



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente
de Oncologia

**“CONTROLO DA DOR EM AMBULATÓRIO NO
DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”**

Helena Isabel Branco Marmelo

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente
de Oncologia

**“CONTROLO DA DOR EM AMBULATÓRIO NO DOENTE
ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”**

Helena Isabel Branco Marmelo

Relatório de estágio orientado por:

Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

2012



"Devemos aceitar o que é impossível deixar de acontecer."

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

O percurso efetuado foi pautado por muitos desafios, os quais só foram possíveis ultrapassar graças ao empenho pessoal e ao apoio de algumas pessoas que me acompanharam, aos quais não posso deixar aqui de expressar formalmente o meu apreço e agradecimento.

À Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa, docente orientadora do projeto, pela sua disponibilidade em acompanhar-me neste percurso;

Aos Enfermeiros orientadores de estágio e restantes elementos da equipa, pelo acompanhamento e pela partilha de conhecimentos e experiências;

À Enf.^a Chefe, Diretora de Serviço e todos os profissionais da equipa do Serviço de Oncologia, em especial aos elementos da Consulta de Cuidados Paliativos, pelo seu acolhimento, dedicação, interesse e por acreditarem no meu projeto;

Ao meu marido, Rui, pela minha ausência e sobrecarga, pelo amor, paciência, dedicação, por estar sempre presente nos bons e maus momentos e cuidar de mim, por me incentivar e apoiar a continuar e a concluir este percurso;

À minha família pelo apoio prestado, em especial à minha irmã Carmen, por estar presente quando mais preciso, e ao Tomás pelas horas que não lhe dediquei e pelas saudades sentidas;

À Isabel, Felisbela e Paulo, pelo apoio nos bons e maus momentos;

Aos meus amigos pela minha longa ausência;

Aos doentes e suas famílias que participaram neste projeto, pela confiança e generosidade demonstrada.

O meu muito obrigado a todos.

RESUMO

A dor é um dos sintomas mais presente e temido no doente com cancro. A sua incidência aumenta com a progressão da doença e nos doentes em fase terminal é moderada a intensa em 90% dos casos. A fatalidade da doença é associada a um sofrimento doloroso e inevitável. O controlo da dor no doente em cuidados paliativos, constitui um importante foco de intervenção dada a sua relevância no alívio do sofrimento. A dor oncológica enquanto doença crónica é tratada na sua grande maioria em ambulatório. Perante esta realidade, é inquestionável assegurar o autocuidado por parte do doente e família, no sentido de permitir uma gestão eficaz da dor no domicílio.

O projeto teve como objetivo geral desenvolver competências de enfermeira especialista, no cuidar o doente oncológico e sua família em cuidados paliativos, nomeadamente ao nível do controlo da dor crónica em ambulatório, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa da CCP do Hospital de Dia do Serviço de Oncologia. Este foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, o que levou à revisão de práticas no sentido de assegurar uma abordagem sistemática e consistente na avaliação e registo da dor, assim como da capacidade de autocuidado, e otimizar as estratégias de apoio e educação a implementar junto do doente e familiar/cuidador e com isso contribuir para uma menor incidência da dor no domicílio.

De acordo com a intervenção educativa implementada para promover a capacidade de autocuidado para o controlo da dor em ambulatório, consideram-se os resultados obtidos no momento da consulta, e no follow up realizado 48 horas após a intervenção educativa na consulta. Realizaram-se 20 consultas a doentes oncológicos com dor e em cuidados paliativos com PS < 4 na escala de Zubrod tendo-se verificado que, 95% dos doentes, e não 25% como na consulta, utilizavam a “medicação prescrita adequadamente (dose e frequência)”; 100% dos doentes, e não 50% como na consulta, utilizava a “medicação de resgate para picos de dor”; e 80%, e não 50% como na consulta, “utilizava estratégias não farmacológicas para alívio da dor”. Quanto à média da intensidade de dor nas últimas 24 horas passou do valor médio de 5,8 para 1,4 no momento do follow up, atingindo-se uma redução superior a 50%.

Podemos concluir que houve uma melhoria nos cuidados prestados neste contexto, face às práticas instituídas para a promoção do controlo da dor em ambulatório.

Palavras-chave: Dor Oncológica; Cuidados Paliativos; Controlo da Dor; Autocuidado; Sistema de Apoio e Educação

ABSTRACT

Pain is one of the most present and feared symptoms in the cancer patient. Its incidence increases with the progression of the disease and in patients at terminal stage is moderate to severe by 90%. The fatality of the disease is associated with a painful and inevitable suffering. The control of pain in patients in palliative care is an important focus of intervention, given its relevance in the relief of suffering. The cancerous pain, while chronic illness, is treated mostly in ambulatory. Given this reality, it is paramount ensure self-care by the patient and family at home in order to allow an efficient pain management.

The project aimed to develop specialist nurse skills in caring for the cancer patient and his family in palliative care, particularly in relation to chronic pain control on an ambulatory context, and contribute to improve the quality of care in the Day Care Hospital of Oncology Service in the CCP. This was developed under the project methodology, which led to the review of practices to ensure a systematic and consistent approach in pain assessment and recording as well the ability to self care, and optimize the strategies for support and education to implement with the patient and family/caregiver, thereby contributing to a lower incidence of pain at home.

According to the educational intervention implemented to promote the self-care capacity for pain control in ambulatory, it was considered the results obtained at the time of consultation, before the intervention, and after this in the follow-up performed after 48 hours. We have interviewed 20 painful oncologic patients in palliative care appointment with a level of PS<4 of Zubrod scale and the results are 95% of patients, and not 25% as in the consultation, used “prescription medication rightly (dose and time); 100% of patients, and not 50% as in the consultation, used “rescue medication for peak pain”; and 80% of patients, and not 50% as in the consultation, used “ non-pharmacological strategies for pain relief”. About the result indicator relative to the average pain intensity over the past 24 hours initially was 5,8 and became 1,4 at the time of follow-up, which meant a reduction of more than 50%.

We conclude that there was an improvement in care in this context, given the practices instituted to promote the control of pain in ambulatory.

Keywords: Cancer Pain; Palliative Care; Pain Control, Self-care; Support and Education’s System

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1 O doente com dor oncológica em cuidados paliativos	18
2.2 O controlo da dor oncológica no doente em cuidados paliativos	21
2.3 A educação na promoção do autocuidado para o controlo da dor	25
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	28
3.1 Implementação numa Unidade Terapêutica da Dor num Hospital Distrital	29
3.2 Implementação numa Unidade Terapêutica da Dor num Hospital da Especialidade de Oncologia	32
3.3 Implementação num Serviço de Oncologia/Consulta de Cuidados Paliativos num Hospital Distrital	35
3.3.1 Diagnóstico de situação	36
3.3.2 Planeamento da ação	38
3.3.3 Implementação da ação	41
3.3.4 Apresentação e discussão dos resultados	43
3.3.5 Limitações do trabalho	49
4. CONCLUSÃO	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59
Anexo 1 – Plano Curricular do Curso de Cuidados Paliativos	
Anexo 2 – Plano Curricular do Curso “Os Enfermeiros e a Dor”	
APÊNDICES	64
Apêndice 1 – Revisão de Literatura	
Apêndice 2 – Modelo de Controlo Sintomático - Avaliação da Dor	
Apêndice 3 – Tipos de Escalas de Auto Avaliação da Dor	
Apêndice 4 – Diário de Dor	
Apêndice 5 – Modelo de Avaliação da Capacidade de Autocuidado para o Controlo da Dor	
Apêndice 6 – Folheto Informativo “Aprenda a Controlar a Dor”	
Apêndice 7 – Guia de Tratamento	

Apêndice 8 – Algoritmo para Intervenção de Enfermagem para o Controlo Sintomático da Dor

Apêndice 9 – Guia orientador de ensino ao doente - Controlo da Dor

Apêndice 10 – Descrição das características sociodemográficas e diagnósticas dos doentes

Apêndice 11 – Percentagem de doentes que identificam fatores de agravamento da sua dor

Apêndice 12 – Distribuição das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo doente no alívio da dor

Apêndice 13 – Inventário Resumido da Dor (BPI) – Análise descritiva para cada item

Apêndice 14 – Distribuição do agente de autocuidado na gestão do tratamento da dor

Apêndice 15 – Distribuição dos motivos apresentados pelo doente de não adesão ao tratamento farmacológico no momento da consulta

Apêndice 16 – NOC: Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Polígono de frequências dos valores da intensidade da dor mínima e máxima nas últimas 24 horas e presente no momento da consulta.....	44
Gráfico 2 - Distribuição dos tratamentos ou medicamentos efetuados para a dor.....	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Percentagem de conformidade de comportamentos de auto avaliação da dor na consulta e no follow up.....	46
Quadro 2 - Percentagem de conformidade de comportamentos de adesão ao tratamento da dor na consulta e no followup.....	47
Quadro 3 - Intensidade de dor média nas últimas 24 horas na consulta e no follow up.....	48

SIGLAS E ABREVIATURAS

BPI – Brief Pain Inventory

CP – Cuidados Paliativos

CCP – Consulta de Cuidados Paliativos

Cont. - Contacto

DGS – Direção Geral de Saúde

EGOC – Eastern Cooperative Oncology Group

Enf. – Enfermeira

ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

IASP – International Association for de Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

PS- Performance Status

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS – Statistical Package for the Social Scienses

UTD – Unidade Terapêutica da Dor

INTRODUÇÃO

O presente relatório descreve o desenvolvimento de um projeto de estágio, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, na vertente de Oncologia que foi realizado entre 3 de Outubro de 2011 a 17 Fevereiro de 2012, com a duração de 450 horas. O projeto tem como tema “O controlo da dor em ambulatório no doente oncológico em cuidados paliativos” e decorreu inicialmente em duas Unidades Terapêuticas da Dor, e por último numa Consulta de Cuidados Paliativos do Hospital de Dia de um Serviço de Oncologia, local onde foquei a minha intervenção para desenvolver as competências que me permitissem prestar cuidados especializados ao doente oncológico com dor crónica.

O cancro é uma das doenças crónicas mais temida na atualidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro é uma das principais causas de morte, tendo sido protagonista de 7,6 milhões de óbitos em todo o mundo em 2008, e é a segunda causa de morte em Portugal, tendo sido responsável por 24,608 mortes nesse mesmo ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2010). A fatalidade da doença está associada a um sofrimento doloroso e inevitável.

A dor é moderada a intensa em mais de 90% dos doentes com cancro em fase terminal (DGS, 2008). No doente com cancro em fase avançada, a dor deixa de ser um sintoma agudo, passa a ter características de dor crónica e de dor total, pelo que o seu controlo desadequado induz um sofrimento desnecessário e má qualidade de vida. Estima-se que em países desenvolvidos mais de 50% dos doentes tenham dor descontrolada (GONÇALVES, 1999).

A OMS reconhece o tratamento da dor como um imperativo ético e um direito do doente com cancro, recomendando a adoção de políticas que procuram salvaguardar esse mesmo direito, como acontece com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor e o Programa Nacional de Controlo da Dor, promovidos pela DGS, onde o enfermeiro desempenha um importante papel na equipa multidisciplinar (DGS, 2001; DGS, 2005, DGS, 2008).

A dor no doente com cancro enquanto doença crónica é tratada na grande maioria das situações em ambulatório, nos doentes em Cuidados Paliativos essa realidade não é diferente. Recai assim sobre o doente e a família a responsabilidade de assegurar os cuidados prestados no domicílio. Perante esta realidade, promover o controlo da dor em ambulatório no doente em cuidados paliativos é inquestionável, sendo fundamental o enfermeiro estabelecer parcerias com o doente e família, no sentido de desenvolver o autocuidado para o controlo da dor no domicílio.

Aliada à pertinência que a problemática assume, e ao interesse pessoal e profissional, decorrente das experiências vividas na prestação de cuidados em doentes oncológicos com doença avançada, fora do contexto hospitalar, onde fui confrontada com a realidade do sofrimento quotidiano do doente com dor, surgiu o interesse em aprofundar conhecimentos na área da dor nos doentes em CP.

O projeto desenvolvido visa desenvolver competências enquanto enfermeira especialista, no cuidar o doente oncológico e sua família em cuidados paliativos, nomeadamente ao nível do controlo da dor crónica em ambulatório, e contribuir para o desenvolvimento de boas práticas junto da equipa de enfermagem, que se reflitam na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes que acorrem à CCP do Serviço de Oncologia do âmbito do Hospital de Dia.

Este relatório de estágio procura espelhar o percurso realizado durante a implementação do projeto, no que concerne às aprendizagens e intervenções efetuadas. O que passou pela revisão de práticas na CCP, mediante o diagnóstico de situação efetuado e as práticas recomendadas, verificou-se a necessidade de assegurar uma abordagem sistemática e consistente ao nível da avaliação da dor e da capacidade de autocuidado, e otimizar as estratégias de apoio e educação a desenvolver junto do doente e familiar/cuidador e com isso contribuir para um controlo mais eficaz da dor no domicílio e uma menor incidência da mesma.

O Relatório de Estágio está estruturado em 4 partes. A primeira apresenta a problemática que lhe deu origem, bem como as razões da sua escolha e pertinência. A segunda refere-se ao enquadramento teórico, que percorre 3 temas, o do doente com dor oncológica em cuidados paliativos; o do controlo da dor oncológica desses mesmos doentes; e aos aspetos da educação na promoção do autocuidado no controlo da dor onde se destacam as intervenções de enfermagem. A terceira parte do relatório incide sobre o desenvolvimento do projeto fazendo referência às atividades e aprendizagens dos 3 contextos de estágio, inicialmente em duas UTD, uma num Hospital Distrital, outra num Hospital da Especialidade de Oncologia, e por último numa CCP de um Serviço de Oncologia de um Hospital Distrital, local onde a intervenção foi sequencialmente organizada por uma fase de diagnóstico, de planeamento e implementação da ação em equipa e finalizada pela apresentação e discussão dos resultados de acordo com as competências a desenvolver e os objetivos a atingir. Este capítulo não termina sem antes se referir às principais dificuldades e limitações sentidas. A quarta e última parte é relativa à conclusão, onde estão contidas as considerações e implicações para a prática.

Foi utilizada Norma Portuguesa, como guia orientador das citações e referências bibliográficas utilizadas.

1 – DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A escolha da problemática surge pela pertinência atual que a mesma assume e pelo interesse pessoal decorrente da minha experiência profissional em contexto ambulatório, ao nível de um lar de idosos e apoio domiciliário, onde estive perante a realidade da prestação de cuidados a doentes oncológicos em fases avançadas da doença. Neste contexto, vi-me perante doentes com quadros de dor moderada a máxima, onde se observavam situações de discrepância entre o que deveria de ser feito e o que na realidade era praticado ao nível do controlo da dor. Muitas das vezes por incapacidade do doente e/ou do familiar/cuidador gerir os esquemas complexos de medicação, ou por medo de a utilizar, por ser morfina ou pelos efeitos secundários associados. Em suma, a dor era tratada inadequadamente! A avaliação sistemática e contínua da dor e seus efeitos, assim como a monitorização da eficácia das intervenções efetuadas não era assegurada no domicílio, contrariamente ao que acontece em contexto hospitalar. O sofrimento causado pela dor era considerado inevitável pelo doente e família o que tinha forte impacto no seu bem-estar e qualidade de vida.

A dor está presente nas diferentes fases da doença oncológica. Segundo a IASP (2009), referente a dados de 2008, a dor encontra-se presente na doença oncológica na ordem dos 50% na fase de diagnóstico, aumentando a sua predominância para cerca de 75%, em estados mais avançados da doença onde atinge maior relevância, considerando que, é moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em fase terminal (DGS, 2008).

A dor é um dos sintomas mais presente e estigmatizante nos doentes com cancro em fase avançada da doença estando associada à fatalidade da doença e ao sofrimento. Segundo Twycross (2003), no doente em cuidados paliativos *“dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento”*. (p. 83) Para além do sofrimento físico e emocional que a dor causa no doente, pode provocar alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co morbilidades, que podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso. Pelo que, lembra-nos Gameiro (1999) *“compreender e aliviar o sofrimento humano devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar”* (p. 84).

O controlo da dor oncológica deve ser encarado como uma prioridade e fator fundamental na humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2001 e 2008). Reconhece-se ao enfermeiro um papel vital ao nível da equipa multidisciplinar, sendo *“uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor”* (DGS, 2001, p. 49).

A dor é considerada o quinto sinal vital, de acordo com a circular normativa N° 09/DGCG (14/6/2003) da Direção Geral de Saúde, *“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”* (p.1). Assim deve ser encarada em todos os contextos de cuidados, nomeadamente no contexto ambulatorio, enquanto aspeto essencial da boa prática a esse nível. Segundo Schumacher et al (2002) considerando que o contato do doente e família no domicílio com os profissionais de saúde é pontual, assegurar a avaliação e registo sistemático da intensidade de dor, por meio da utilização do diário de dor no domicílio pelo doente e familiar/cuidador, facilita a comunicação entre eles e permite a monitorização da eficácia das intervenções efetuadas.

Os Cuidados Paliativos assumem um papel determinante junto dos doentes com cancro em fase avançada da doença, nomeadamente ao nível do controlo da dor, na medida em que estes têm como principal objetivo reduzir o sofrimento, promover o bem-estar e a qualidade de vida do doente e da sua família (DGS, 2005). Os cuidados paliativos visam assegurar cuidados globais, isto é, que se estendem para além dos sintomas físicos, pois estes procuram integrar também os aspetos psicológicos, espirituais e sociais, junto do doente e família (TWYXCROSS, 2003).

Importa ter presente que no controlo da dor no doente em cuidados paliativos, como em qualquer doença crónica, é o doente e a família que assumem a sua gestão em ambulatorio, exigindo uma participação mais ativa destes nos cuidados prestados no domicílio (CASTRO, 2008).

Ora Collière (1999) lembra-nos precisamente que *“O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”* (p.290).

De acordo com Orem (1995), todas as pessoas adultas têm capacidade para se auto cuidar, porém por motivos de doença, essa capacidade pode ficar condicionada, onde a enfermagem poderá ter que intervir, a fazer por si o que o doente não consegue, ajudar a pessoa a compensar o desequilíbrio existente ou a educar a própria e/ou a família/cuidador de forma a capacitar para o autocuidado. Esta teoria tem sido encarada como uma resposta, no sentido de estimular o doente e família/cuidador em participar de forma ativa no seu tratamento e aumentar a sua responsabilidade nos resultados obtidos, onde o sistema de apoio e educação desempenha um importante papel no desenvolvimento de conhecimentos e capacidades essenciais ao autocuidado.

Phaneuf (2001) realça a importância que a educação assume, enquanto fator determinante para a saúde das populações, face à atual conceção de saúde e organização dos cuidados. Efetivamente os estudos realizados ao nível do controlo da dor em doentes com cancro, em contexto de ambulatório, são consensuais ao considerarem que os programas educativos desempenham um importante papel no alívio da dor e promoção da sua qualidade de vida. Na medida em que possibilitam ajustes nas conceções e conhecimentos desadequados acerca da dor e do seu tratamento, contribuindo assim para o controlo da dor no domicílio (DUCCI e PIMENTA, 2003; JAHN et al, 2010; WEST et al, 2003; AUBIN et al, 2006). O enfermeiro é aqui um importante agente de cuidados, pela relação de proximidade que desenvolve com o doente e família ao longo do processo de doença, é considerado o profissional que dispõe de melhores condições para intervir ao nível da educação (ANDRADE e PEREIRA, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado. Cruzando estes com a problemática em foco, levou-me a refletir sobre a prática de enfermagem no contexto da CCP, no âmbito do Hospital de Dia do Serviço de Oncologia, de um Hospital Distrital. Tendo emergido algumas questões: Como é que os enfermeiros na CCP promovem o autocuidado do doente e família para o controlo da dor? O que valorizam para o autocuidado a esse nível? Como é assegurada a avaliação da dor? Quais são as estruturas de suporte educativo e apoio utilizados? Como asseguram a continuidade dos cuidados? Como asseguram a monitorização das intervenções efetuadas?

