividade do doente em diferentes atividades diárias.

Para além destes questionários existem outros instrumentos de apoio à consulta, que se encontram na mesma pasta de partilha, dentro da subpasta “Documentos Doentes” que são:

1. 1ª avaliação de enfermagem – Este impresso contém as mesmas questões que o formulário na drive. Deverá ser utilizado quando não for possível utilizar o questionário informatizado. Deverá ser transcrito para o respetivo questionário informatizado assim que for possível.
2. Guia terapêutico – Pode ser utilizado pelo médico durante a consulta, deverá ser preenchido em frente ao doente, com o esquema de medicação analgésica que vai fazer, explicando em simultâneo a forma de tomar, possíveis efeitos secundários e esclarecimento de questões do cliente.
3. Informação geral da Unidade de Medicina da Dor – Este impresso deverá ser entregue a todos os clientes durante a consulta de enfermagem. Contém uma breve informação sobre a dinâmica da UMD e a forma de contacto da UMD.
4. Localização da dor – É preenchido pelo cliente no momento da consulta de enfermagem. O cliente terá que assinalar nas imagens, através da utilização de uma caneta, o local ou locais onde sente a dor, bem como a forma como poderá irradiar a dor. Este documento deverá ser enviado posteriormente para o backoffice com o objetivo de ser digitalizado e anexado ao processo clínico do cliente.

(Consulta de enfermagem ao cliente internado)

Sempre que for feito um pedido de observação pela UMD, a um cliente internado, deverá ser avaliada a possibilidade de deslocação do doente até à UMD, junto do médico assistente ou da equipa de enfermagem do serviço onde o cliente se encontra internado.

No cliente internado, a primeira observação é realizada pelo médico da UMD, caso o médico da UMD considere que o cliente tem critérios para continuar a ser seguido pela UMD, o enfermeiro da UMD deverá proceder a uma avaliação de enfermagem, posteriormente. Para esta avaliação é utilizado o questionário “Avaliação de Enfermagem ao Cliente Internado”.

No internamento, esta avaliação poderá ser realizada em suporte papel, que posteriormente será transferida para o questionário informatizado.

(Consulta de Seguimento de Enfermagem)

Todos os clientes da UMD devem ter um seguimento de enfermagem. Este seguimento é realizado através de um contacto telefónico, sendo assim um atendimento de enfermagem não presencial, com o objetivo de:

- Avaliar a evolução da dor
- Avaliar a adesão ao plano terapêutico
- Perceber a existências de efeitos secundários
- Esclarecer dúvidas dos doentes
- Realização de ensinios
- Possibilitar o reencaminhamento médico

A consulta de seguimento de enfermagem deverá ser realizada 7 dias após a 1ª consulta de enfermagem, de forma a coincidir com a respetiva consulta médica e assim ser possível, caso necessário, reencaminhar para o médico que segue o cliente.

As consultas de seguimento de enfermagem subsequentes deverão ser realizadas de acordo com o seguinte esquema:

- Se houver alteração de terapêutica ou foi realizado algum ensino que necessite de reavaliação – 7 dias após o contacto anterior
- Sem alteração de terapêutica ou necessidade de ensinios que necessitem reavaliação – 1 mês após o contacto
- Sempre que o doente fizer um procedimento invasivo, deverá ter um follow-up de acordo com o estipulado para cada procedimento.
- Caso não se aplique nenhuma das situações acima, a consulta de seguimento de enfermagem deverá ser realizada de 2 em 2 meses até à próxima consulta médica ou alta do cliente

As consultas de seguimento de enfermagem, primeira e subsequentes, devem ser registadas em questionário próprio “Consulta de Seguimento de Enfermagem” que se encontra na pasta partilhada da UMD

Deve ser aberto um episódio de “Atendimento em enfermagem não presencial” com registo de toda a informação pertinente, como por exemplo: avaliação da dor, cumprimento do plano terapêutico, efeitos secundários, ensinamentos.

(Contacto da UMD pelo Cliente)

Todos os clientes são informados que podem contactar a UMD através do mail da UMD. Este mail é acessível por toda a equipa da UMD. Caso o mail seja direccionado diretamente a um dos elementos da UMD, este deve dar uma resposta ao cliente num prazo máximo de 24 horas, com exceção de fim de semana e feriados.

Deverá ser realizado um registo de todos os contactos realizados com o cliente.

(Realização de procedimentos)

Os procedimentos invasivos são técnicas realizadas pelos médicos da Unidade da Dor, com a referida competência, sempre que houver indicação para o procedimento.

Dias antes da realização do procedimento:

- Confirmar junto do médico o material necessário para o procedimento.
- Verificar a existência de todo o material no armazém de material clínico do piso 3. O material em falta deverá ser pedido para a farmácia e/ou armazém.

No dia do procedimento:

- Preparar a unidade no hospital de dia médico, disponibilizada para o procedimento, com todo o material necessário.
- Instalar o doente na unidade e explicar o procedimento.
- Confirmar consentimento informado assinado.
- Dar apoio ao médico durante todo o procedimento.
- Manter comunicação com o doente no sentido de avaliar como este se está a sentir.
- Quando terminar o procedimento, realizar os ensinamentos de enfermagem de acordo com a situação
- Entregar folheto com a informação sobre cuidados a ter em ambulatório em relação ao procedimento e follow-up
- Registo pelo médico em processo clínico informatizado da intervenção realizada e prescrição interna da medicação utilizada.

- Registo pelo enfermeiro em processo de enfermagem informatizado das intervenções realizadas e débito de consumos.

Dias após o procedimento

- Realizar 1º follow-up telefónico 24 a 48 horas de acordo com o procedimento e 2º follow-up 7 dias após o procedimento
- Preencher o guião de follow-up que se encontra na pasta de partilha da UMD