Ao procurar dar resposta às questões colocadas, constatei que na CCP apesar de ser avaliada a presença de dor e de ser foco de intervenção, não existia a prática de avaliar e registar de forma sistemática a dor e mensurar a mesma numa vertente multidimensional através de um instrumento, quer na consulta, quer no domicílio. Ao nível da avaliação das necessidades educativas no âmbito do controlo da dor, não existia um guião que permitisse identificar as áreas com influência no controlo da dor que apresentassem défice de autocuidado nesse âmbito. Com isto, não existia um sistema de apoio e educação estruturado, quer ao nível do ensino e transmissão de informação, quer ao nível dos meios de apoio facultado ao doente e família. Desta forma, verificou-se a necessidade de rever e uniformizar práticas que permitissem assegurar uma abordagem sistemática e consistente da avaliação da dor crónica e registo na CCP e domicílio, assim como da capacidade de autocuidado, no sentido de otimizar o ensino e os meios de apoio à pessoa, de modo a promover uma melhoria no controlo da dor. Ainda foi importante salvaguardar os registos de enfermagem de forma a garantir a continuidade dos cuidados e obter indicadores de qualidade ao nível das intervenções de enfermagem, tal como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Este projeto teve como objetivo desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidar o doente oncológico e família em cuidados paliativos, nomeadamente ao nível do controlo da dor crónica em ambulatório, e contribuir para o desenvolvimento de boas práticas junto da equipa de enfermagem, que se reflitam na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no doente oncológico com dor em cuidados paliativos, no Serviço de Oncologia, do Hospital Distrital.

Para o desenvolvimento deste projeto, importa ter a consciência no ponto em que me encontro face à problemática em foco, de forma a poder compreender melhor o caminho a percorrer, perante o desafio a que me coloco. De acordo com Benner (2001), situo-me no patamar de competente, considerando que a autora coloca esta enfermeira como sendo aquela que tem a perceção dos seus atos em termos objetivos e estabelece um plano a longo prazo de forma consciente e deliberada, numa perspetiva de dar resposta às necessidades do doente. A enfermeira perita, age a partir da perceção da situação como um todo compreende cada situação de maneira intuitiva e apreende diretamente o problema, tomando decisões mais holísticas. Para atingir esse patamar ou de proficiente, importa incrementar uma aprendizagem ativa, que permita desenvolver o conhecimento prático, o “saber fazer”, sustentado na evidência, desenvolvido no decorrer da experiência clínica vivida (BENNER, 2001). De forma a atingir as competências do enfermeiro especialista, importa atingir o patamar de proficiente, e se possível de perita, na área de cuidados em foco. O enfermeiro especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros, é um enfermeiro que detém

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (2010. p.2).

Este projeto propõe-se ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista, no âmbito das competências comuns preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), nomeadamente ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e no da melhoria contínua da qualidade, no que concerne ao conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, e gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e promover a articulação entre a equipa multiprofissional. E ainda dar resposta às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011), em que o enfermeiro

“a) Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.” (p.2)

Este projeto encontra-se ancorado no quadro de referência de Dorothea Orem, segundo a teoria do Autocuidado e o Sistema de Apoio e Educação, e ainda na evidência científica, relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente e sua família em cuidados paliativos, ao nível do controlo da dor em contexto ambulatório.

Como questão norteadora do meu projeto de intervenção, defini: *Quais as intervenções de enfermagem que promovem o controlo da dor crónica nos doentes oncológicos em ambulatório?*

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo destina-se de uma forma geral, a enquadrar os temas que suportam este projeto. Este reflete sumariamente a revisão de literatura efetuada ao nível de áreas como, os cuidados paliativos e a dor oncológica, o papel do enfermeiro no controlo da dor, a educação do doente e família como estratégia na promoção do autocuidado ao nível do controlo da dor, com o intuito de compreender melhor a problemática em foco.

2.1 – O doente com dor oncológica em cuidados paliativos

Vários autores têm referido que associado ao crescente envelhecimento das populações está o incremento do número de doenças crónicas e incapacitantes, entre as quais se situa o cancro com elevada percentagem da incidência e mortalidade destas doenças, conduzindo a novos paradigmas dos cuidados de saúde (PACHECO, 2004; PORTELA, 1995). Face à doença crónica, sem possibilidade de cura, e em que a progressão da doença acabará por conduzir o doente à morte, impõe-se a necessidade de dar resposta ao doente com doença terminal, como acontece no doente com cancro em fase avançada da doença (TWYXCROSS, 2003; PACHECO, 2004). É imperativo uma mudança de mentalidade por parte dos profissionais de saúde, pois os cuidados não só exigem parcerias com o doente e família, mas impõem objetivos que se estendem para além da perspetiva de cura, e que obrigam a que a morte não seja encarada como um fracasso da sua ação.

A Carta dos Direitos do Doente em Fase Terminal defende que este deve ser alvo de cuidados individualizados que dêem resposta às suas necessidades e que permitam contribuir para diminuir o sofrimento, o que inclui o alívio da dor e da restante sintomatologia, mas também o apoio psicológico, pois a morte precisa de não ser apenas encarada como um fim (PACHECO, 2004). Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, de acordo com o artigo 87º “Do respeito pelo doente terminal”, o enfermeiro deve acompanhar o doente nas diferentes fases da doença, tem o dever ético do respeito pelo doente terminal, onde a dignidade humana deve ser mantida, os cuidados devem minorar o sofrimento, em particular a dor, promover qualidade de vida do doente e dignificar a morte (OE, 2005).

Os cuidados prestados no doente em fase terminal, não devem ser circunscritos ao doente, mas também englobar a sua família, pois como Kübler-Ross (1996) defende, se não considerarmos devidamente a família do doente em fase terminal, não poderemos cuidar deste de forma eficaz, na

medida em que a família desempenha um importante papel durante o processo de doença e as suas reações influenciam as do próprio doente.

Os cuidados paliativos visam proporcionar uma nova filosofia de cuidados, considerando que têm como objetivo proporcionar cuidados ativos e totais, que promovam o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida do doente em fase terminal e seus familiares, centrando-se no doente e não tanto na doença, numa perspetiva de aceitar a morte e melhorar a vida, que perduram para além dessa, no apoio ao luto (TWYXCROSS, 2003). Estes procuram preservar a autonomia e a dignidade do doente, alicerçando-se em aspetos fundamentais como, o trabalho em equipa, o controlo sintomático, a comunicação e apoio junto do doente e família (NETO, 2006).

Tal como já foi referido anteriormente, a dor no doente com cancro em fase avançada da doença, é um dos sintomas mais presente e mais temido pelo doente, não só pelo impacto físico, mas também por ser associada à progressão e fatalidade da doença, assim como ao sofrimento, o que inevitavelmente afeta a experiência vivenciada pelo doente e sua família (BIDARRA, 2010).

A dor é definida pela IASP (1986) como sendo *“uma experiencia multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”* (p.21). Indiscutivelmente a dor é uma experiência pessoal e subjetiva, essa existe sempre que o doente assim o indica (MCCAFFERY e BEEBE, 1989).

A dor pode ser dividida em dor aguda ou crónica, aguda quando é de duração breve e conhece-se a causa, o tratamento passa por eliminar a mesma. A dor crónica perdura ao longo do tempo, pode-se conhecer ou não a causa, o tratamento pode ser variado, afeta a pessoa de forma global, a família e o ambiente que a envolve, esta leva à debilidade, podendo gerar uma depressão profunda e a comorbilidades, o que constitui um desafio para os profissionais de saúde. A dor é assim um fenómeno multidimensional, engloba não só aspetos físicos, como também psicológicos, sociais e espirituais. (COSTA et al, 2005).

O doente com cancro pode sentir dor permanentemente, neste contexto a dor oncológica deixa de ser um mero sintoma, passa a assumir as características de dor crónica, com variações do nível da intensidade e distribuição ao longo do tempo. O doente com cancro poderá também ter episódios transitórios de intensificação aguda de dor, denominada por dor irruptiva. Esta afeta até 75% dos doentes, sendo que os episódios de dor irruptiva podem variar na frequência e duração, podendo surgir espontaneamente ou associados a algum fator predisponente (dor incidental), este tipo de dor

pode ser difícil de tratar (PEREIRA, 2006). A dor oncológica no doente em cuidados paliativos tem um forte impacto ao nível da qualidade de vida, ao não ser controlada pode causar ansiedade, depressão, influenciar o sono, o relacionamento com os outros, o apetite, a capacidade física, e estas reciprocamente podem influenciar a experiência de dor. Esta deve ser compreendida numa perspetiva de dor total, como é proposto por Saunders (PORTELA, 1999; BIDARRA, 2010).

A origem da dor pode ser contextualizada através do sistema nervoso central ou periférico. O elemento fisiológico da dor é designado por nociceção e, constitui um dos processos de transdução, transmissão e modulação de sinais neurais que são originados por resposta a um estímulo nocivo externo. A Teoria do Portão, de Melzack e Wall, pressupõe que é possível um controlo segmentar que permite inibir a transmissão nociceptiva, isto é, existe uma estimulação que é capaz de levar a cessação quase imediata de certas dores de origem periférica. (MELZACK e WALL, 1987). A compreensão desta teoria conduziu ao desenvolvimento de tratamentos da dor através da utilização de estratégias não farmacológicas, à base de aplicação de calor ou de frio e de massagens (COSTA et al, 2005).

A dor oncológica pode ter diferentes origens, como no próprio cancro por dano tecidual, pela invasão primária do tumor ou metastática, pode levar a dor nociceptiva associada a lesão somática ou visceral, ou a dor neuropática, por lesão do sistema nervoso periférico ou central, ou a síndromes de dor oncológica quando engloba diferentes tipos de dor provocados pelo envolvimento do tumor. Ainda pode ter origem no tratamento da própria doença, como na radioterapia e quimioterapia. O doente com cancro também pode manifestar dor que não esteja relacionada com o cancro. (COSTA et al, 2005; TWYXCROSS, 2003). Este pode apresentar dor com diferentes causas, a dor mais frequente nos doentes com cancro, deve-se ao envolvimento direto do tumor no local ou à distância, surgindo principalmente associada a metástases ósseas, compressão de nervos e envolvimento de vísceras ocas (GONÇALVES, 1999).

O controlo sintomático é uma importante componente dos cuidados paliativos, atendendo que não é possível dar resposta às necessidades emocionais, sociais e espirituais do doente e família, enquanto não forem tratados eficazmente os sintomas mais incómodos e presentes, como a dor, dada a incidência e a dimensão que a mesma assume. (PORTELA e NETO, 1999; TWYXCROSS, 2003; PACHECO, 2004).

2.2 – O controlo da dor oncológica no doente em cuidados paliativos

O controlo da dor é um direito do doente e um dever dos profissionais de saúde. A promoção do mesmo é condição essencial à humanização dos cuidados de saúde e deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

O controlo da dor diz respeito a um “*processo dinâmico de estratégias e/ou acções coordenadas, que têm por objectivo prevenir, avaliar e tratar a dor*” (OE, 2008, p. 25). Este exige uma abordagem multidisciplinar, onde é fundamental o envolvimento do doente e da sua família/cuidador, enquanto parceiros de cuidados e a monitorização da eficácia do tratamento (OE, 2008).

O enfermeiro possui uma posição singular na promoção e intervenção ao nível do controlo da dor, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, pela posição de proximidade que detém junto do doente e família. Este intervém de modo independente e/ou em articulação com os restantes elementos da equipa, ao nível da avaliação, identificação de barreiras, prevenção e tratamento, monitorização e ensino do doente, devendo dar evidências das suas intervenções por meio de registos, a fim de garantir a continuidade dos cuidados e verificar os resultados decorrentes da sua intervenção (OE, 2008).

A dor enquanto 5º sinal vital, requer uma avaliação regular e contínua e um registo sistemático, deve ser assegurada desde o primeiro contacto com o doente, regularmente e sempre que as características mudem, piorem ou quando o tratamento não é eficaz. A sua avaliação regular, pretende dar à subjetividade da dor uma objetividade, que permita formular diagnósticos e obter indicações para o plano de cuidados, podendo ser utilizados instrumentos de avaliação no sentido de a mensurar (PEREIRA, 2006)

No doente em cuidados paliativos, é comum utilizar a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, a qual permite efetuar a avaliação e monitorização de vários sintomas em simultâneo, tal como a dor, no entanto a sua avaliação carece de ser realizada de forma mais exaustiva e complexa, não se cinge apenas à avaliação da sua presença e intensidade, deve incluir uma abordagem multidimensional (NETO, 2006; PEREIRA, 2006).

A avaliação da dor deve privilegiar o auto relato e englobar diferentes aspetos. Para além da severidade da dor ao nível da sua intensidade, deve assegurar a caracterização da dor, identificar a sua localização, qualidade, fatores temporais, fatores de alívio e agravamento, a sua interferência a

nível funcional e a eficácia do tratamento. Podem ser utilizados instrumentos de auto avaliação da dor unidimensionais ou multidimensionais, os primeiros permitem apenas mensurar a intensidade da dor de acordo com uma escala, como, a escala visual analógica, numérica ou qualitativa, são comumente utilizadas na avaliação contínua e regular da dor. Enquanto os multidimensionais, como o Inventário Resumido da Dor (BPI), permite avaliar a dor em 15 itens, sendo esses, a dor ao nível da existência, a localização da dor por meio de um diagrama corporal, a severidade da dor (intensidade de dor máxima, mínima e média nas últimas 24 horas, e no momento) e a interferência funcional (atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver), ambas avaliadas segundo uma escala numérica de 0 a 10, e ainda as estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Este é um dos instrumentos de auto avaliação da dor multidimensional mais utilizado na avaliação da dor crónica tendo sido desenvolvido por Cleeland para avaliar a dor em doentes com cancro (AZEVEDO, 2007; PEREIRA, 2006). Ainda existem instrumentos de hetero avaliação, utilizados em doentes com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, os quais baseiam a avaliação da dor na presença de indicadores fisiológicos e comportamentais.

Ao nível dos doentes oncológicos, é ainda frequente avaliar a capacidade funcional, utilizando-se a escala de capacidade funcional (PS) de Zubrod e de Karnofsky para tal efeito. Avaliar a capacidade funcional da pessoa à medida que a progressão da doença avança, permite identificar quais as atividades diárias afetadas dos pacientes, logo a sua capacidade de autocuidado (MIASKOWSKI et al, 2010; AUBIN et al, 2006).

Os instrumentos para a avaliação da dor e capacidade funcional aqui enumerados estão devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa.

A auto avaliação da dor no doente com dor crónica, deve ser incentivada a ser realizada regularmente, quer ao nível da intensidade diária de dor, como da intensidade de dor irruptiva (picos de dor) e com isso as intervenções efetuadas e a sua eficácia, sendo importante utilizar um diário de dor, o qual para além auxiliar o auto controlo, permite monitorizar a eficácia das estratégias utilizadas, e garantir a continuidade dos cuidados. (OE, 2008; DGS, 2001; PEREIRA, 2006). Diferentes estudos efetuados ao nível do controlo da dor no doente com cancro em ambulatório, apontam a utilização do diário de dor por como um importante recurso para a promoção do controlo da dor (SCHUMACHER et al, 2002; WEST et al, 2003; AUBIN et al, 2006)

Com base na avaliação da dor realizada, devem ser definidas as estratégias de atuação a utilizar no controlo da dor, com a colaboração da restante equipa multidisciplinar, assim como com o doente e familiar/cuidador, respeitando a sua autonomia (OE, 2008).

No tratamento da dor oncológica, podem ser utilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, isoladamente ou em simultâneo. A estratégia farmacológica é a mais comum, importa ter presente as linhas de orientação da OMS para a dor oncológica, a qual deve, privilegiar a medicação oral, evitar a demora na sua aplicação, utilizar o fármaco certo de acordo com a escada analgésica da OMS na dose e frequência certa, possibilitar doses de resgate para a dor irruptiva. Podem ser utilizados fármacos isoladamente ou em simultâneo como, analgésicos não opiáceos e opiáceos fracos e fortes, ou fármacos co adjuvantes, que auxiliam o tratamento da dor, como anti depressivos, ansiolíticos, anticonvulsivos e corticosteróides. Apesar de a OMS ter considerado a morfina como o fármaco de eleição para o tratamento da dor oncológica, ainda hoje subsistem os mitos associados a esta, o que continua a impedir o doente de receber o tratamento mais adequado em certas circunstâncias. Ainda podem ser utilizados outros tratamentos como a quimioterapia ou a radioterapia, na tentativa de controlar a doença, e com isso a dor, ou ainda técnicas invasivas, como bloqueios terapêutico. (PEREIRA, 2006; TWYLCROSS, 2003; PORTELA, 1995; GONÇALVES, 1999).

O tratamento não farmacológico deve também ser considerado, o que passa por incentivar o doente e a família a recorrer a estratégias deste âmbito. Tais como, adotar posições de conforto e evitar atividades que causem dor, ou ainda utilizar técnicas a nível físico como a aplicação de calor/frio, de foro comportamental como o relaxamento, ou cognitivas como técnicas de distração e reestruturação cognitiva (ver televisão e ler, inculir pensamentos positivos). Numa perspetiva holística, de acordo com as necessidades específicas do doente, devem ainda ser abordados outros problemas de ordem biopsicossocial, que o doente possa apresentar (DGS, 2001)

Outro aspeto a considerar no controlo da dor, são os efeitos colaterais decorrentes dos fármacos utilizados para a dor, como a obstipação, a sonolência, os vômitos, entre outros, sendo importante informar o doente acerca destes, e facultar estratégias de atuação a esse nível, que visem a eliminação ou controlo dos mesmos, no sentido de aliviar o desconforto que esses causam (PEREIRA, 2006).

Em cuidados paliativos a escolha do tratamento a utilizar, deve ser sempre ponderada tendo em conta a perspetiva benefício, e as implicações (riscos) que esse tem na qualidade de vida do doente a outros níveis (GONÇALVES, 1999). Neste contexto de cuidados o controlo da dor exige uma

abordagem sequencial, nem sempre sendo possível o alívio total da dor, sendo preferível procurar alcançar um alívio progressivo da dor, isto é, primeiro o alívio durante a noite, depois em repouso de dia e por último em movimento. Nem sempre é possível abarcar todos eles, pelo que devem ser considerados vários aspetos, recorrer a diferentes estratégias e estabelecer metas realistas com o doente e família (TWYXCROSS, 2003).

No doente com dor oncológica em ambulatório, a avaliação da dor e o grau de alívio e de satisfação do doente com o tratamento, deve ser efetuada com intervalos regulares, a fim de poder reajustar o plano de cuidados, com rapidez (DGS, 2001).

Importa ainda ter presente que *“apesar da existência de linhas gerias de orientação eficazes, a dor oncológica mantém-se geralmente precariamente controlada”* (PEREIRA, 2006, p.61). As barreiras que condicionam um controlo eficaz da dor são variadas, podem estar relacionadas com os profissionais, com o próprio doente e família, ou com o sistema de saúde. A evidência neste campo diz-nos que o controlo da dor oncológica está relacionado com as conceções e conhecimentos acerca da dor e do tratamento do doente ou familiar/cuidador, onde aspetos como o medo de adição ao utilizar opióides, os efeitos secundários associados, o acreditarem que devem minimizar os sintomas e suportar a dor, condicionam a utilização adequada do tratamento e com isso a adesão ao mesmo (AUBIN et al, 2006; GUNNARSDOTTIR, 2002; YATES et al, 2002; DUCCI e PIMENTA, 2003).

Adesão que é definida como, *“a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde”* (OE, 2009, p.31). Estima-se que nos países desenvolvidos adesão ao tratamento é na ordem dos 50%, a OMS em 2003 identificou a não adesão ao tratamento como um «problema mundial de magnitude impressionante». O fenómeno da não-adesão é complexo, pode ser influenciada por diferentes dimensões, de ordem física, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual (OE, 2009).

Para o ICN os enfermeiros desempenham um importante papel no estabelecimento de parcerias com os doentes e as famílias para promover a adesão ao tratamento, onde a educação é uma importante estratégia.

2.3 – A educação na promoção do autocuidado para o controlo da dor

Perante a situação de dor oncológica, o doente e a sua família são confrontados com inúmeros desafios, nomeadamente no que concerne terem que assegurar a gestão da dor no domicílio, sendo essencial garantir a capacidade de autocuidado a esse nível. Neste âmbito a Ordem dos Enfermeiros (2009) considera que *“A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas, exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado”* (p.34).

De acordo com Dorothea Orem (1995), o autocuidado é uma forma de autogestão necessária para a própria vida, para a saúde, para o desenvolvimento humano e o bem-estar, o qual pode ser assegurado pelo próprio ou por outro agente de cuidado, como um familiar ou um cuidador que não familiar. O mesmo pode estar comprometido perante a situação de doença, logo o enfermeiro deve promover uma aprendizagem significativa, dotando o doente de competências para lidar com a doença e realizar o autocuidado.

Na verdade Orem desenvolveu uma teoria de enfermagem composta por três teorias inter-relacionadas: a do autocuidado, a do défice de autocuidado e a dos sistemas de enfermagem, a qual inclui o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No contexto de cuidados do doente em ambulatório, o enfermeiro intervém no autocuidado do doente, por meio do sistema de apoio e educação. Atendendo ao fato de nesta situação, o doente ou o familiar/cuidador, pode ser capaz de o desempenhar, embora necessite de aprender a executar ações de autocuidado terapêutico, mediante orientação. Neste sentido, o enfermeiro deve identificar o défice ao nível dos conhecimentos e capacidades, e prestar ajuda por meio de apoio, orientação e promoção de um ambiente de desenvolvimento e ensino, que permita a tomada de decisão, o controlo de comportamentos e aquisição de conhecimentos e capacidades (OREM, 1995).

De acordo com as recomendações do PNLCD, seja qual for o tratamento instituído, seja ele de natureza farmacológica ou não farmacológica, o doente deve ter em consideração algumas indicações para uma melhor utilização das estratégias instituídas *“com vista a contribuir, ele próprio, para uma menor incidência de dor e para um mais eficaz auto controlo dos sintomas, atingindo, assim, os ganhos em saúde desejados”* (DGS, 2001, p. 49).

O auto controlo da dor é, *“Processo dinâmico de estratégias e / ou ações coordenadas, realizadas pelo próprio, que têm por objetivo eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter-se confortável.”* (OE, p. 25). O auto controlo prende-se sobretudo com a adoção das estratégias não farmacológicas, contudo o doente deve ser igualmente instruído de forma a gerir eficazmente as estratégias farmacológicas e a promover a auto avaliação da dor. (DGS, 2001). Desta forma a pessoa deve ser envolvida no controlo da dor, devendo ser instruído e treinado para o auto controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tal como acerca das medidas a utilizar para o controlo dos efeitos colaterais da medicação opióides, e ainda da necessidade de assegurar a auto avaliação da dor e alertar precocemente os profissionais para a alteração do padrão de dor e sintomas colaterais (OE, 2008).

Contudo importa realçar que perante uma pessoa confrontada com a doença que lhe induz medo, angústia, ansiedade, revolta e sofrimento, o processo educativo exige maior perícia. Ao enfermeiro não basta transmitir informações, é fundamental interagir com o doente e a família/cuidador, para apoiar e compreender as suas vivências e necessidades, os seus conhecimentos e valores, no sentido de definir em parceria um plano de ensino, que permita desenvolver capacidades e conhecimentos básicos ao autocuidado (BENNER, 2001; BIDARRA, 2010).

Diferentes estudos têm-se debruçado sobre o controlo da dor no doente com cancro em ambulatório, onde se verifica na prática a relevância das intervenções de educação estruturadas, de forma a identificar défices de conhecimento, e fornecer ensino e apoio individualizado que permita desenvolver conhecimentos e capacidades que influenciem positivamente o controlo da dor.

No estudo realizado por Aubin et al (2006), de abordagem quantitativa, quase experimental, com o objetivo de avaliar o efeito de um programa educativo sobre o alívio da dor em doentes com cancro avançado no domicílio, foi possível verificar que houve um decréscimo significativo da intensidade da dor após a intervenção educativa, sugerindo que esta provocou uma melhoria no tratamento da dor. Apontando que a intervenção educativa pode ser eficaz na melhoria da monitorização, na modificação das atitudes e crenças dos doentes sobre o uso de analgésicos opióides e o alívio da dor, promovendo um melhor controlo da dor em doentes com cancro no domicílio.

De acordo com a revisão de literatura realizada por West et al (2003), com o intuito de descrever um programa educativo para o controlo da dor, como sendo uma abordagem educacional que oferece aos doentes e familiares/cuidadores o conhecimento, a capacidade e o apoio de enfermagem necessário para melhorar o alívio da dor, pode-se considerar que essa é uma abordagem eficaz, que pode ser usada para ajudar os doentes com cancro com dor e seus familiares/cuidadores a obter o

conhecimento e as habilidades que são necessárias para controlar a dor. As três estratégias-chave para o desenvolvimento do programa em análise, foram (a) fornecimento de informações detalhadas; (b) desenvolvimento de habilidades através do treino com o apoio de enfermagem (*coaching*); (c) apoio de enfermagem interativo.

De acordo com um estudo efetuado por Castro (2008), o cuidador considera a informação transmitida e o apoio telefónico, como sendo fatores importantes no processo de aprendizagem para cuidar, no que diz respeito à medicação este aponta a necessidade de aprendizagem da importância do horário, dosagem e forma de administração dos fármacos analgésicos. Segundo os resultados apurados, o autor conclui que é fulcral estabelecer planos de ensino, onde a transmissão de informação estruturada e objetiva é essencial.

De acordo com o estudo realizado por Böstrom et al (2004), para os doentes e familiares, o apoio contínuo, a relação desenvolvida e o envolvimento do doente e família na tomada de decisão, promovidos pelos cuidados paliativos, são importantes para o alívio da dor, sobretudo pelo sentimento de apoio e de segurança promovido.

Segundo Ferrell (2003), o enfermeiro desempenha um papel vital no controlo da dor, nomeadamente na avaliação da dor, na educação do doente e familiar/cuidador por meio do ensino ao nível do tratamento farmacológico e não farmacológico, efeitos colaterais e estratégias de intervenção a esse nível, instruir para o auto controlo e auto avaliação da dor, proporcionar o esclarecimento de dúvidas, receios e mitos, e sensibilizar para a importância de relatar o padrão da dor e a eficácia do tratamento aos profissionais de saúde.

Neste âmbito também aqui a comunicação e o apoio prestado ao doente e família desempenham aqui um importante papel, quer no estabelecimento da relação terapêutica, como no processo de ensino. Facultar informação escrita que suporte o ensino efetuado, prestar apoio contínuo e monitorizar a eficácia das intervenções efetuadas, também são importantes aspetos a considerar no processo educativo (OE, 2008)

Os componentes a serem contemplados no processo de educação para o autocuidado segundo Pender (1987) são: avaliar as competências de autocuidado; definir as prioridades de aprendizagem; estabelecer os objetivos a curto e longo prazo, facilitar o ritmo de aprendizagem individual, utilizar reforços positivos, criar um ambiente de suporte para a aprendizagem e avaliar a evolução do doente ou familiar/cuidador.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Este capítulo pretende dar a conhecer o percurso efetuado ao nível da implementação do projeto de intervenção, na tentativa de espelhar as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos, assim como os resultados obtidos decorrentes da implementação do mesmo. Será feita uma análise reflexiva, de acordo com as atividades desenvolvidas e os objetivos propostos para cada campo de estágio.

Estes passam por ser duas UTD que prestam cuidados ao nível da dor crónica, em realidades hospitalares distintas, uma delas num Hospital Distrital e a outra num Hospital da Especialidade de Oncologia, sendo o último uma unidade de referência nacional nessa área de cuidados. O objetivo geral do desenvolvimento do projeto nestes campos de estágio passou por permitir a aquisição de competências como enfermeira especialista, no cuidar o doente oncológico e sua família nomeadamente ao nível do controlo da dor crónica, em contexto ambulatório.

Nestes contextos de estágio tive a necessidade de realizar diariamente registos acerca das intervenções realizadas pelos enfermeiros na abordagem da dor, assim como quanto à forma como os doentes e famílias pensam e agem, de acordo com os seus valores, representações, crenças, opiniões, atitudes, hábitos, perante a situação de dor e enquanto parceiros de cuidados, no sentido de melhorar a compreensão dessas realidades complexas.

Ainda a par da concretização destes dois estágios, também realizei uma revisão de literatura sobre evidência científica de acordo com a questão norteadora do meu projeto: Quais as intervenções de enfermagem que promovem o controlo da dor crónica nos doentes oncológicos em ambulatório. Considerando que esta é uma importante fonte de conhecimento que permite suportar o desempenho profissional sustentado na evidência (Apêndice1).

O último campo de estágio é no mesmo Hospital Distrital referido anteriormente, no Serviço de Oncologia, no contexto do Hospital de Dia, nomeadamente ao nível da CCP, local onde decorreu a minha intervenção enquanto enfermeira especialista e o desenvolvimento do projeto de intervenção em si.

3.1 – Implementação numa Unidade Terapêutica da Dor num Hospital Distrital

Este estágio teve a duração de 96 horas, e a sua realização permitiu experienciar a prestação de cuidados por peritos no contexto de dor crónica, nomeadamente enfermeiros. Os objetivos propostos para este local de estágio foram: aprofundar conhecimentos sobre o controlo da dor crónica em ambulatório no doente com cancro em cuidados paliativos e compreender o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar sobre o controlo da dor crónica em ambulatório no doente.

A realização deste estágio permitiu aprofundar conhecimentos sobre o controlo da dor crónica no doente em ambulatório, por meio da consulta da bibliografia e Guias de Boas Práticas existentes no serviço, ao nível da avaliação, prevenção e tratamento da dor. Realizei ainda pesquisa bibliográfica sobre fisiologia da dor, tipos de dor e síndromas algícos oncológicos, medicação analgésica e coadjuvante e estratégias não farmacológicas adotadas. Também foi possível participar nas diferentes atividades aí desenvolvidas, das quais o enfermeiro faz parte, como a Consulta Multidisciplinar de Dor de 1ª vez e subsequentes, Consulta de Apoio Telefónico e Reunião Multidisciplinar de Discussão Terapêutica, o que aliado ao fato de a enfermeira orientadora de estágio ser perita na área, proporcionou uma partilha rica de experiências e conhecimentos, permitindo cimentar aspetos da prática de uma forma mais abrangente.

Nesta Unidade as atividades mencionadas são desenvolvidas em conjunto pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, no sentido de abordar o doente com dor crónica de forma holística, numa perspetiva de dor “total”, onde o enfermeiro desempenha um importante papel, quer ao nível da avaliação da dor, na prevenção e tratamento da dor, no ensino e envolvimento do doente e família enquanto parceiros de cuidados, de forma a assegurar o autocuidado no domicílio e assim promover o controlo da dor.

Tive a oportunidade de participar na avaliação da dor e na aplicação dos instrumentos utilizados pela Unidade nesse âmbito, como o Inventário Resumido da Dor (BPI), empregue pelo enfermeiro na avaliação inicial da dor, no sentido de se poder mensurar a dor e dar visibilidade à mesma em diferentes dimensões. Ainda pude ter contato com outros instrumentos de avaliação como a escala de Karnofsky, utilizada para avaliar a capacidade funcional do doente face à progressão da doença.

A oportunidade de participar e intervir na avaliação da dor possibilitou tornar mais abrangente a experiência de avaliação da dor, nomeadamente na vertente de dor total, onde me foi possível constatar na prática o processo complexo que é, dada a dificuldade que o doente demonstra ter na

compreensão dos instrumentos utilizados na auto avaliação da dor. Aqui foi evidente a perícia que é exigida ao enfermeiro na aplicação dos mesmos, no sentido de o doente conseguir dar “corpo” à subjetividade da sua dor de forma objetiva, onde se torna fulcral, adequar a linguagem utilizada, questionar o mesmo de forma simples e direta, observar a linguagem não-verbal do doente e sobretudo saber escutar e ver para além do instrumento utilizado. Perante estes aspetos surgiu a necessidade de refletir junto da equipa de enfermagem, acerca da sua intervenção a esse nível, e da importância da utilização desses instrumentos na avaliação da dor, para a formulação de diagnósticos e intervenções, contudo importa garantir que esses devem ser entendidos como um meio norteador e não como um fim em si mesmo, querendo com isto dizer que, em última análise deve imperar o juízo clínico.

No que concerne à auto avaliação sistemática da intensidade de dor diária por parte do doente e família no domicílio, existe um modelo de Diário de Dor instituído nesta UTD, contudo não é utilizado de forma sistemática, pois apenas é utilizado geralmente em doentes que apresentem dor de intensidade moderada a máxima e de difícil controlo. Apenas tive a oportunidade de verificar a utilização do mesmo ao nível de uma doente, curiosamente com dor oncológica, a qual registava períodos de dor irruptiva intensa e de difícil controlo, mas em que o Diário da Dor ao dar elementos objetivos da história da dor em casa, possibilitou ajustar o tratamento da forma mais adequada.

Ao nível do tratamento da dor, foi notória a importância que é dada às estratégias não farmacológicas pela equipa multidisciplinar, como a acupuntura, massagem, aplicação de calor/frio, controlo da atenção, relaxamento, entre outras, procurando-se conciliar sempre no plano de tratamento estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Relativamente ao plano de cuidados este não é “de enfermagem”, mas é “do doente”, pois é sempre estabelecido tendo em conta o contributo dos diferentes elementos da equipa e do próprio doente e família, atendendo à individualidade e autonomia de cada doente, onde se procura dar resposta às necessidades do doente nas diferentes dimensões que a dor crónica abarca.

A UTD possibilita prestar apoio ao doente no domicílio por meio de contacto telefónico, sempre que este sentir necessidade de contactar a unidade, na tentativa de promover a continuidade dos cuidados e com isso, uma maior eficácia no controlo da dor. Esta atividade é assegurada pelo enfermeiro em articulação com a equipa multidisciplinar. Tive a oportunidade de acompanhar pontualmente alguns telefonemas realizados pelo doente ou família e, de acordo com os registos que efetuei neste âmbito, assisti a 8, estes prendia-se com episódios de dor não controlada, relacionado com o fato de o tratamento não ser realizado como indicado, onde a intervenção do

enfermeiro passou por verificar como esses utilizavam as estratégias farmacológicas e não farmacológicas, passando a reforçar o ensino efetuado no momento da consulta, esclarecer dúvidas e receios.

Nesta unidade foi bastante perceptível a dinâmica da equipa multidisciplinar, no sentido de desenvolver a sua atividade sustentada numa coesão multidisciplinar que vise abordar a dor, o doente e a família de uma forma global e integrada. Os próprios registos das diferentes intervenções efetuadas, são realizados de forma sistemática em processo único para garantir a articulação multidisciplinar e a continuidade dos cuidados.

Apesar de esta Unidade prestar cuidados maioritariamente junto de doentes com dor crónica de origem musculoesquelética, foi possível intervir ao nível do doente e família com dor oncológica, embora em menor número. Ainda assim possibilitou a compreensão dos cuidados e das práticas desenvolvidas ao nível dos doentes com dor oncológica, sendo possível identificar diferenças, quer na forma como a dor é experienciada pelo doente e família, quer nas estratégias adotadas no tratamento da dor oncológica. Segundo os registos que efetuei, é notório o fato dos opiáceos serem quase sempre prescritos para tratamento da dor oncológica e ser sempre disponibilizado ao doente a possibilidade de recorrer a doses de resgate para os episódios de dor irruptiva, embora os mitos e as crenças dos doente e família associados à dor oncológica, como o entender a dor como sinal de progressão da doença, acreditar que se devia deixar esse recurso (morfina) para a fase mais avançada da doença onde a dor é mais severa e o medo da adição e dos efeitos colaterais, acabasse por se refletir na adesão ao tratamento e na adoção das estratégias instituídas. A intervenção do enfermeiro a este nível centrou-se sobretudo no ensino e apoio ao doente e família, no sentido de esclarecer dúvidas e receios, desenvolver conhecimentos e capacidades ao nível da utilização adequada das estratégias farmacológicas e não farmacológicas no domicílio, com isso promover a adesão ao tratamento, o que era reforçado com a entrega do Guia de Tratamento Farmacológico instituído, de forma a promover o autocuidado do doente para um controlo da dor mais eficaz no domicílio.

Resta referir que durante este estágio fui convidada pela equipa da UTD e do Serviço de Oncologia, local onde também iria realizar estágio, no mesmo Hospital Distrital, a participar enquanto formanda num Curso de Cuidados Paliativos (Anexo 1), e posteriormente num Curso sobre “Os Enfermeiros e a Dor” (Anexo 2), ambos com a duração de 35 horas. Realizei os mesmos enquanto atividades intercalares, no sentido de enriquecer conhecimentos e desenvolver competências nessas áreas de cuidados.

3.2 – Implementação numa Unidade Terapêutica da Dor num Hospital da Especialidade de Oncologia

A realização do estágio nesta Unidade deveu-se ao facto de esta ser uma referência nacional no que diz respeito ao controlo da dor, nomeadamente do doente oncológico, e assim possibilitar ter contato com esse contexto específico de cuidados. Apesar da riqueza do campo de estágio em questão, apenas me foi possível realizar 48 horas de estágio, decorrente da impossibilidade de o mesmo poder aumentar a carga horária, pelo número alargado de solicitações efetuadas por outros alunos.

Procurei focar a minha intervenção de forma a poder desenvolver competências, de acordo com os objetivos traçados, sendo estes: identificar modelos de avaliação da dor no doente oncológico; identificar modelos de suporte informativo facultados ao doente e família no sentido de promover o autocuidado para o controlo da dor em ambulatório; aprofundar conhecimentos relativamente à consulta telefónica de apoio ao doente e família com dor crónica.

Durante este estágio foi possível consultar documentos específicos como o Regulamento Interno do Serviço, normas e protocolos de atuação que visam traçar linhas de atuação ao nível da dor crónica no doente com cancro, e ainda participar nas atividades desenvolvidas pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Porém procurei sobretudo fazê-lo ao nível das que eram promovidas pelo enfermeiro, como a Consulta de Enfermagem e a Consulta Telefónica, ou nas que contavam com a sua colaboração, como a Consulta Médica, o que permitiu aprofundar conhecimentos e experienciar as intervenções efetuadas por enfermeiros peritos na área, o que trouxe indiscutivelmente grandes contributos para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, nomeadamente neste contexto de cuidados.

Particpei na consulta de enfermagem realizada no momento de admissão do doente na Unidade, destinada a promover o acolhimento deste e assegurar a avaliação inicial da dor, também aqui realizada através da aplicação do Inventário Resumido da Dor (BPI), onde a sua aplicação e as dificuldades sentidas foram de encontro ao que já tinha observado anteriormente no estágio anterior. A dor enquanto 5º sinal vital é avaliada sempre que o doente recorre à UTD, por meio da utilização de escalas de auto avaliação da dor unidimensionais, como a Escala Numérica, Escala Qualitativa e a Escala Visual Analógica, as quais existem afixadas sob o formato de cartaz em todas as áreas de cuidados, e que se demonstrou ser um recurso frequentemente utilizado e uma estratégia eficaz para uma maior compreensão das mesmas por parte da grande maioria dos doentes.

No que diz respeito a auto avaliação da intensidade diária de dor no domicílio, constatei que não existe a prática de incentivar o doente a utilizar um diário de dor, apesar de ser considerado benéfico na articulação entre doente e profissionais e para o autocuidado, por o doente não aderir a essa prática, mesmo quando incentivado, segundo a percepção dos profissionais da UTD. Este aspeto levou a momentos de reflexão conjunta, relativamente às barreiras dos próprios profissionais e às estratégias a desenvolver por estes a esse nível junto do doente e família.

No que concerne à promoção do autocuidado do doente e família para o controlo da dor no domicílio, constatei que o enfermeiro procurou identificar as necessidades de ensino e apoio ao doente e família, nos diferentes momentos em que se encontrou junto destes, no sentido de promover o autocuidado do doente na gestão do tratamento implementado, considerando que frequentemente se verificou a não adesão ou a adesão parcial do doente ao tratamento farmacológico. Os motivos neste âmbito mais apontados pelos doentes e familiar/cuidador, segundo os dados contidos nos registos realizados por mim a este nível, prendiam-se sobretudo com a dificuldade sentida em gerir os complexos tratamentos instituídos, os efeitos colaterais associados, como a obstipação, as náuseas e a sonolência, a crença da dor ser inevitável, o medo dos opiáceos, dado o risco de dependência e de esgotar esse recurso para uma fase mais avançada da doença. O ensino efetuado junto destes procurou esclarecer dúvidas, desmistificar mitos e crenças associadas à dor oncológica e ao tratamento desta, na tentativa de derrubar barreiras que se interpõe ao controlo da dor, e sobretudo instruir e treinar para a gestão eficaz do tratamento farmacológico e para o auto controlo na adoção de estratégias não farmacológicas de acordo com o plano de tratamento, e ainda ensinar a controlar os estímulos que lhe provocam dor, condições essenciais para a promoção do autocuidado para o controlo da dor em ambulatório. O ensino realizado foi sempre reforçado com a entrega do Guia de Tratamento Farmacológico da própria unidade.

Outros modelos de suporte informativo foram facultados pelo enfermeiro ao doente e familiar/cuidador no sentido de promover o autocuidado, como folhetos informativos e de sensibilização do doente e família, para o seu papel no controlo da dor, e ainda acerca dos sintomas decorrentes dos efeitos colaterais do tratamento farmacológico e das estratégias não farmacológicas a utilizar por estes no sentido de os controlar.

A Consulta Telefónica desenvolvida nesta UTD permite garantir a continuidade dos cuidados, constitui um importante recurso de apoio ao doente e uma importante área de intervenção do enfermeiro. Nesta o enfermeiro procura proporcionar ao doente e família apoio emocional, esclarecer dúvidas e receios, reforçar o ensino e reajustar o plano de tratamento de acordo com os

protocolos definidos, no sentido de promover o autocuidado do doente e família para o controlo da dor no domicílio. Diariamente esta Unidade é alvo de um número alargado de contactos telefónicos efetuados pelo doente e família, tendo por isso tido a oportunidade de participar em 18 Consultas Telefónicas. Além de isso ter possibilitado constatar quais as principais razões dos telefonemas, de acordo com as notas de campo realizadas, estas prendiam-se sobretudo com a não eficácia do tratamento ou com os seus efeitos colaterais, que surgiam devido à não adesão ou adesão parcial ao tratamento. Também me permitiu tomar consciência das competências que esta exige por parte do enfermeiro, como a capacidade de estabelecer proximidade e confiança junto do doente ou familiar/cuidador à distância, de obter informações precisas, sendo essencial saber escutar e comunicar de forma assertiva.

Efetivamente é de destacar a comunicação eficaz e assertiva promovida pelos enfermeiros desta UTD em todos os momentos de cuidados, sendo essa uma condição essencial no estabelecimento da relação terapêutica com o doente e família, assente no sentimento de confiança e proximidade, um aspeto que se mostrou ser uma tónica desta equipa de enfermagem, o que proporcionou uma aprendizagem rica a esse nível.

Ao longo deste estágio foi possível colaborar na prestação de cuidados junto de doentes com dor oncológica que se encontravam em fase avançada da doença, tendo grande parte destes sido referenciados para a CCP desta unidade Hospitalar, a fim de serem prestados cuidados globais noutras dimensões para além da dor. Destes houve um doente e família que pude acompanhar e intervir em diferentes momentos na UTD, sendo bem patente o impacto da dor enquanto fonte de sofrimento, com implicações a nível físico, emocional e social, o que condicionava todo o apoio prestado ao nível dos outros sintomas e necessidades emocionais e espirituais que a doença terminal acarreta, quer ao nível do doente e da sua família. Tendo sido fulcral proporcionar o alívio eficaz da dor, o que passou por ajustar o plano de tratamento, assim como dotar a família de conhecimentos e capacidades que permitissem assegurar o autocuidado a esse nível, e com isto conseguir cuidar do doente nesta fase da vida com toda a singularidade que essa exige e no seu domicílio.

3.3 - Implementação num Serviço de Oncologia/Consulta de Cuidados Paliativos num Hospital Distrital

Dado o meu interesse em desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na área da dor no doente com cancro em cuidados paliativos em ambulatório, fazia todo o sentido realizar estágio neste Serviço de Oncologia, por este dispor de uma CCP. O estágio teve a carga horária de 312 horas.

A CCP dentro do conceito de multidisciplinaridade conta a com a colaboração de duas médicas, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social, um psiquiatra, um nutricionista, a enfermeira do Serviço de Gestão de Altas, um capelão, articula-se ainda com a equipa da Rede de Cuidados Continuados da comunidade. Como não poderia deixar de ser, esta conta ainda com o apoio da restante equipa multidisciplinar do Serviço de Oncologia, de acordo com as necessidades dos doentes e as atividades desenvolvidas no contexto de internamento e de Hospital de Dia.

A CCP é realizada diariamente no Hospital de Dia do Serviço de Oncologia, em conjunto por uma médica e uma enfermeira com formação diferenciada na área de Cuidados Paliativos. Os restantes elementos da equipa colaboram com a CCP mediante solicitação.

Durante este estágio foi desenvolvido o projeto de intervenção, de acordo com a metodologia de projeto. Este tem como principal objetivo a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitam a recolha e análise de informação, e com isso determinar as ações a implementar, na tentativa de responder à questão “o que fazer e como fazer”. Esta metodologia permite estabelecer a ponte entre a teoria e a prática, onde existe a dualidade investigação ação, não é um processo estanque, é dinâmico, permite a readaptação e a reorientação ao longo da intervenção sempre que necessário (LEITE et al, 2011).

No âmbito do desenvolvimento do projeto, este teve como objetivo geral, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem ao doente oncológico com dor em cuidados paliativos no domicílio, que reflitam as boas práticas na abordagem da dor crónica.

O mesmo foi desenvolvido segundo as diferentes fases que a metodologia de projeto contempla, as quais dizem respeito ao diagnóstico de situação de acordo com a problemática em análise, ao planeamento das atividades a desenvolver, execução das mesmas e por último a avaliação e divulgação dos resultados. Estas são retratadas nos sub capítulos seguintes.

3.3.1 – Diagnóstico de situação

Após ter apresentado o projeto junto da equipa multidisciplinar que assegura diariamente a realização da CCP, passei a efetuar o diagnóstico da situação. Este decorreu durante um período de 4 dias, através da análise documental dos registos efetuados nos processos dos doentes com cancro na CCP. Nesse período foram realizadas 16 CCP, das quais 4 foram de 1ª vez e as restantes eram subsequentes. Os registos efetuados nos processos das consultas desses dias, foram auditados no sentido de verificar se estes tinham sido realizados de acordo com os seguintes critérios para a avaliação da dor: a intensidade da dor no momento e nas últimas 24 horas, utilizando uma escala de avaliação da dor; o impacto da dor nas atividades de vida do doente, utilizando um dos instrumentos recomendados de avaliação multidimensional da dor; as características temporais da dor (modo de começo e evolução ao longo do tempo), localização e qualidade da dor do doente; os fatores de agravamento e de alívio da dor.

Relativamente à promoção do autocuidado do doente e família/ cuidador para o controlo da dor no domicílio os critérios definidos a auditar nos registos efetuados nos processos foram: a capacidade funcional do doente para assegurar o auto cuidado através de uma escala de avaliação recomendada; o responsável pela gestão do tratamento da dor; os défices de autocuidado acerca da auto avaliação da intensidade diária da dor e de dor irruptiva no domicílio, e da utilização das estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo; os motivos de não adesão ou adesão parcial ao tratamento para a dor.

Nesse período foi realizada a CCP a 16 doentes, dos quais 10 apresentavam dor, tendo tido oportunidade de observar todas elas. Através da análise documental dos registos efetuados nos processos dos doentes foi possível verificar que em relação à avaliação da dor e de acordo com os critérios definidos, nas 10 consultas foi avaliada e registada a presença da dor, por meio da utilização de um modelo de avaliação de sintomas adaptado da ESAS, no qual apenas é identificada a presença de sintomas, como a dor, e a intensidade dos sintomas é avaliada através da escala qualitativa, como a que é utilizada para a avaliação da dor. Em termos da avaliação da intensidade da dor, apenas se encontrava registado em 6 processos a avaliação da mesma de acordo com a terminologia utilizada na escala qualitativa de avaliação da dor. Quanto à avaliação do impacto da dor nas atividades de vida do doente, verifiquei que não existe qualquer modelo de avaliação multidimensional da dor, mas os registos de 4 doentes referiam que a dor interferia com o sono ou a realização de atividades. Todos os processos tinham o registo da localização da dor, enquanto a caracterização temporal e qualitativa da dor apenas constava registada em 6 processos. No que

concerne à identificação de fatores de agravamento e alívio, apenas se encontravam mencionados fatores de agravamento em 7 processos, e nunca constavam os de alívio.

Quanto à promoção do autocuidado do doente e família/ cuidador para o controlo da dor no domicílio, verifica-se que os registos têm menos informação do que o que aconteceu na consulta pelo que os resultados desta colocam-se entre parêntesis. Nenhum registo tinha referência à avaliação da capacidade funcional do doente (e também não foi avaliada na consulta) e ao agente de auto cuidado no tratamento da dor (mas em todas as consultas este dado foi avaliado). Em três processos há registo dos doentes avaliarem espontaneamente a intensidade diária da dor irruptiva, as estratégias utilizadas e a eficácia observada (mas em nenhuma consulta houve incentivos para a monitorização da intensidade diária de dor e da dor irruptiva no domicílio, bem como das estratégias utilizadas para o seu alívio e eficácia das mesmas). De referir que em todas as consultas os doentes e suas famílias foram informados acerca das estratégias farmacológicas e não farmacológicas estabelecidas de acordo com o plano de tratamento, mas sem contudo terem sido previamente identificados os défices existentes a este nível. O motivo dos 6 doentes que apresentaram comportamentos de não adesão ou de adesão parcial ao tratamento encontrava-se registado em 4 processos (apesar de esta informação ter sido colhida nos 6 na consulta).

Antes de finalizar há a referir que o único meio de suporte informativo facultado aos doentes na consulta foi o Guia de Tratamento, o qual apenas continha informações relativas ao tratamento farmacológico, não existindo outros modelos de suporte informativo ao nível do controlo da dor, assim como não existia um modelo de Diário de Dor no serviço que pudesse ser facultado aos doentes e familiar/cuidador. Em termos do apoio facultado ao doente e família, foi sempre dada a possibilidade de estes contactarem telefonicamente o serviço quando necessário.

Desta forma é possível constatar que não existia a prática de avaliar a dor e registar de forma consistente e regular, e ainda avaliar a dor a nível multidimensional por meio da utilização de um instrumento. Assim como não existia e um sistema de apoio e educação estruturado, quer ao nível do ensino e transmissão de informação, como nos meios de apoio facultados ao doente e família no sentido de promover o autocuidado para o controlo da dor, e ainda a monitorização das intervenções efetuadas.

3.3.2 – Planeamento da ação

Mediante o diagnóstico de situação efetuado, as práticas recomendadas para o tratamento e controlo da dor crónica, em conjunto com a equipa multidisciplinar da CCP, verificou-se a necessidade de rever e uniformizar práticas que permitissem assegurar uma abordagem contínua e regular ao nível da avaliação da dor, assim como da capacidade de autocuidado, no sentido de promover uma intervenção educativa mais estruturada que pudesse facultar ao doente e família outros meios de apoio, e com isto otimizar o ensino e proporcionar-se uma resposta mais adequada. Face ao observado constatou-se ainda a necessidade de salvaguardar os registos de enfermagem de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a obter indicadores de qualidade ao nível das intervenções de enfermagem, tal como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Tendo assim definido como objetivos específicos: implementar a avaliação sistemática da dor do doente oncológico; promover o autocuidado para o controlo da dor oncológica em ambulatório; promover a continuidade dos cuidados. Com estes pretendi contribuir para um controlo mais eficaz da dor no domicílio e uma menor incidência da mesma.

O que passou por elaborar e implementar diferentes modelos de avaliação e registo, de suporte educativo e de apoio ao doente e à prática de enfermagem. Os mesmos foram elaborados por mim com a orientação da enfermeira que orientou o meu estágio.

No que diz respeito à avaliação da dor elaborei um modelo para a avaliação e registo intitulado “Controlo Sintomático – Avaliação da Dor”, no qual é possível caracterizar a dor, identificar fatores de alívio e agravamento da dor e ainda permite assegurar a avaliação multidimensional da dor, ao adotar o Inventário Resumido da Dor (BPI), e o ter incluído neste modelo (Apêndice 2). Este modelo destina-se a ser aplicado sempre que o doente apresente dor pela primeira vez, ou quando as suas características se alterem. Para a avaliação subsequente da intensidade da dor, foram adotadas as escalas de avaliação Visual Analógica e Numérica, já que a única utilizada até aqui ser apenas Qualitativa, tendo sido solicitado o fornecimento destas em forma de cartaz, para afixação na sala da CCP e restante serviço (Apêndice 3).

Relativamente à avaliação contínua e registo sistemático da dor no domicílio, elaborei um “Diário de Dor”, o qual permite ao doente e/ou familiar/ cuidador realizar e registar a auto avaliação diária da intensidade de dor, assim como da dor irruptiva, aí designada como “pico de dor”. Este possibilita ainda registar as doses de resgate utilizadas para os picos de dor, assim como a sua eficácia (Apêndice 4).

No que concerne à promoção do autocuidado para o controlo da dor no domicílio, foi elaborada uma Check List intitulada “Avaliação da Capacidade de Autocuidado para o Controlo da Dor”, a qual visa identificar as necessidades do ensino e apoio do doente e/ou familiar/cuidador para desenvolver a capacidade de autocuidado nesse âmbito, assim como monitorizar a eficácia da intervenção (Apêndice 5).

Este modelo é constituído por 13 itens, sendo estes: a avaliação da capacidade funcional (PS) com as escalas de Zubrod e de Karnofsky de forma a identificar o défice de autocuidado do doente por incapacidade ou limitação funcional decorrente da progressão da doença; a identificação do agente de autocuidado que faz a gestão do tratamento da dor (se o próprio doente, se o próprio com a colaboração de um familiar/cuidador, ou se apenas o familiar/cuidador); a chek list dos comportamentos de auto avaliação da dor adotados no domicílio pelo doente e/ou familiar/cuidador (referente ao relato de intensidade de dor no diário de dor, ao relato de picos de dor e medicação de resgate no diário de dor, ao relato da alteração do padrão da dor e sintomas colaterais aos profissionais, e ao relato do valor da intensidade de dor média nas últimas 24h); a chek list dos comportamentos de adesão ao tratamento adotados pelo doente e/ou familiar/cuidador (referentes à utilização da medicação prescrita para a dor, da utilização da medicação de resgate para picos de dor, da utilização da medicação de resgate como medida preventiva para alívio da dor, da utilização da medicação prescrita para alívio de sintomas colaterais, da utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, e da utilização de estratégias não farmacológicas para alívio de sintomas colaterais); e o motivo de não adesão total ou adesão parcial ao tratamento.

Este modelo procura facultar ao enfermeiro dados que lhe permite estabelecer metas e traçar, conjuntamente com o doente, um plano de ensino individualizado que vise promover o autocuidado da pessoa no controlo da sua dor.

Segundo Potter (2005), o enfermeiro deve efetuar a avaliação final dos resultados do processo de ensino e aprendizagem, e com isso identificar novas necessidades de aprendizagem ou possibilitar o reforço positivo como estímulo para incrementar o pretendido, tal como o autor refere “*o processo de ensino nunca termina, é um processo dinâmico*” (p. 503). Desta forma, para além da implementação deste modelo, foi instituído a monitorização da eficácia da intervenção efetuado quanto aos comportamentos de auto avaliação da dor, no qual encontra-se contido a avaliação da intensidade de dor média nas últimas 24 horas, assim como ao nível dos comportamentos de adesão ao tratamento na adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com o plano de tratamento. Esta é assegurada pela enfermeira da CPP por contacto telefónico, designado como

follow up, sendo realizado decorridas 48 horas após a consulta, uma vez que “*os autores recomendam que os doentes sejam vistos ou contactados pelo menos em cada segundo dia após o reajuste terapêutico*” (PEREIRA, 2006, p.7). O follow up pode voltar a ser repetido com o mesmo intervalo de tempo, caso se continue a verificar défice de autocuidado relacionado com comportamentos não conformes de adesão ao tratamento da dor e se a dor continuar a não estar controlada, tendo em conta a intensidade média de dor nas últimas 24 horas, face ao valor acordado como meta a atingir na negociação do plano de cuidados.

O contacto telefónico realizado pela enfermeira da CPP, tem também a intenção de prestar apoio ao doente ou familiar/cuidador, reforçar o ensino e positivamente os comportamentos conformes observados, no sentido de imprimir o sentimento de auto eficácia, e ainda proporcionar algum ajuste ao plano de tratamento se necessário, mediante articulação com a equipa multidisciplinar.

Importa ressaltar que este modelo de apoio à prática, apesar de ter contido escalas de avaliação da capacidade funcional, os restantes itens que o compõe devem ser entendidos como meios de orientação à entrevista e à recolha de dados, não se tratando de um questionário ou escala, não tendo por isso sido sujeito a processo de validação. Apesar das vulnerabilidades que possa apresentar, nomeadamente ao nível das chek list aí contidas. Este deve ser entendido como um formulário que tem a intenção de nortear a intervenção do enfermeiro na identificação de necessidades de ensino e apoio do doente e/ou familiar cuidador para a promoção do autocuidado.

Ainda ao nível de outras estruturas de apoio e suporte educativo foram criados modelos de suporte informativo, como um folheto informativo intitulado, “Aprenda a Controlar a Dor”, o qual contém informação no sentido de desmistificar a dor oncológica e o seu tratamento, assim como sensibilizar o doente para o seu papel no controlo da dor, no que se prende com a auto avaliação da dor e utilização das estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Apêndice 6). Ainda neste âmbito foi revisto o “Guia de Tratamento”, para este passar a conter informação relativa às estratégias não farmacológicas a adotar e ainda facultar informação relativa à equipa multidisciplinar da CCP e respetivos contactos de apoio (Apêndice 7).

No sentido de nortear e uniformizar a intervenção do enfermeiro mediante as práticas instituídas ao nível da avaliação, de suporte educativo e de apoio, elaborei o “Algoritmo para a intervenção de enfermagem para o controlo sintomático da dor”, o qual visa fornecer instruções das intervenções de enfermagem a realizar e dos modelos de apoio a utilizar CCP (Apêndice 8). Foi ainda criado um “Guia orientador de ensino ao doente - Controlo da Dor” com o objetivo de estruturar um plano de ensino modelar destas situações de dor oncológica em cuidados paliativos (Apêndice 9).

3.3.3 – Implementação da ação

Os modelos elaborados foram apresentados aos elementos da equipa multidisciplinar que asseguram a CCP, à Enf. Chefe e Diretora do Serviço, numa reunião. Após a análise conjunta dos modelos a adotar, ficou acordado que estes iriam ser aplicados por mim ou pela enfermeira orientadora de estágio durante dois dias, para verificar a sua funcionalidade. Após esse período voltou a ser realizada uma reunião conjunta, após análise e discussão considerou-se que o modelo de Avaliação da capacidade de autocuidado para o controlo da dor e o Diário de Dor devia ser alvo de retificação no sentido de melhorar a funcionalidade e a clareza de alguns aspetos, com vista a serem implementados posteriormente todos os modelos adotados assim que esses fossem revistos. Na mesma reunião ficou estabelecido que 4 semanas após a implementação dos modelos adotados, que seria próximo da data de conclusão do estágio, dar-se-ia início ao tratamento dos dados obtidos, e estes serem devidamente apresentados e discutidos junto da equipa de enfermagem do Hospital de Dia do Serviço de Oncologia, a fim de sensibilizar a equipa para a importância de rever práticas a este nível, e com isso alargar a implementação dos modelos às restantes áreas de cuidados. Foi desenvolvida a implementação dos modelos adotados por parte da equipa de enfermagem que asseguram a CCP, tendo sido efetuado reuniões informais junto destes. Durante os meses em que permaneci a efetuar estágio, esses foram utilizados por mim ou pela enfermeira que orientou o meu estágio, por sermos quem se encontrava a assegurar a CCP nesse período.

Os cuidados paliativos são uma área de cuidados singulares, onde o doente e família/cuidador se encontram fragilizados pela doença em si e pela perspetiva da morte, o que acarreta fortes implicações a nível físico, emocional e social, pelo que o seu bem-estar e a sua autonomia devem ser sempre salvaguardados. Ciente dessa condição, procurei assegurar o equilíbrio entre os interesses do doente e família e os objetivos do próprio projeto, de forma a não colocar em causa os direitos dos mesmos, procurando evitar qualquer atitude que lhe causassem incómodo ou dano.

Decidiu-se que os modelos iriam ser implementados pela enfermeira na CCP de acordo com o algoritmo apresentado nos doentes com cancro que apresentassem dor nas últimas 24 horas e um PS (escala de Zubrod) inferior a 4. No sentido de resguardar os doentes em fim de vida, dada a especificidade dos cuidados prestados nesta fase, o que implica muitas vezes o internamento hospitalar do doente, ou o apoio por parte dos Cuidados Continuados no domicílio. Foi proporcionado ao doente e família a livre escolha de participar no que lhe era solicitado e consentiram na possibilidade dos dados virem a ser publicados, assim como foi devidamente assegurado o anonimato a confidencialidade dos dados obtidos.

Torna-se importante definir indicadores de resultado, considerando que esses possibilitam apresentar as mudanças verificadas, podendo ser entendidos como os ganhos em saúde (TAVARES, 1990). Desta forma os indicadores de resultados definidos para serem atingidos 48 horas após a CCP quando se efetua o contacto telefónico, foram:

- Oitenta por cento dos doentes e/ou familiares/cuidadores utilizaram nas últimas 24 horas medicação de acordo com a dose e frequência prescritas para a dor;
- Oitenta por cento dos doentes e/ou familiares/cuidadores utilizaram nas últimas 24 horas a medicação de resgate prescrita para picos de dor;
- Oitenta por cento dos doentes e/ou familiares/cuidadores utilizaram nas últimas 24 horas as estratégias não farmacológicas prescritas para alívio da dor adequadamente;
- Reduzir em cinquenta por cento a média da intensidade média de dor dos doentes nas últimas 24 horas.

A divulgação dos resultados obtidos fora deste contexto, foram devidamente autorizados pela Enf. Chefe e Direção do Serviço de Oncologia e Direção de Enfermagem do Hospital Distrital.

Neste contexto para além do trabalho desenvolvido no sentido de rever práticas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao nível da CCP no que concerne ao controlo da dor, tive ainda a oportunidade de prestar cuidados junto dos doentes e sua família, podendo intervir nas diferentes necessidades apresentadas pelo doente e família, para além do controlo sintomático da dor. Contudo, pude constatar na prática que de fato a dor assume uma grande relevância para a falta de bem-estar do doente. Foi notório que só após o controlo da dor ser assegurado, é possível penetrar noutras esferas do cuidar do doente e da sua família, para assim poder prestar cuidados globais junto destes. Decorrente da minha intervenção foi possível passar a ser um elemento de referência não só para os doentes e família com quem tinha uma relação de proximidade e confiança, mas também para a equipa de enfermagem, sendo solicitada a minha intervenção junto dos doentes com dor, sem ser só no contexto da CCP no âmbito do Hospital de Dia.

Acabei por ver “partir” alguns desses doentes, e apesar da confrontação com a morte, sinto que felizmente pude cuidar desses doentes e assim contribuir, de alguma forma, para que estes pudessem ser cuidados e usufruir a vida em família o melhor possível.

3.3.4 – Apresentação e discussão dos resultados

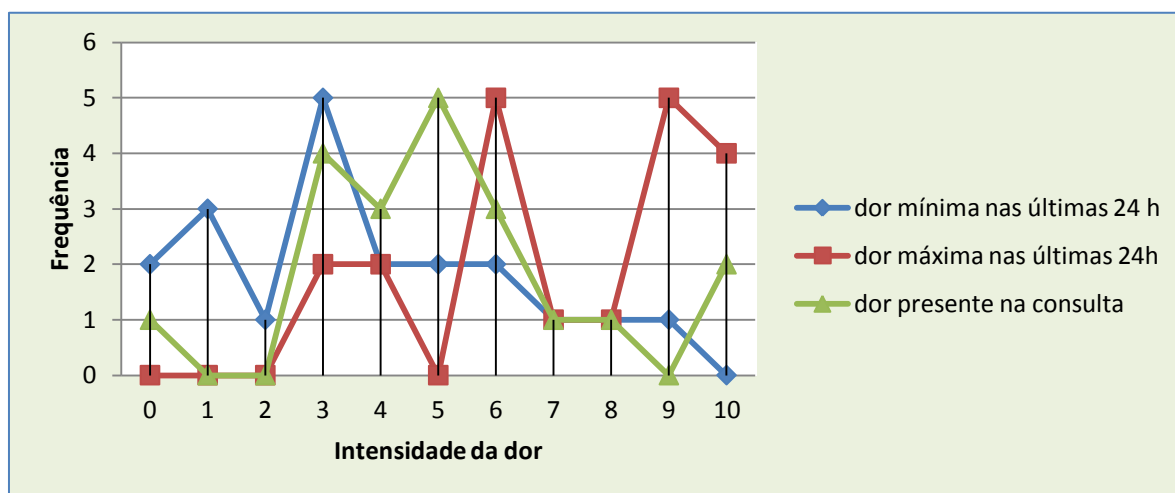
Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos dos doentes na CCP e a discussão dos mesmos de modo a possibilitar uma melhor compreensão tanto, da severidade da dor ou dos problemas que ela causa, como da capacidade de intervenção que os doentes ou familiares e/ou cuidadores demonstram antes e depois da CCP. Foi nesta consulta que se procedeu à colheita dos dados posteriormente tratados pelo programa de SPSS (Versão 17.0) e Excel para a análise descritiva, dada a amostra ser constituída por 20 sujeitos (n=20) que recorreram à dita consulta no período referido, e que cumpriam os critérios antes definidos.

Os sujeitos da amostra têm idades compreendidas entre os 30 e os 86 anos, sendo a média de idade de 70 anos, contribuindo para isso 75% dos doentes terem idade \geq a 65 anos, predominado assim a população idosa, distribuídos por 11 sujeitos do sexo masculino e 9 do sexo feminino. De acordo com as habilitações literárias o grupo de doentes está distribuído por 5 sujeitos que “Não sabem ler nem escrever”, 5 que têm a “Escola primária”, 5 que têm o “Ensino preparatório”, 2 com o “Ensino secundário” e 3 com o “Ensino superior”, o que significa que apenas 10% das pessoas possuem o ensino secundário e 15% ensino superior. Ao nível do PS verifica-se 10 doentes com PS 0, 4 doentes com PS 1 e 2, e apenas 2 com PS 3. Os diagnósticos apresentados são: 35% (7) dos doentes com neoplasias do cólon e reto, 25% (5) com neoplasia da próstata, 15 % (3) com neoplasia da mama, 10% (2) respetivamente com neoplasia da bexiga e cancro do estômago, e 5% (1) com cancro da cabeça e pescoço (Apêndice 10). Perante os diagnósticos apresentados nesta amostra, 65% desses encontram-se no grupo de tumores onde a prevalência de dor é mais elevada, de acordo com a IASP (2008 e 2009), apesar dos relatórios variarem extensamente, a sua prevalência é mais elevada nos tumores de cabeça e pescoço (67-91%), próstata (56-94%), útero (30-90%), genitourinário (58-90%), mama (40-89%), e pâncreas (72-85%).

Quanto aos inquiridos se “Identificam fatores de agravamento da dor”, 85 % dos doentes responderam afirmativamente (Apêndice 11), mas no que concerne aos fatores de alívio, apenas 50% dos doentes conseguem “Identificar fatores de alívio da dor”, sendo que a estratégia mais utilizada em 44% destes sujeitos é “A adoção da posição de conforto/repouso” (Apêndice 12). De acordo com um estudo efetuado por Davis e White (2001) a utilização de estratégias não farmacológicas é importante no controlo da dor, contudo a população mais idosa não recorre tanto a essas estratégias comparativamente com os adultos mais jovens, o que deve ser alvo de atenção por parte dos enfermeiros. Nesse estudo ainda foi possível verificar que uma das estratégias não farmacológicas mais utilizada pelos adultos nas diferentes faixas etárias é o repouso.

Quanto à avaliação da dor de acordo com a aplicação do Inventário Resumido de Dor (BPI), é possível verificar pelos itens da subescala da severidade da dor a existência de níveis elevados para a severidade da dor tendo em conta os valores médios respetivamente de 7,2 para a “Intensidade de dor máxima nas últimas 24 horas”, de 5,5 para a “Intensidade de dor média nas últimas 24 horas”, e de 5 para a “Intensidade da dor no preciso momento da consulta” (Apêndice 13).

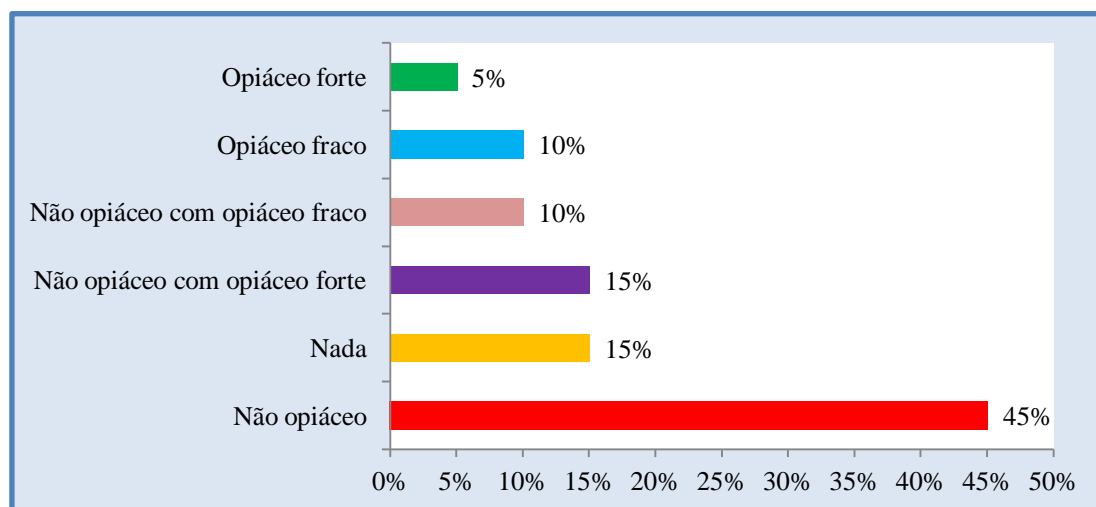
Gráfico 1 – Polígono de frequências dos valores da intensidade da dor mínima e máxima nas últimas 24 horas e presente no momento da consulta



Pela observação do Gráfico 1 constata-se que 9 doentes (45%) referiram ter dor máxima nas últimas 24 horas ≥ 9 ; 7 doentes (35%) referem dor no momento da consulta ≥ 6 , e 5 doentes (25%) referem dor mínima nas últimas 24 horas ≥ 6 . Estes dados permitem ainda constatar na prática o que anteriormente foi referido, relativamente ao fato de os doentes em fase terminal experienciam dor de intensidade moderada a intensa em 90% dos casos (DGS, 2008). Tendo em conta que 45% dos doentes tiveram dores de intensidade máxima (≥ 9) nas últimas 24 horas o que associado ao fato de 25% dos doentes referirem dor mínima nas últimas 24 horas ≥ 6 mostra o nível severo de dor que estes doentes experimentam.

Ao nível da subescala de avaliação da interferência funcional da dor, e tendo em conta os valores médios obtidos, verificou-se que a dor interfere nos 7 itens avaliados respetivamente com 6,7 no “Sono”, 6,5 na “Disposição”, 5,7 no “Trabalho normal” e 5,3 nas “Relações com outras pessoas” (Apêndice 13). De acordo com a revisão de literatura efetuada por Miaskowski et al (2010), é notório que a dor interfere com aspetos essenciais à qualidade de vida do doente e ao bem-estar emocional pelo que a sua abordagem não se deve confinar à intensidade da dor, devendo abarcar outras dimensões, face ao impacto desta a nível funcional e emocional, os quais devem ser considerados e alvo de intervenção, tal como o sono.

Gráfico 2 – Distribuição dos tratamentos ou medicamentos efetuados para a dor



No que se relaciona com a questão, “Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor”, como se pode verificar no Gráfico 2, 15% dos doentes referem não utilizar “Nada” para as dores, sendo todos estes indivíduos do sexo masculino, os restantes 85% associam ao tratamento da dor a utilização de vários tipos de medicamentos. Destes 45% utilizam apenas “Não opiáceos” para o controlo da dor e só 20% usam “Opiáceos fortes” isoladamente ou em associação para a dor. Perante os dados em análise, importa ainda realçar que apesar dos níveis de intensidade de dor desta amostra ser moderada a máxima em 80% dos doentes, 45% dos doentes utilizam apenas “Não opiáceos” para tratar a sua dor o que contraria o que é preconizado nas recomendações da OMS, pois de acordo com a escada analgésica o uso destes medicamentos está indicado em situações de dor ligeira (PEREIRA, 2006; COSTA et al, 2005).

Quanto ao agente de autocuidado na gestão do tratamento, foi possível verificar que 35% dos doentes referem ser o “Próprio”, 55% destes, o “Próprio com a colaboração do familiar/cuidador”, e 10%, o “Familiar/cuidador” (Apêndice 14).

Decorrente da aplicação da “Chek list - Comportamentos de Auto Avaliação da Dor”, a qual tem a intenção de averiguar a conformidade dos comportamentos conformes para essa avaliação, como se pode verificar no Quadro 1, na consulta, 10% dos doentes fazem o “Relato da intensidade diária da sua dor”, 5% “Relata os picos de dor e a medicação de resgate”, e 80% “Relata a alteração do padrão da dor e sintomas colaterais”. Enquanto no follow up efetuado por meio de contacto telefónico, após 48 horas da consulta, como se pode constatar no Quadro 1, 50% passou a fazer o “Relato da intensidade diária de dor” e 60% efetuou o “Relato dos picos de dor e medicação de resgate” utilizada nesse sentido.

Quadro 1 – Percentagem de conformidade de comportamentos de auto avaliação da dor na consulta e no follow up (*n=20*)

Item	%	% Conforme (consulta)	% Conforme (follow up)	% Não Conforme (consulta)	% Não Conforme (follow up)	% Não aplicável (consulta)	% Não aplicável (follow up)
A) Efectua relato de intensidade de dor no diário de dor		10	50	90	50	0	0
B) Efectua relato de picos de dor e medicação de resgate no diário de dor		5	60	95	40	0	0
C) Relata alteração do padrão da dor e sintomas colaterais aos profissionais		80	95	20	5	0	0

- Considera-se não aplicável quando o critério não é passível de ser aplicado por não se adequar

Vários estudos têm evidenciado a importância de ser utilizado o diário de dor no doente com dor oncológica em ambulatório, por permitir uma melhor articulação entre doentes e profissionais, e monitorizar a eficácia do tratamento ao nível do alívio da dor (JAHN et al, 2010; AUBIN et al, 2006; WEST et al, 2003). Segundo um estudo efetuado por Schumacher et al (2002), foi possível verificar que a utilização do diário de dor é considerado útil pelos próprios doentes e familiares, na medida em que permite aumentar o sentimento de controlo destes, orientar as ações de autocuidado, e facilita a comunicação com os profissionais. A evidência demonstra que efetivamente o diário de dor é útil no controlo desta, todavia torna-se necessário promover a educação e o treino a esse nível.

No que se refere à aplicação da “Chek-list – Comportamentos de Adesão ao Tratamento”, a qual tem o propósito de averiguar a conformidade dos comportamentos relacionados com a utilização das estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como se pode verificar no Quadro 2, 5% dos sujeitos “Utilizava medicação prescrita para alívio de sintomas colaterais” na consulta e passou para 95% no follow up, 25% dos sujeitos “Utilizava medicação prescrita para a dor adequadamente” na consulta e passou para 95% no follow up, 0% dos sujeitos “Utilizava medicação de resgate como medida preventiva para alívio da dor” na consulta e passou para 55% no contacto telefónico, e 50% dos sujeitos “Utilizava medicação de resgate para picos de dor” na consulta e passou para 100% no follow up.

Quadro 2 – Percentagem de conformidade de comportamentos de adesão ao tratamento na consulta e no follow up ($n=20$)

Item	%	% Conforme (consulta)	% Conforme (follow up)	% Não Conforme (consulta)	% Não conforme (follow up)	% Não aplicável (consulta) #	% Não aplicável (follow up) #
A) Utiliza medicação prescrita para a dor adequadamente		25	95	75	5	0	0
B) Utiliza medicação de resgate para picos de dor		50	100	50	0	0	0
C) Utiliza medicação de resgate como medida preventiva para alívio da dor		0	55	100	45	0	0
D) Utiliza a medicação prescrita para alívio de sintomas colaterais		5	95	75	5	20	0
E) Utiliza estratégias não farmacológicas para alívio da dor		50	80	50	20	0	0
F) Utiliza estratégias não farmacológicas para alívio de sintomas colaterais		20	80	60	20	20	0

- Considera-se item não aplicável quando esse não é passível de ser aplicado por não se encontrar prescrito ou por o doente na altura não apresentar sintomas colaterais

No que concerne aos comportamentos de adesão ao tratamento relacionados com utilização de estratégias não farmacológicas, respetivamente “para alívio da dor” e “para alívio de sintomas colaterais” foi de 50% na consulta e 80% no follow up, e de 20% na consulta e 80% no follow up, respetivamente sendo que 20% dos doentes não referiam sintomas colaterais. De referir que no momento do follow up três itens passam a ter valores iguais ou superiores a 95%, dois passam para 80%, e só o item “Utiliza medicação de resgate como medida preventiva para alívio da dor” é que ficou com 55%, embora seja de realçar que inicialmente no momento da consulta esse era de 0%.

Foi igualmente importante identificar os motivos de “Não adesão” ou “Adesão parcial” ao tratamento farmacológico prescrito referidos pelo doente ou familiar/cuidador. Neste sentido foi colocada a questão aberta, “Qual o motivo de não adesão ou adesão parcial das estratégias farmacológicas prescritas”, que após análise de conteúdo revelou como principais motivos de “Não adesão” ou “Adesão parcial” o “medo de tomar opiáceos”, as “crenças religiosas/culturais”, o “aparecimento de efeitos secundários decorrentes da medicação utilizada” e o “não quererem tomar

muitos medicamentos” (Apêndice 15). Chatwin, Closs e Bennett (2009), segundo a revisão de literatura efetuada, evidenciam o fato de mais de 50% dos doentes idosos com doenças crônicas, não tomarem a medicação na sua totalidade como indicado, o que condiciona a sua eficácia. Contudo realçam o aspeto de as estratégias farmacológicas serem consideradas apenas uma parte do quadro ao nível do controlo eficaz da dor, considerando que os aspetos sociais, psicológicos e culturais têm um forte impacto a esse nível. Relativamente aos aspetos que condicionam a adesão ao tratamento para a dor, como já foi referido anteriormente, os motivos apresentados por esta amostra vão de encontro ao que é reportado por diferentes autores Gunnarsdottir et al (2002); Yates et al (2002); Paice, Toy e Shott (1998); Aranda et al (2004) os quais enumeram as crenças e os conhecimentos acerca da dor e tratamento que o doente e/ou do familiar/cuidador têm como barreiras (fatores) à adesão ao tratamento, como o medo de adição associada à utilização de opióides, o medo dos efeitos colaterais da medicação, a crença na necessidade de suportar a dor, que estão presentes como razões de não adesão ao tratamento nesta amostra.

Relativamente à média da intensidade de dor média nas últimas 24 horas, como se pode verificar no Quadro 3, inicialmente essa era de 5,8, no momento do follow up, verificou-se uma melhoria significativa no alívio da dor, pois essa passou a ser de 1,4, sendo a sua redução superior a 50%. Deste modo não foi necessário efetuar o segundo contacto telefónico em qualquer dos casos.

Quadro 3 - Intensidade de dor média nas últimas 24 horas na consulta e no follow up ($n=20$)

	Consulta	Follow up
Média	5,8	1,4
Mediana	5	2

Face aos dados obtidos, podemos concluir que as metas estabelecidas inicialmente segundo os indicadores de resultado definidos, foram atingidas plenamente, o que evidencia a importância do sistema de apoio e educação na promoção do autocuidado para um controlo da dor mais eficaz, onde é essencial identificar o défice de autocuidado existente a esse nível.

De acordo com vários estudos efetuados, nomeadamente por Schumacher et al (2002), Aubin et al (2006), e West et al (2003) e Ducci e Pimenta (2003), foi possível constatar efetivamente que a educação é uma intervenção fundamental na promoção do controlo da dor em doentes com cancro com dor, ao contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades essenciais ao autocuidado, e com isso obter um mais eficaz controlo da dor.

3.3.5 – Limitações do trabalho

Nesta fase do relatório, não posso deixar de enumerar as dificuldades e limitações sentidas ao longo do desenvolvimento deste projeto.

Começo por referir que apesar de a dor ser uma área de cuidados prioritária para o seu bem-estar, deparei-me com um número reduzido de estudos dedicados ao autocuidado do doente com cancro dor em ambulatório, e os que encontrei foram realizados a nível internacional. Este fato, aliado à condição de nos diferentes locais de estágio não haver programas estruturados de intervenção de apoio e educação para a promoção do autocuidado dificultou de alguma forma a minha intervenção.

Não senti qualquer dificuldade em integrar-me no seio da equipa multidisciplinar do Serviço de Oncologia, onde a minha presença e o projeto foram encarados como um contributo para a melhoria dos cuidados, o que se refletiu na colaboração demonstrada ao nível do desenvolvimento do mesmo. Importa salientar o fato de alguns elementos da equipa terem solicitado a minha intervenção junto de doentes com cancro com dor, alvo de cuidados no serviço embora fora do âmbito da CCP.

Dado o número alargado de modelos adotados, na fase inicial verificou-se alguma dificuldade em tê-los a todos como referencia tendo o algoritmo desempenhado um importante papel enquanto agente orientador da intervenção.

No que concerne à aplicação dos modelos adotados, aquele em que se verificou maior dificuldade foi no “Controlo Sintomático – Avaliação da Dor”, no que diz respeito à aplicação do Inventário Resumido da Dor (BPI), nomeadamente no conseguir que o doente compreenda o que lhe é solicitado, sobretudo que este consiga representar a dor que sente por meio de um número, e fazer o mesmo para a interferência funcional da dor, o que acabou por ser ultrapassado, pois à medida que esse foi sendo aplicado a forma como o doente é abordado nesse sentido, foi sendo melhorada.

Embora isso não fosse um objetivo em si, o fator tempo acabou por limitar a dimensão da amostra de doentes, o que condiciona a representatividade dos resultados obtidos, como a possibilidade de aprofundar algumas variáveis merecedoras de maior atenção. Esse aspeto também impossibilitou a apresentação dos resultados junto de toda a equipa, dentro do período do estágio, havendo necessidade de o fazer fora desse período. O que foi importante concretizar para sensibilizar a equipa de enfermagem do Hospital de Dia para a implementação dos modelos adotados e as práticas instituídas noutras áreas de cuidados do serviço, para além da CCP. Nesse sentido também acabou por ser efetuada formação em serviço acerca da temática da dor.

4 – CONCLUSÃO

A dor assume uma importância significativa no bem-estar e qualidade de vida do doente em cuidados paliativos, contexto onde a sua presença e agravamento é muitas vezes associado à perda de controlo da doença oncológica, e à sua inevitável progressão, o que constitui uma fonte importante de sofrimento para o doente e família e uma área relevante de intervenção de enfermagem.

Promover o controlo da dor oncológica no doente em ambulatório, exige que o enfermeiro reflita na sua prática diária, nomeadamente quanto à forma como aborda a dor e que transponha a esfera do contexto hospitalar, na tentativa de desenvolver estratégias que assegurem o autocuidado da pessoa no domicílio. Neste contexto de cuidados a pessoa pode estar incapaz ou limitada na satisfação do seu autocuidado, quer pela capacidade funcional do próprio, quer pelos conhecimentos e capacidades que este e/ou o seu familiar/cuidador não possuem ou ainda pelas crenças e mitos que impedem a pessoa de reduzir ou eliminar a sua dor. Os enfermeiros devem procurar desenvolver competências junto destes para que se adaptem à doença e assegurem o autocuidado.

Assim sendo, este projeto desde a sua conceção à sua concretização, levou-me a refletir em diferentes aspetos da prática, permitiu-me ter um olhar mais atento e crítico e percorrer diferentes caminhos, com avanços e recuos, no sentido de procurar respostas que se prendem com o controlo da dor crónica em ambulatório.

Tal como a evidência demonstra, a educação é um elemento chave no controlo da dor neste contexto de cuidados, permiti fornecer informações precisas sobre a avaliação e tratamento da dor, fatores decisivos no autocuidado que o próprio e/ou familiar cuidador executa para controlar a dor.

Segundo Benner (2001), a enfermeira perita, nível que penso ter atingido, não se limita a transmitir informação ou a ensinar princípios formais, esta não encara a pessoa como alguém que apenas tem necessidades, mas sim como uma pessoa por inteiro, com saberes próprios que devem ser mobilizados. Esta procura proporcionar novas perspetivas, maneiras de ser e de enfrentar a doença, enquadrar o praticável e facultar novos caminhos e horizontes.

Considero que este projeto permitiu proporcionar novos caminhos, nomeadamente junto da equipa de enfermagem no Serviço de Oncologia, e melhorar a sua prática no âmbito do controlo da dor, tal como tinha proposto. O que passou pela revisão de práticas aí existentes, nomeadamente ao nível da avaliação da dor, onde foi essencial assegurar a avaliação sistemática da dor e registo por meio da

implementação de escalas de avaliação da dor unidimensional e multidimensional e diário de dor na CCP e no domicílio. Permitiu uma maior valorização e interpretação da dor enquanto 5º sinal vital, onde face aos dados obtidos, foi perceptível os níveis de intensidade moderada a máxima experienciada pelos doentes da amostra, assim como a interferência que esta tem ao nível das atividades fundamentais como o sono. Com isso foi possível formular diagnósticos e planear intervenções mais abrangentes.

Desenvolver um sistema de apoio e educação, que possibilite ao enfermeiro planear e implementar um conjunto de intervenções em parceria, que visem otimizar o ensino e o apoio praticado junto do doente e/ou familiar/cuidador para a promoção do autocuidado para o controlo da dor, onde é fundamental favorecer a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de capacidades e conhecimentos, tornou-se condição essencial na abordagem da dor no doente em ambulatório. A implementação de um modelo de Avaliação da Capacidade de Autocuidado para o Controlo da Dor, com o intuito de identificar as necessidades de ensino, apoio e orientação, mediante os défices observados, na capacidade funcional, nos comportamentos de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e nos comportamentos de auto avaliação da dor apresentados pelo doente e/ou familiar/cuidador, ao que se associou ao “Guia de Orientação Ensino” que estruturou o suporte e apoio ao ensino, bem como o contacto telefónico de follow up instituído às 48 horas para apoiar o doente e o familiar/cuidador e monitorizar a eficácia da intervenção de autocuidado, deram importantes contributos para o controlo dor, como se pode constatar nos resultados obtidos.

Considerando os indicadores de resultados definidos em equipa, no follow up realizado decorridas 48 horas da consulta, verificou-se que estes foram plenamente alcançados, considerando que 95% dos doentes (e não 25% como na consulta) utilizavam a “medicação prescrita adequadamente (dose e frequência)”, 100% dos doentes (e não 50% como na consulta) utilizava a “medicação de resgate para picos de dor” e 80% (e não 50% como na consulta) “utilizava estratégias não farmacológicas para alívio da dor”. Quando à média da intensidade de dor nas últimas 24 horas, verificando-se uma redução em todos os doentes, onde o valor médio passou de 5,8 para 1,4 no momento do follow up, atingindo-se uma redução superior a 50%.

Contudo importa ainda refletir noutros comportamentos que de forma geral apresentaram uma menor percentagem de conformidade, como na utilização da medicação de resgate como medida preventiva para alívio da dor, apesar de ter passado de 0% para 50% no follow up, deve ser alvo de atenção, podendo ser pertinente passar a constar no Guia de Tratamento, como acontece com a

medicação de resgate para picos de dor. Também no que diz respeito aos comportamentos que se prendem com a auto avaliação da dor, relativamente à utilização do Diário de Dor no domicílio, dada a importância que assume, deve ser foco de intervenção, considerando que nos dois itens referentes ao registo da intensidade diária da dor e picos de dor, não se atingiu valores superiores a 50% e 60% respetivamente no momento de follow up.

Apesar do projeto ter sido desenvolvido num curto período de tempo na CCP, foi possível verificar, que este trouxe contributos para a melhoria da prática de cuidados no Serviço de Oncologia, o qual acabou por alargar a sua implementação nas restantes áreas de cuidados. O serviço irá utilizar os vários modelos adotados de avaliação e registo, no sentido de obter indicadores de qualidade, como a OE preconiza. Na sequência do desenvolvimento deste projeto, foi-me proposto elaborar a NOC “Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos” (Apêndice 16).

Como se torna evidente, este projeto possibilitou assim desenvolver as competências a que me propus enquanto enfermeira especialista, tornando possível intervir e acompanhar o doente com dor crónica e sua família em cuidados paliativos, de forma mais holística, com vista a preservar a sua dignidade, maximizar a qualidade de vida e diminuir o sofrimento. Onde foi essencial estabelecer uma relação terapêutica baseada num clima de confiança e de parceria, de forma a facilitar o processo de capacitação e de adaptação do doente e família a esta fase singular da vida, imersa sobre numerosas perdas perante a morte.

Face às competências desenvolvidas e ao projeto desenvolvido, fui convidada a integrar o grupo de trabalho constituído por enfermeiros especialistas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Direção de Enfermagem do Hospital Distrital em questão. O qual tem como objetivo identificar e assegurar o registo das intervenções de enfermagem de acordo com o perfil das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a fim de poderem ser parametrizados em SAPE, e elaborar e implementar documentos orientadores da prática clínica e desenvolver projetos no contexto da especialidade, a serem desenvolvidos na instituição.

Resta-me referir que por vezes senti-me esmagada pela dimensão do projeto a que me propus, mas os doentes e familiares de quem tive o privilégio de cuidar, e a forma como o projeto foi abraçado pela equipa do Serviço de Oncologia, apesar de implicar um agir e ser diferentes, fizeram-me ultrapassar obstáculos e avançar por mais árduo que o caminho fosse, pois o que importa é possibilitar o melhor caminho ao doente e família neste percurso único das suas vidas.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Fernanda M. M.; PEREIRA, Luis C. F. – Educação para a Saúde: Um processo de parceria entre profissionais de enfermagem e utentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. nº 21. (Janeiro/Fevereiro/Março 2010). ISSN 0873-1586. p. 12-14.

ARANDA, S. et al. - **Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers**. **European Journal of Cancer Care**. 13 (2004). p. 336–343. Acedido: 18.10.2011

http://eprints.qut.edu.au/428/1/Skerman_barriers.PDF

AUBIN, Michéle; et al. - Impact of an Educational Program on Pain Management in Patients with Cancer Living at Home. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 33, nº 6 (2006). p. 1183-1188. Acedido: 18.10.2011

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009317069&site=ehost-live>

AZEVEDO, Luis F. - Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. In: **Dor APED**. Permanyer Portugal. Vol. 15, nº 4 (2007). ISSN: 0872-4814. p. 6-39.

BENNER, Patricia - **De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Ed. 2001. ISBN 972-8553-97-X.

BIDARRA, Andreia - **Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. 2010. Tese de Mestrado.

BOSTRÖM, B. et al. - Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. **European Journal of Cancer Care**. Blackwell Publishing Ltd. nº 13 (2004). p. 238–245. Acedido: 18.10.2011.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=123&sid=60a0bfa6-344b-420c-b5a1-413a10ad6c69%40sessionmgr111>

CASTRO, Susana C. P. – **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2008. Tese de Mestrado.

CHATWIN, J.; CLOSS, J.; BENNETT, M. – Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies. **European Journal Cancer Care. Journal compilation.** Blackwell Publishing Ltd. 18 (2009). p.124-130. Acedido: 18.10.2011

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010214470&site=ehost-live>

COLLIÈRE, M. F. – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999. ISBN 972-757-109-3.

COSTA, Cristina et al. – **O cancro e a qualidade de vida. A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro.** Sintra: Novartis. 2005. ISBN 972-9119-94-5.

DAVIS, Gail C.; WHITE, Terri L. – Nursing's Role in Chronic Pain Management with Older Adults. **Topics in Geriatric Rehabilitation.** Vol.16, nº3 (2001). p. 45-55. Acedido: 16.6.2011

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010214470&site=ehost-live>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: Grafina, Lda. 2001. ISBN 972-9425-95-7.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG, 14/06/2003.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos.** Lisboa: Europress, Lda. 2005. ISBN 972-675-124-1.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Controlo da Dor.** Lisboa: Grafina, Lda. 2008. ISBN 972-9425-95-7.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008 / Direcção-Geral da Saúde.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2010. ISSN 0872-1114.

DUCCI, Adriana J.; PIMENTA, Cibele A. – Programas educativos e a dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Vol. 49, nº 3 (2003). p. 185-192. Acedido: 18.10.2011

http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/revisao2.pdf

FERRELL, Betty R. – The role of nursing in pain management. In: RICE, Andrew S. C.; WARFIELD, Carol A.; JUSTINS, Douglas; ECCLESTON, Christopher – **Clinical Pain Management. Cancer Pain.** London: Arnold. 2003. p. 87-104 ISBN 0-340-80994-9.

GAMEIRO, Manuel Henriques – **Sufrimento na Doença**. Coimbra: Quarteto Editora. 1999. ISBN 972-8383-12-6.

GONÇALVES, Feraz – Dor Oncológica. In: PORTELA, J.L. e NETO, Isabel – **Dor e Cuidados Paliativos**. Lisboa: Permanyer Portugal. 1999. p. 9-21 ISBN: 972-733-059-2.

GUNNARSDOTTIR, S. et al. - Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). **Pain**. Vol. 99 (2002). p. 385-396. Acedido:16.6.2011
<http://search.ebscohost.com>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DE STUDY OF PAIN – Subcommittee on Classification. **Pain suppl.** (1986). p. 215-221. Acedido: 16.6.2011 Disponível:
<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DE STUDY OF PAIN – **Ano Mundial Contra a Dor do Cancro. Epidemiologia da dor no cancro. Outubro 2008-Outubro**. 2009. Acedido: 17.6.2011
<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

JAHN, Patrick et al. - Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. **Trials**. (2010). p.11-29. Acedido: 21.10.2011
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20307262&site=ehost-live>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1996. ISBN 85-336-0493-6.

LEITE, Elvira et al. – **Trabalho de projeto: Aprender por projetos centrados em problemas**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento. 2001. ISBN: 972-36-0216-4.

MCCAFEFERY, Margo; BEEBE, Alexandra – **Pain. Clinical Manual for Nursing Practice**. St. Louis: The C. V. Mosby Company. 1989. ISBN 0-8016-3248-X Pp. 6.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian. 1987.

MIASKOWSKI, C. et al. - Outcome Measures to Evaluate the Effectiveness of Pain Management in Older Adults with Cancer. **Oncology Nursing Forum, Suplemento**. Vol. 37, n.º. 5 (Setembro 2010). p. 27-32. Acedido: 24.11.2011

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=123&sid=60a0bfa6-344b-420c-b5a1-413a10ad6c69%40sessionmgr111>

NETO, Isabel – Modelos de controlo sintomático. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. p.17-60 ISBN: 978-972-9349-21-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: DPI, Central Gráfica. 2005. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia orientador da boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5. Acedido: 16.6.2011

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP® Catalogue»**. Lisboa: DPI Cromotipo. 2009. ISBN 978-989-96021-1-3. Acedido: 16.6.2011

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. 2010. Acedido: 16.6.2011

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa**. 2011. Acedido: 13/2/12
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronic_aPaliativa.pdf

OREM, Dorothea, E. - **Nursing concepts of practice**. 5ª ed. New York: Mosby. 1995

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Fact sheet nº297 Cancer. February 2012.
Acedido: 12.4.2012

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Adherence to long term therapies: Evidence for action**. Geneva (Switzerland): World Health Organization. 2003. Acedido: 21.10.2011
www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf

PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-30-4.

PAICE, J. A.; TOY, C.; SHOTT, S. - Barriers to cancer pain relief: Fear of tolerance and addiction. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 16, nº1 (1998). p. 1–9. Acedido: 18.10.2011
http://www.jpmsjournal.com/issues?issue_key=S0885-3924%2800%29X0035-8

PENDER, Nola, J. - **Health promotion in nursing practice**. 2ª ed. Califórnia: Appleton & Lange. 1987.

PEREIRA, José L. – Gestão da dor oncológica. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. p.61-113 ISBN: 978-972-9349-21-8.

PHANEUF, Margot - **Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto. 2001.

PORTELA, J. L. – Dor e qualidade de vida em oncologia. In: RICO, Toscano; BARBOSA, António – **Dor: Do neurónio à pessoa**. Lisboa: Permanyer Portugal 1995. p.165-168 ISBN 972-733-013-4.

PORTELA, J.L.; NETO, Isabel – **Dor e Cuidados Paliativos**. Lisboa: Permanyer Portugal. 1999 ISBN: 972-733-059-2.

POTTER, Patrícia; PERRY, Griffin - **Fundamentos de enfermagem**. 6ª ed. S.l.: Mosby Elsevier. 2005.

SCHUMACHER, Karen L. et al. – The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 29, nº 9 (2002). p. 1304- 1313. Acedido: 18.10.2011

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2002156659&site=ehost-live>

TAVARES, A. – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 1990.

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. 2003. ISBN 972-796-093-6.

WEST, Claudia M. et al. –The Proself: Pain Control Program-An Effective Approach for Cancer Pain Management. **Oncology Nursing Forum**. Vol.30, n.º1 (2003). p. 65-73. Acedido: 18.10.2011
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16466478&site=ehost-live>

YATES, P.M. et al. - Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol.23, nº5 (2002). p.393–405. Acedido: 21.11.2011
http://www.jpsmjournals.com/issues?issue_key=S0885-3924%2800%29X0088-7

ANEXOS

Anexo 1 – Plano Curricular do Curso de Cuidados Paliativos

Modalidade de Formação:

Formação Contínua

Área de Formação:

723- Enfermagem

(Portaria 316/2001, de 2 de Abril – Classificação Nacional de Áreas de Formação)

PLANO CURRICULAR:

Designação das unidades temáticas	horas
Princípios e filosofia dos cuidados paliativos no Sistema de Saúde	01:00
Enquadramento Legal e Aspectos Éticos	01:00
Controlo sintomático e impacto de diagnóstico/prognóstico em situação de doença paliativa, Oncológica e não oncológica: doença do foro nefrológico, respiratório, neurológico, cardíaco, HIV/SIDA, gastroenterológico e no Serviço de Urgência	15:00
Princípios de comunicação	05:00
Morte e processo de luto	02:00
Trabalho em equipa e organização de serviços: papéis, responsabilidades, liderança e sistemas de comunicação	04:00
Desenvolvimento Pessoal	04:00
Referenciação à RNCCI	03:00
Total	35:00

Observações:

O curso não prevê nenhum processo de avaliação

Anexo 2 – Plano Curricular do Curso “ Os Enfermeiros e a Dor”

Modalidade de Formação:

Formação Profissional Contínua

Área de Formação:

723- Enfermagem

(Portaria 316/2001, de 2 de Abril – Classificação Nacional de Áreas de Formação)

PLANO CURRICULAR:

Designação das unidades temáticas	horas
Módulo I	
Dor: - O que é?; - O Conceito de Dor; - A sua Evolução; - Dor Crónica	03:00
Avaliação da Dor:	03:00
Dor Aguda Pós-operatória:	03:00
Aspectos Psicossociais da Dor	03:00
Considerações Éticas, Deontológicas e Jurídicas no âmbito da Dor e dos Cuidados Paliativos	03:00
Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico	03:00
Aspectos Psicológicos da Família do Doente com Dor	03:00
Tratamento da Dor	03:00
Técnicas e Dispositivos utilizados em Terapêutica da Dor: - Implicações para a prática dos cuidados	03:00
Abordagem Não farmacológica da Dor	03:00
Módulo II	
Apresentação de Trabalho Prático	06:00
Total	36:00

Observações:

O Curso prevê Processo de Avaliação Qualitativa

APÊNDICES

Apêndice 1 – Revisão de Literatura

REVISÃO DE LITERATURA

Ciente que a revisão de literatura pretende contribuir para a melhoria da prática de cuidados, na medida em que é uma importante fonte de conhecimento que permite construir, suportar e determinar o desempenho profissional assente na prática baseada na evidência, considere importante aprofundar a temática abordada neste projeto. Nesse âmbito procurei dar resposta à pergunta de partida formulada através do método PI[C]O: *Quais as intervenções de enfermagem que (I) promovem o controlo da dor crónica (O) nos doentes oncológicos em ambulatório (P)?*”.

Quadro: Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente com dor crónica oncológica em ambulatório
I	Intervenções	O que foi feito (Exposição)?	Intervenções de enfermagem
[C]	Comparações	Podem existir ou não?	_____
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Controlo da dor crónica em ambulatório

A pesquisa de artigos científicos foi efetuada em Novembro de 2011, na base de dados eletrónica EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text;*) foram utilizadas as palavras chave, nursing AND oncologic pain AND pain management OR self-management pain, no intervalo temporal entre 2000 e 2010, tendo-se obtido um total de 14 artigos. Utilizando os critérios de inclusão e exclusão abaixo referidos ficámos com 5 artigos.

Quadro: Critérios de inclusão e exclusão dos artigos de investigação

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes com dor oncológica em ambulatório • Doentes com dor crónica em ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes com dor aguda

Desenho	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, que descrevam intervenções de enfermagem que promovam o controlo da dor no doente oncológico em ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os artigos que não apresentem os estudos dos critérios de inclusão • Artigos de revisão narrativa da literatura • Artigos sem acesso imediato ao <i>full text (free)</i>
---------	--	--

Autores	<p><i>The Usefulness of a Daily Pain Management Diary for Outpatients With Cancer-Related Pain</i></p> <p>Schumacher, K. L.; et al (2002)</p>
Participantes	Amostra de 155 doentes com dor de metástases ósseas, e 90 cuidadores distribuídos aleatoriamente no grupo PRO-SELF [®] e grupo controlo.
Método	Estudo qualitativo e descritivo de análise de conteúdo e estatística de entrevistas semiestruturadas.
Objetivo(s)	Descrever a utilidade do diário de dor em doentes com cancro em ambulatório, que participaram no estudo randomizado do programa de controlo de dor PRO-SELF. Descrever a perceção dos doentes e cuidadores sobre a utilidade e os modos de utilização do diário de dor PRO-SELF [®] .
Intervenções	O programa de controlo de dor PRO-SELF decorreu durante seis semanas, incluiu três visitas domiciliars e dois telefonemas de acompanhamento intercalados, neste os doentes receberam informações detalhadas sobre os princípios da gestão da dor oncológica, foi realizado <i>coaching</i> individualizado sobre como gerir a sua própria dor. O grupo de controlo recebeu o tratamento padrão, visitas domiciliars e telefonemas de acompanhamento, com a mesma frequência que o grupo de intervenção. Na última visita domiciliar, doentes e familiares de ambos os grupos foram questionados se tinham considerado o diário de dor útil.
Resultados	O diário de dor foi considerado “útil” para 74% dos doentes e 31% dos cuidadores, e “não útil” para 16% de doentes e 3% de cuidadores. A perceção da utilidade do diário de dor no grupo PRO-SELF [®] e grupo controlo não tem

	<p>diferença significativa, sendo respetivamente de 91% e 84%. As razões encontradas para a utilidade do diário de dor foram as seguintes categorias: <u>elevação da consciência (awareness) da dor</u> quer de modo geral, ou mais analítico, como dar-se conta dos padrões da dor ao longo do dia e relacionados com as atividades e o regime terapêutico; <u>guia das ações de autocuidado</u>, ao desenvolver uma abordagem mais estruturada, disciplinada e organizada da gestão da dor ou levando à modificação do regime de atividades ou da terapêutica; <u>aumento da sensação de controlo</u> por poder “tomar conta” (taking charge) da dor; <u>facilita a comunicação</u> com os profissionais de saúde e os cuidadores. A “não utilidade” do diário de dor tem como razões: <u>ser um fardo</u> apontado por 6% dos doentes.</p> <p>A evidência demonstra a importância de utilizar o diário de dor, como sendo útil para doentes, familiares e profissionais, na medida em que promove o autocuidado e permite avaliar a dor e o seu alívio.</p>
Nível de Evidência	V

Autores	<p><i>Impact of an Educational Program on Pain Management in Patients With Cancer Living at Home</i></p> <p>Aubin, M.; et al (2006)</p>
Participantes	Amostra de 80 doentes com cancro avançado (esperança de vida de três a seis meses), sem compromisso cognitivo e dor já medicada com analgésicos no domicílio.
Método	Estudo quantitativo, tipo quase experimental.
Objetivo(s)	Avaliar o efeito do Programa Educativo de Gestão da Dor em doentes com cancro avançado no domicílio.
Intervenções	A intervenção educacional é promovida pela enfermeira que presta cuidados no domicílio, de acordo com o programa educacional, o qual inclui três componentes: (a) material didático com informação sobre o controlo da dor; (b) diário de dor para avaliação da dor e monitorização do alívio da dor; (c) instruções específicas sobre como reagir perante a dor não controlada.

	Foi efetuada a avaliação da intensidade da dor antes da intervenção, e após duas e quatro semanas.
Resultados	<p>O Programa educacional foi seguido por uma diminuição significativa da intensidade da dor média de 3.0 (T₀) para 1.7 (T₂- 4 semanas), e da dor máxima de 4.6 (T₀) para 2.6 (T₂) no grupo experimental, e a intensidade da dor média no grupo controlo foi de 2.4 (em T₀ e em T₂), e de 5.1 (T₀) para 4.0 (T₂) para a dor máxima. O Programa Educacional foi seguido de um aumento do score da <i>Family Pain Questionnaire</i> (FPQ) que indica mais conhecimentos adequados sobre o papel do uso dos opióides.</p> <p>O estudo verificou que houve um decréscimo significativo da intensidade da dor, após a intervenção educativa, sugerindo que provocou uma melhoria no tratamento da dor.</p> <p>A intervenção educativa pode ser eficaz na melhoria da monitorização, modificação das atitudes e crenças dos doentes sobre o uso de analgésicos opióides, e alívio da dor, promovendo um melhor controlo da dor em doentes com cancro no domicílio.</p>
Nível de Evidência	III

Autores	<p><i>The PRO-SELF©: Pain Control Program—An Effective Approach for Cancer Pain Management</i></p> <p>West, M. C.; et al (2003)</p>
Participantes	Doentes com cancro com dor.
Método	Revisão de literatura
Objetivo(s)	Descrever o PRO-SELF ©: Programa de Controlo da Dor, como uma abordagem educacional que oferece aos pacientes e cuidadores familiares o conhecimento, habilidades e apoio de enfermagem necessários para melhorar o alívio da dor.
Intervenções	Efetuar a revisão de literatura de estudos de pesquisa publicados, artigos e resumos de conferências.

Resultados	<p>Em doentes com cancro a dor muitas vezes é sub tratada, em parte por os doentes não relatarem a dor, por não terem conhecimento da gestão eficaz da dor do cancro, receio injustificado de adição, dependência física e tolerância.</p> <p>Os cuidadores familiares de doentes com cancro desempenham um importante papel para ajudar a controlar a dor desses, contudo a maioria também partilha dos mesmos receios e falta de conhecimento sobre a dor oncológica. Por estas razões os pacientes devem ser alvo de ensino individualizado, e instruídos relativamente às habilidades necessárias para gerir a sua dor, onde os cuidadores familiares devem ser incluídos.</p> <p>O PRO-SELF: Programa de Controlo da Dor é uma abordagem eficaz para ajudar os pacientes com dor óssea metastática e os cuidadores familiares a obter o conhecimento e habilidades para aumentar a administração de analgésicos, e com isso diminuir a intensidade e o número de horas de dor por dia. As três estratégias-chave para o desenvolvimento do programa Pro-Self são: (a) fornecimento de informações detalhadas com base académica; (b) desenvolvimento de habilidades através do treino com o apoio de enfermagem (coaching); (c) apoio de enfermagem interativo.</p> <p>Implicação para a enfermagem: o alívio da dor adequado é vital para a diminuição da morbilidade do cancro, e melhorar a qualidade de vida dos doentes. A combinação de sessões presenciais e telefonemas são utilizados para fornecer ensino e orientação.</p>
Nível de Evidência	I

Autores	<p><i>Nursing's Role in Chronic Pain Management with Older Adults</i></p> <p>Davis, G. C.; White, T. L. (2001)</p>
Participantes	Amostra de conveniência de 361 adultos, com dor crónica de várias origens que participaram nos 2 estudos em análise.
Método	Estudo qualitativo, tipo análise secundária de dados recolhidos num estudo anterior

Objetivo(s)	<p>Identificar linhas orientadoras para o papel da enfermeira na equipa multidisciplinar de gestão da dor crónica no idoso;</p> <p>Conhecer o uso dado a vinte métodos de gestão da dor (alívio e modulação) pelos grupos de, jovens, adultos e de idosos</p> <p>Obter linhas de orientação para a prática de enfermagem ao nível do controlo da dor crónica, enquanto elementos da equipa multidisciplinar.</p>
Intervenções	Efetuar a análise crítica de dois estudos quantitativos, realizados no sentido de auxiliar na conceptualização dos métodos de controlo da dor, e a compreender as diferenças entre adultos mais velhos e mais jovens na utilização desses métodos.
Resultados	<p>O repouso e a administração de medicamentos são os métodos mais usados nos três grupos seguidos pela aplicação de calor, de frio e o uso da Estimulação Elétrica Transcutânea, embora estes dois últimos métodos não sejam escolhidos pelo grupo de idosos (+65 anos) para gerir a sua dor. Este grupo também opta pouco por usar a massagem, os métodos de controlo de stress, as técnicas de relaxamento, as técnicas de condicionamento positivo, o biofeedback, e os antidepressivos. Estes utilizam o exercício e aplicação de calor.</p> <p>Os resultados sugerem que deve ser dado maior ênfase aos métodos não-farmacológicas que promovem a participação ativa do doente.</p>
Nível de Evidência	V

Autores	<p><i>Outcome Measures to Evaluate the Effectiveness of Pain Management in Older Adults With Cancer</i></p> <p>Miaskowski, C.; RN; PhD; FAAN (2010)</p>
Participantes	Doentes idosos com dor.
Método	Artigo de opinião de especialistas
Objetivo(s)	Identificar os instrumentos mais adequados para avaliar os resultados dos planos de intervenção para controlo da dor em idosos com cancro.

Intervenções	Pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, livros de medicina e de enfermagem, e experiência clínica.
Resultados	<p>Particularmente nos doentes idosos, a avaliação de resultados funcionais fornece uma melhor indicação da eficácia das estratégias de controlo da dor, do que apenas classificações de intensidade da dor. As medidas de resultado mais apropriadas para idosos que se encontram em ambulatório, incluem o alívio da dor, a função física e emocional, as avaliações dos próprios doentes de melhoria global e satisfação com o tratamento, e ainda os sintomas e os efeitos adversos associados aos medicamentos analgésicos.</p> <p>É recomendada a utilização de ferramentas para a avaliação do impacto da dor, como o Brief Pain Inventory (BPI) e o Multidimensional Pain Inventory (MPI), Interference Scale, as quais permitem avaliar e comparar a capacidade funcional física e os efeitos dos tratamentos em diferentes tipos de dor crónica. Ambas as ferramentas são medidas válidas e confiáveis, que foram testadas em várias populações e países, incluindo pessoas com dor de cancro.</p> <p>Uma das ferramentas utilizada com mais frequência para avaliar o impacto da dor na capacidade funcional do doente, é a escala de interferência do BPI. Esta permite avaliar o nível de interferência da dor em sete resultados funcionais (ou seja, a atividade geral, humor, capacidade de andar, trabalho, relações com outras pessoas, dormir, e gozo da vida). Cada item é avaliado em uma escala numérica de 0 ("não interfere") a 10 ("completamente interfere"). O BPI foi desenvolvido para avaliar a dor em doentes com cancro, mas tem sido utilizado em estudos de doentes com dor crónica não oncológica.</p> <p>Em oncologia, a Karnofsky Performance Status Scale, é muitas vezes utilizada para avaliação geral da função física. Embora tenha demonstrado excelente validade e fiabilidade (Schag, Heinrich, e Ganz, 1984), pode não ser capaz de detetar alterações subtis em adultos mais velhos, ao nível da capacidade funcional, como um resultado de gestão eficaz da dor.</p> <p>Implicação para a Enfermagem: Os enfermeiros devem estabelecer metas de controlo da dor com os doentes, utilizando instrumentos que permitam medidas de resultados mais amplos, em vez de se focarem apenas na intensidade da dor.</p>

Nível de Evidência	V
--------------------	---

Autores	<i>Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies</i> Chatwin, J.; Closs, J.; Bennett M. (2009)
Participantes	Artigos acerca das pessoas idosas com cancro com dor.
Método	Revisão de literatura
Objetivo(s)	Identificar as questões relacionadas com as estratégias de controlo da dor, em pessoas idosas com cancro.
Intervenções	A pesquisa centrou-se em três áreas principais como: o uso de analgésicos por idosos; as atitudes dos idosos (em relação ao controlo da dor) e os idosos e as estratégias de autocontrolo da dor. Tópicos específicos detalhados foram utilizados na pesquisa efetuada na base eletrónica MEDLINE, AMED, WEB ISI (PubMed) e Web of Science Citation Index Ciências Sociais. Foram efetuadas também pesquisas complementares utilizando motores de busca genéricos da Internet, e outros recursos da biblioteca convencional.
Resultados	Os autores sugerem que, enquanto as informações relativas à eficácia e adequação de analgesia é abundante, é evidente que é pouco conhecida a experiência dos idosos no controlo da dor. Isto é importante porque a prescrição correta do medicamento é apenas parte do quadro, mas também as influências sociais, psicológicas e culturais, podem também ter uma influência significativa sobre a gestão eficaz da dor do cancro nesta faixa etária, o que necessita de mais investigação para uma melhor compreensão e atuação a esse nível.
Nível de Evidência	I

Apêndice 2 – Modelo de Controlo Sintomático - Avaliação da Dor

CONTROLO SINTOMÁTICO - AVALIAÇÃO DA DOR

Nome: _____ Nº Processo: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Diagnóstico: _____

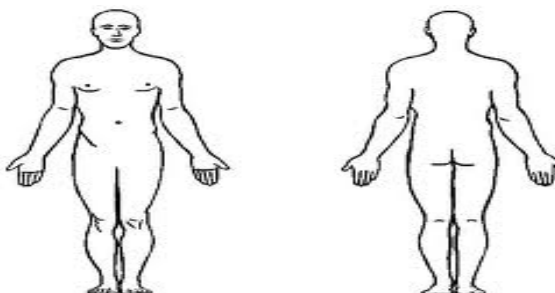
Data consulta: ____/____/____ Data 1º C.Telefónico ____/____/____ Data 2º C.Telefónico ____/____/____

Caracterização dor (tipo, duração, episódica tipo irruptiva, incidental ou fim de dose):

Fatores de alívio/agravamento da dor:

Inventário Resumido da Dor (BPI):

1 - Nas figuras marque as áreas onde sente dor.



2 - Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante as últimas 24 horas.

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

3 - Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante as últimas 24 horas.

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 em **média**.

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 neste **preciso momento**.

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

6 - Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

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

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

8 - Assinale com um circulo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas a sua dor interferiu com a sua / seu:

A Actividade geral

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

B Disposição

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

C Capacidade para andar a pé

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

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

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

E Relações com outras pessoas

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

F Sono

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

G Prazer de viver

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

Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

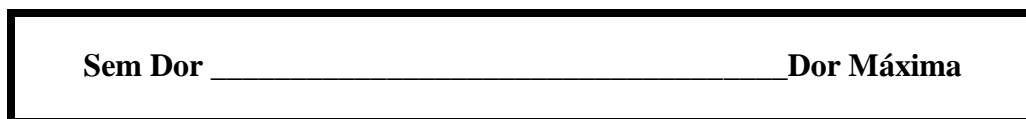
Observações: _____

Enf. Consulta:

Apêndice 3 – Tipos de Escalas de Auto Avaliação da Dor

Tipos de Escalas de Auto Avaliação da Dor

Escala Visual Analógica (E.V.A.):

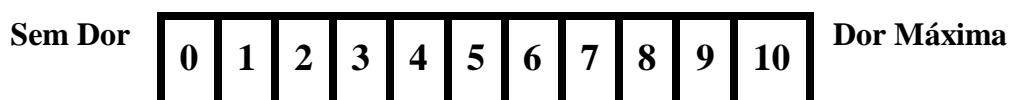


A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica.

Escala Numérica:



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Escala Qualitativa:



Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”.

Apêndice 4 – Diário de Dor

Apêndice 5 – Modelo de Avaliação da Capacidade de Autocuidado para o Controle da Dor

Avaliação da Capacidade de Autocuidado para o Controlo da Dor

Nome:

N.º Processo:

Performance Status - Índice de Karnofsky (%)/Escala de Zubrod (EGOC)

10% - 20% = Ps 4; 30% - 40% = Ps 3; 50% - 60% = Ps 2; 70% - 80% = Ps 1; 90% - 100% = Ps 0

(As respetivas escalas encontram-se no verso desta página para consulta)

Agente de Autocuidado na Gestão do Tratamento da Dor

O próprio / O próprio com a colaboração do familiar/cuidador / familiar/cuidador

Nome do familiar/cuidador:

Contacto Telefónico:

Check List - Comportamentos de Auto Avaliação da Dor	Consulta	1º Cont. Telefónico	2º Cont. Telefónico
A) Efetua relato de intensidade de dor no diário de dor			
B) Efetua relato de picos de dor e medicação de resgate no diário de dor			
C) Relata alteração padrão da dor e sintomas colaterais aos profissionais			
D) Intensidade de dor média nas últimas 24 horas (se comportamento conforme colocar valor intensidade dor)			

Chek list - Comportamentos de Adesão ao Tratamento	Consulta	1º Cont. Telefónico	2º Cont. Telefónico
A) Utiliza medicação prescrita para a dor adequadamente (dosagem, horário)			
B) Utiliza medicação de resgate prescrita para picos de dor			
C) Utiliza medicação resgate prescrita como medida preventiva para alívio da dor			
D) Utiliza a medicação prescrita para alívio de sintomas colaterais			
E) Utiliza estratégias não farmacológicas para alívio dor			
F) Utiliza medidas não farmacológicas para alívio de sintomas colaterais			

Verificar a conformidade do comportamento para cada item e colocar a sigla correspondente, aceitar a resposta como conforme (C) só se o comportamento relatado estiver correto na multiplicidade de ações que ele implica. Exepto no item D) da Ckek list Auto avaliação da dor, no qual deve ser colocado a intensidade de dor referida pelo doente.

Siglas: C - Comportamento Conforme NC - Comportamento Não Conforme NA - Item Não Aplicável

Motivos para a não adesão ao tratamento: _____

Enf. Consulta:

Enf. 1º C. Telefónico:

Enf. 2º C. Telefónico:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (PERFORMANCE STATUS)

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Kamofsky (%)
PS 0 - Atividade Normal	100 - nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
	90 - capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia dia normal	80 - alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 - capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	60 - necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 - requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 - incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 - muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 - Preso ao leito	20 - muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 - moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Apêndice 6 – Folheto Informativo “Aprenda a Controlar a Dor”

MITOS E RECEIOS...

“Ter dor é sinal que a doença piorou.”

- ♦ Sentir dor não quer dizer obrigatoriamente que a doença tenha piorado. Pode ter outras causas como, tratamentos, outras doenças, condição física e a presença de outros sintomas.

“A morfina é o medicamento de último recurso, e cria habituação.”

- ♦ A morfina pode ser utilizada em qualquer idade, fase da doença, quando outros medicamentos semelhantes não são tão eficazes. A dose é ajustada, não causa habituação.

“A medicação para a dor causa sonolência, náuseas e obstipação”

- ♦ Alguns sintomas podem desaparecer gradualmente, outros são controlados com medicação e medidas não farmacológicas.

PARA CONTROLAR A DOR...

- ♦ Não hesite em contactar a equipa de saúde, quando necessitar de esclarecer qualquer dúvida relacionada com, a medicação, com o descontrolo da sua dor ou de outros sintomas.
- ♦ Deve mostrar à equipa de saúde o seu Diário de Dor, quando vier à próxima consulta e sempre que recorrer a outros serviços de saúde.

Serviço de Oncologia

Consulta de Cuidados Paliativos

Horário de funcionamento:

2ª a 6ª feira | 8:00h às 15:30

Contacto telefónico direto:

Aprenda a Controlar a Dor



Guia Orientador

Data de Revisão: 2014

É POSSÍVEL TRATAR A DOR

- ♦ A sensação de dor é uma experiência pessoal e única.
- ♦ A dor é sempre temida, mas pode e deve ser controlada.
- ♦ Aliviar a dor é um direito do doente.
- ♦ Não deve sofrer em silêncio, fale da sua dor à equipa de saúde que cuida de si.
- ♦ O controlo da dor requer uma abordagem em equipa, onde o principal interveniente é o doente.

Aprenda a controlar a sua dor

PARA CONTROLAR A DOR É IMPORTANTE....

- ✓ Avaliar a intensidade de dor, utilizando a escala de avaliação de dor;

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR

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

- ✓ Avaliar e registar diariamente a intensidade e os picos da sua dor (Diário de Dor);
- ✓ Cumprir com o esquema da medicação prescrita, respeitando a dosagem e as horas de administração;
- ✓ Tomar a medicação de resgate, sempre que sentir um pico de dor e antes de atividades que agravam a sua dor;
- ✓ Não parar a medicação sem consultar a equipa de saúde;

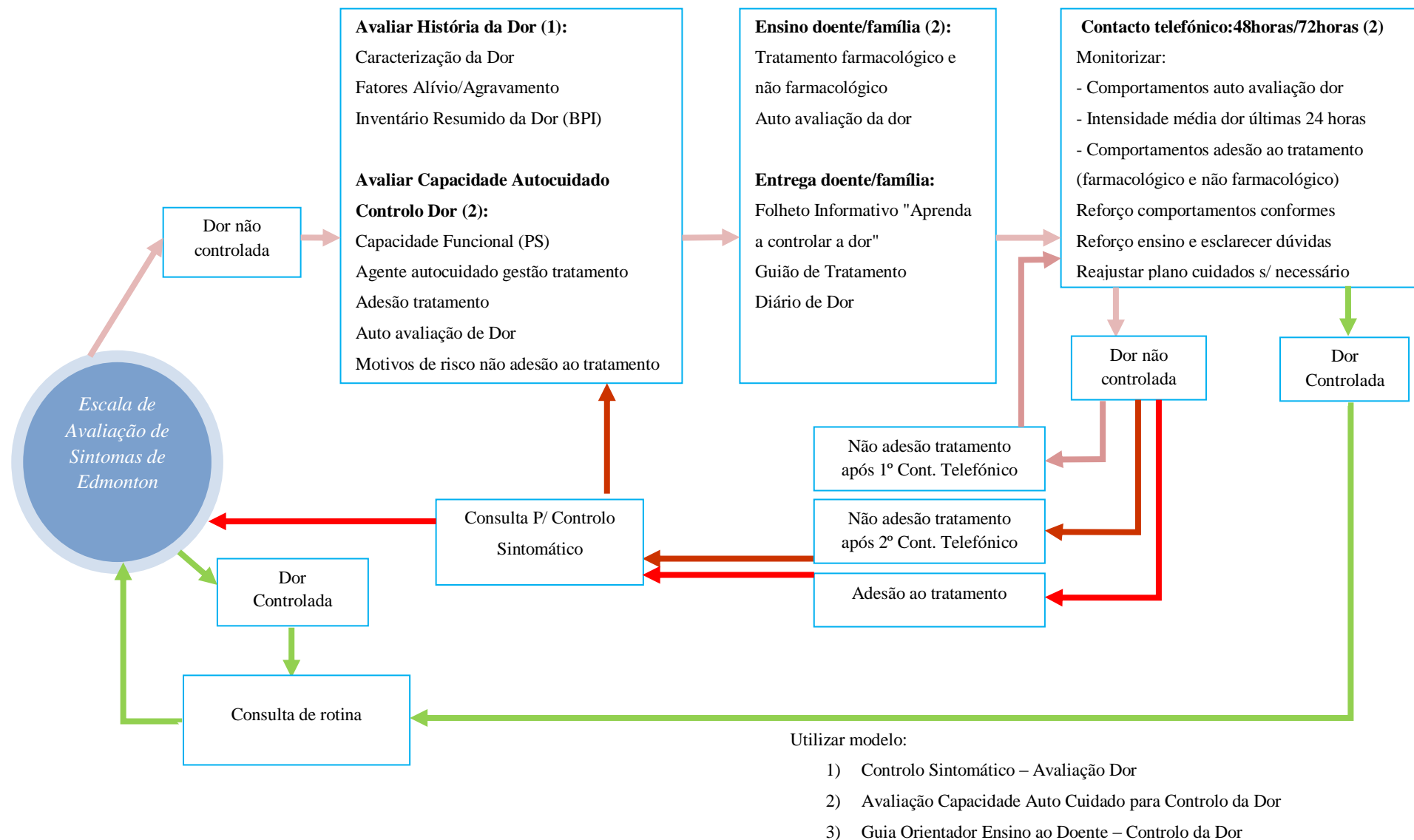
PARA CONTROLAR A DOR É IMPORTANTE....

- ✓ Controlar outros sintomas como, náuseas, vômitos, obstipação;
- ✓ Utilizar estratégias não farmacológicas, como:
 - ⇒ Ler, ver TV, ouvir música e ocupar-se com os seus passatempos favoritos;
 - ⇒ Usar roupas e calçado confortáveis;
 - ⇒ Realizar exercício, de acordo com o que a sua condição física permitir;
 - ⇒ Evitar ambientes que possam agravar a sua dor;
 - ⇒ Aplicar calor/frio no local da dor;
 - ⇒ Identificar fatores de agravamento ou alívio de dor;
 - ⇒ Encontrar uma posição de conforto e alívio.

Apêndice 7 – Guia de Tratamento

Apêndice 8 – Algoritmo para Intervenção de Enfermagem para o Controlo Sintomático da Dor

ALGORITMO PARA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O CONTROLO SINTOMÁTICO DA DOR



Apêndice 9 – Guia orientador de ensino ao doente - Controlo da Dor

GUIA ORIENTADOR ENSINO AO DOENTE - CONTROLO DA DOR

1 - ENSINO ACERCA DAS INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

Desmistificar receios em relação à utilização de opióides (aumento dosagem gradual, não cria dependência física ou psicológica)

Informar sobre a finalidade da medicação prescrita

Informar o doente a necessidade de cumprir o esquema da medicação prescrita, ao nível da dosagem e horas de administração

Instruir acerca da via de administração, cuidados a ter e aspetos a vigiar (via subcutânea ou transdérmica)

Instruir acerca da utilização da terapêutica analgésica de resgate para alívio de picos de dor ou prevenir a dor

Instruir para efetuar reforço da analgesia antes de realizar manobras desencadeantes de dor

Informar acerca dos possíveis efeitos colaterais da terapêutica analgésica

Instruir sobre as estratégias farmacológicas de controlo dos efeitos colaterais

Incutir confiança na utilização da medicação prescrita

2 - ENSINO ACERCA DAS INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

Incentivar o doente a realizar exercício, de acordo com o que o seu estado físico permitir

Incentivar o doente a elaborar um esquema de atividades que respeite as suas capacidades

Incentivar a identificar fatores de alívio ou agravamento da dor (atividades, aplicação calor/frio, posição antiálgica);

Instruir sobre as intervenções não farmacológicas que podem contribuir para o tratamento dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica (náuseas, vômitos, obstipação);

Instruir sobre a necessidade de evitar ou reduzir a compressão, através de vestuário ou posicionamento mais adequado.

Instruir sobre as intervenções não farmacológicas que podem contribuir para o alívio da dor:

- Controlo da atenção – Recorrer a hobbies como ver televisão, ler, ouvir música, etc.;
- Relaxamento – Diminuir a tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação;
- Massagem – Massajar e pressionar partes do corpo, de forma a promover relaxamento e diminuir a tensão muscular;
- Reestruturação cognitiva - Monitorizar e avaliar pensamentos negativos, de forma a gerar pensamentos adaptativos positivos;
- Aplicar calor/frio no local da dor;

3 – ENSINO ACERCA DA AUTO AVALIAÇÃO DA DOR

Esclarecer o doente/família da importância de este efetuar a autoavaliação diária da dor, e registar a mesma no Diário de Dor

Esclarecer o doente/família da importância de este efetuar a autoavaliação dos picos de dor, e registar os mesmos no Diário de Dor, assim como a medicação de resgate tomada e o alívio obtido

Instruir o doente/família sobre a forma de utilização do instrumento de avaliação da dor, escala de avaliação numérica/qualitativa, e Diário de dor

Instruir sobre a possibilidade de poder contactar a equipa da Consulta de Cuidados Paliativos, para esclarecer dúvidas, e informar acerca de novas fontes e tipos de dor, o agravamento da dor ou dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica

Apêndice 10 – Descrição das características sociodemográficas e diagnósticas dos doentes

Quadro - Descrição das características sociodemográficas e diagnósticas dos doentes	
Amostra (n=20)	
Idade (anos)	
Média	70
Desvio-padrão	14
Mediana	75
Moda	78
Mínimo	36
Máximo	86
Sexo, n (%)	
Masculino	11 (55)
Feminino	9 (45)
Habilitações Literárias, n (%)	
Não sabe ler e escrever	5 (25)
Escola primária	5 (25)
Ensino preparatório	5 (25)
Ensino secundário	2 (10)
Ensino Superior	3 (15)
Tipo de neoplasia, n (%)	
Mama	3 (15)
Reto e cólon	7 (35)
Gástrico	2 (10)
Cabeça e pescoço	1 (5)
Próstata	5 (25)
Bexiga	2 (10)
PS (Escala de Zubrod)	
Média	0,9
Desvio-padrão	1,0
Mediana	1
Moda	0
Mínimo	0
Máximo	3

Apêndice 11 – Percentagem de doentes que identificam fatores de agravamento da sua dor

Quadro – Percentagem de doentes que identificam fatores de agravamento da sua dor (<i>n</i>= 20)					
		Frequência	%	% Validada	% Acumulada
Valid	Sim	17	85,0	85,0	85,0
	Não	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Apêndice 12 – Distribuição das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo doente no alívio da dor

Quadro – Distribuição das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo doente no alívio da dor		
Item	Frequência	%
Aplicação de calor ou frio	6	24
Recorrer a hobbies	3	12
Massagem	2	8
Relaxamento	3	12
Adoção de posição de conforto/repouso	11	44

Apêndice 13 – Inventário Resumido da Dor (BPI) - Análise descritiva para cada item

Quadro - Inventário Resumido da Dor (BPI) – Análise descritiva para cada item (n=20)							
Item	Média	DP	IC 95%*	Mediana	Âmbito	% Mínimo #	% Máximo +
BPI 2 - Intensidade da dor no seu máximo nas últimas 24h	7,2	2,4	2,4-5,0	7	0-10	10	20
BPI 3 - Intensidade da dor no seu mínimo nas últimas 24h	3,7	2,6	2,4-5,0	3	0-10	10	5
BPI 4 - Intensidade da dor em média nas últimas 24h	5,5	2,0	4,5-6,4	5	0-10	5	5
BPI 5- Intensidade da dor neste preciso momento	5,0	2,4	3,9-6,2	5	0-10	5	10
BPI 8 A - Interferência dor na atividade geral	5,2	3,7	3,5-6,9	5	0-10	15	25
BPI 8 B - Interferência dor na disposição	6,5	2,6	5,2-7,7	6	0-10	10	15
BPI 8 C – Interferência dor na capacidade para andar a pé	4,0	4,3	1,9-6,1	2	0-10	40	25
BPI 8 D - Interferência dor no trabalho normal	5,7	3,9	3,8-7,5	6	0-10	10	30
BPI 8 E – Interferência dor nas relações com outras as pessoas	5,3	2,9	3,9-6,6	5	0-10	5	10
BPI 8 F - Interferência dor no sono	6,7	3,8	4,9-8,5	9	0-10	15	35
BPI 8 G – Interferência dor prazer de viver	3,2	4,5	2,9-6,0	5	0-10	10	10

DP: Desvio- padrão
*Intervalo de confiança a 95%
Percentagem de indivíduos classificados no valor mínimo possível da escala do item (efeito de floor).
+ Percentagem de indivíduos classificados no valor máximo possível da escala do item (efeito de ceiling).

Apêndice 14 – Distribuição do agente de autocuidado na gestão do tratamento da dor

Quadro – Distribuição do agente de autocuidado na gestão do tratamento da dor					
		Frequência	%	% Validada	% Acumulada
Valid	O próprio	7	35,0	35,0	35,0
	O próprio com a colaboração do familiar / cuidador	11	55,0	55,0	90,0
	Familiar / cuidador	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Apêndice 15 – Distribuição dos motivos apresentados pelo doente de não adesão ao tratamento farmacológico no momento da consulta

Quadro – Distribuição dos motivos apresentados pelo doente de não adesão ao tratamento farmacológico no momento da consulta		
Item	Frequência	%
Falta de conhecimento	5	9,9
Crenças religiosas / culturais	9	17,6
Não querer tomar medicamentos	6	11,7
Estar deprimido / desmotivado	1	2
Poucos recursos económicos	1	2
Medo de tomar opiáceos	9	17,6
Devido aos efeitos secundários	8	15,6
Duvidar da eficácia do tratamento	2	4
Não querer tomar muitos medicamentos	8	15,6
Falta de confiança nos profissionais	2	4

Apêndice 16 – NOC: Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos

Hospital Distrital	Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos	Data da publicação:	--/--/--
		Revisão A	_/_/_
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC.CHS.00

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do [REDACTED] (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas. Poderão ocorrer desvios devido á individualidade dos casos e preferência justificada.

Uniformizar a intervenção de enfermagem ao nível do controlo de sintomas no doente em cuidados paliativos no Hospital de Dia e na Consulta de Cuidados Paliativos.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do Hospital de Dia do Serviço de Oncologia.

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Adesão ao Tratamento - Tomar os medicamentos de forma apropriada; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; fazer mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do stress, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados.

Ansiedade – Medo ou sentimento desagradável de desamparo.

Anorexia – Diminuição do apetite alimentar.

Astenia – Ausência ou perda de força.

Autocuidado - Pode ser desenvolvido pelo próprio indivíduo ou por outro, de forma a assegurar atividades que promovam entre outros o bem-estar pessoal.

Autocontrolo dor - Processo dinâmico de estratégias e / ou ações coordenadas, realizadas pelo próprio, que têm por objetivo eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter-se confortável.

Avaliar – Estimar as dimensões, qualidade ou significado de alguma coisa.

Caquexia - Perda de peso, atrofia muscular, fadiga, fraqueza e perda de apetite, ou seja, apresenta estado de desnutrição.

Diarreia – Aumento do número de evacuações e/ou a presença de fezes amolecidas, com consistência pastosa e/ou até mesmo líquidas.

Dispneia – Sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória.

Dor – É uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

Intervenções Farmacológicas – Administração de fármacos para prevenção e/ ou tratamento de sintomas.

Intervenções Não farmacológicas – Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ ou tratamento de sintomas que não envolvam a administração de fármacos.

Monitorizar – Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa.

Náusea – Ativação do limiar baixo do processo de vômito por estase gástrica/diminuição motilidade gástrica.

Obstipação – Dificuldade em evacuar, em menor número que o é considerado habitual para o doente.

Perturbação do Sono (Insónia) – Dificuldade em adormecer ou manter o sono, tempo de sono insuficiente, sono não reparador.

Vómitos – Ato final de um processo complexo, que culmina com a expulsão do conteúdo gástrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUBIN, Michéle; (et al) (2006) - Impact of an Educational Program on Pain Management in Patients With Cancer Living at Home. **ONCOLOGY NURSING FORUM** . VOL 33, NO 6. 1183 -1188 <http://search.ebscohost.com>
- BARBOSA, António; NETO, Isabel G. (2006) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8
- BIDARRA, Andreia P. (2010) - **Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado
- BOSTRÖM, B.; (et al) (2004) - Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. **European Journal of Cancer Care**, Blackwell Publishing Ltd. 13 . 238–245 <http://search.ebscohost.com>
- CASTRO, Susana C. P. (2008) – **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase**

Hospital Distrital	Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos	Data da publicação:	--/--
		Revisão A	_/_/_
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC.CHS.00

terminal a cuidar no domicílio. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de

Mestrado

6. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Europress, Lda. ISBN 972-675-124-1
7. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: Grafifina, Lda. ISBN 972-9425-95-7
8. FERRELL, Betty R.; (e tal) (1994) - Pain Management for Elderly Patients with Cancer at Home. **CANCER Supplement**. Volume 74, No. 7 (Outubro, 1994). 2139-2146
<http://search.ebscohost.com>
9. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DE STUDY OF PAIN (1994) – **Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain**. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk. ISBN 0-931092-05-1. 210-213.
10. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP® Catalogue»**. DPI Cromotipo. ISBN 978-989-96021-1-3
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Cuidados Paliativos para uma morte Digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Palliative Care for Dignified Dying. International Classification for Nursing Practice (ICNP® Catalogue»**. DPI Cromotipo. ISBN 978-989-84444-02-8
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
12. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - **Dor. Guia - Orientador de Boas Práticas**. DPI Cromotipo. ISBN 978-972-99646-9-5
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
13. OREM, Dorothea E.(1980) - **Nursing : concepts of practice**. 2ª Edição. New York : McGraw-Hill Book Company. ISBN 0-07-047718-3
14. PACHECO, Susana (2004) – **CUIDAR. A pessoa em fase terminal. Perspectiva ética**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-30-4
15. REDMAN, Barbara K. (2003) – **Measurement Tools in Patient Education**. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-9859-7
16. TWYXCROSS, Robert (2003) – **Cuidados paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES. ISBN 972-796-093-6

RESPONSABILIDADES

Enfermeiro Chefe pela sua divulgação e garantia do seu cumprimento.
Enfermeiros do Serviço de Oncologia

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

- 1 – Avaliar o controlo sintomático do doente sempre que este vier à Consulta de Cuidados Paliativos, por meio do auto relato do doente, e/ou com o apoio do elemento cuidador como fonte de informação:
- 2 – Efetuar o diagnóstico de cada sintoma com o apoio da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton:
 - Fazer ensino prévio da escala de avaliação de sintomas empregando uma linguagem comum entre enfermeiro e doente/elemento cuidador, assegurando a correta interpretação da mesma
 - Utilizar sempre o mesmo método de avaliação, exceto quando a situação clínica o justificar
- 3 – Averiguar quais os sintomas que incomodam mais o doente, e estabelecer prioridades
- 4 – Realizar a história de cada sintoma:
 - Características (intensidade, duração, frequência)
 - Fatores de alívio e de agravamento
 - Intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas, eficácia das mesmas

Hospital Distrital	Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos	Data da publicação:	--/--
		Revisão A	_/_/_
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC.CHS.00

- Na presença de Dor, assegurar a auto avaliação de intensidade de dor (Escala Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa), a auto avaliação multidimensional da dor (Inventário Resumido da Dor - BPI)
- 5 – Avaliar a capacidade funcional do doente, utilizando a Palliative Performance Scale.
- 6 – Verificar a capacidade de auto cuidado do doente (Na presença de Dor utilizar o modelo de Avaliação da capacidade de auto cuidado para o controlo da dor)
- 7 – Verificar o risco de não adesão ao tratamento (fatores extrínsecos, intrínsecos e relacionais)
- 8– Elaborar o plano de tratamento em equipa em parceria com o doente e família/elemento cuidador, adotando uma estratégia terapêutica mista, estabelecendo prazos para os objetivos a atingir;
- 9 – Efetuar o ensino ao doente e família/elemento cuidador acerca das causas dos sintomas e o tratamento de forma acessível:
 - a) Ensino acerca das intervenções farmacológicas
 - Informar sobre a finalidade da medicação prescrita;
 - Informar o doente a necessidade de cumprir o esquema da medicação prescrita, ao nível da dosagem e horas de administração;
 - Instruir acerca da via de administração, cuidados a ter e aspetos a vigiar (via subcutânea, transdérmica, etc.);
 - Instruir acerca da utilização da terapêutica de resgate;
 - Desmistificar receios em relação à utilização de opióides (aumento dosagem gradual, não cria dependência física ou psicológica);
 - Instruir para efetuar reforço da analgesia antes de realizar manobras desencadeantes de dor;
 - Informar acerca dos possíveis efeitos colaterais da terapêutica;
 - Instruir sobre as estratégias farmacológicas a utilizar para controlo dos efeitos colaterais;
 - Incutir confiança na utilização da medicação prescrita.
 - b) Ensino acerca das intervenções não farmacológicas
 - Incentivar o doente a realizar exercício, de acordo com o que o seu estado físico permitir;
 - Incentivar o doente a elaborar um esquema de atividades que respeite as suas capacidades;
 - Incentivar a ingestão de líquidos e dieta alimentar de acordo com as suas necessidades;
 - Incentivar a identificar fatores de alívio ou agravamento da dor (atividades, aplicação calor/frio, posição antiálgica);
 - Instruir sobre as intervenções não farmacológica que podem contribuir para o alívio da dor:
 - Controlo da atenção – Recorrer a hobbies como ver televisão, ler, ouvir música, etc.
 - Relaxamento – Diminuir a tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.
 - Massagem – Massajar e pressionar partes do corpo, de forma a promover relaxamento e diminuir a tensão muscular.
 - Reestruturação cognitiva - Monitorizar e avaliar pensamentos negativos, de forma a gerar pensamentos adaptativos positivos.

Hospital Distrital	Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos	Data da publicação:	--/--
		Revisão A	_/_/
		Próxima revisão:	_/_/
		Cód. Documento:	NOC.CHS.00

- Aplicar calor/frio no local da dor.

- Instruir sobre as intervenções não farmacológicas que podem contribuir para o tratamento dos efeitos colaterais da terapêutica fármacos (náuseas, vômitos, obstipação);

- Instruir sobre a necessidade de evitar ou reduzir a compressão, através de vestuário ou posicionamento mais adequado.

c) Ensino acerca da Auto avaliação da Dor

- Esclarecer o doente/família da importância de este efetuar a autoavaliação diária da intensidade da dor e picos de dor, e registar a mesma no Diário de dor, assim como a medicação de resgate tomada e o alívio obtido;

10 – Entregar ao doente e família Guia de Tratamento com a descrição das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, Diário de Dor, Folheto informativo direcionado aos sintomas apresentados.

11 – Instruir sobre a possibilidade de poder contactar a equipa da Consulta de Cuidados Paliativos, para esclarecer dúvidas, e solicitar apoio em caso de necessidade.

12 – Informar o doente do contacto telefónico que vai ser efetuado para monitorização da eficácia das intervenções implementadas, e prestar apoio ao doente e família/elemento cuidador.

13 – Monitorizar a eficácia das intervenções realizadas, efetuando o contacto telefónico após 48 horas da Consulta de Cuidados Paliativos:

- Avaliar a intensidade dos sintomas em tratamento

a) Sintoma controlado:

- Reforçar ensino realizado

- Efetuar reforço positivo das intervenções realizadas pelo doente e família/elemento cuidador

- Esclarecer dúvidas

- Agendar Consulta de Cuidados Paliativos de rotina

b) Sintoma descontrolado:

- Avaliar adesão ao tratamento

- Verificar necessidade de rever plano de tratamento

- Reforçar ensino realizado

- Efetuar reforço positivo das intervenções efetuadas pelo doente e família/elemento cuidador

- Esclarecer dúvidas

- Efetuar novo contacto telefónico após 48 horas para monitorização das intervenções realizadas, caso se mantenha o descontrolo sintomático, encaminhar de imediato o doente para Consulta de Cuidados Paliativos.

14 – Realizar registos em suporte papel nos impressos instituídos, ou em formato informático

Hospital Distrital	Intervenção de Enfermagem no Controlo Sintomático no Doente em Cuidados Paliativos	Data da publicação:	--/--
		Revisão A	_/_/
		Próxima revisão:	_/_/
		Cód. Documento:	NOC.CHS.00

ALGORITMO DE ATUAÇÃO NA MONOTORIZAÇÃO DO CONTROLO SINTOMÁTICO DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL DE DIA E NA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

