



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**AVALIAÇÃO DA DOR  
DIAGNÓSTICO E COMPROMISSO DE ENFERMAGEM NA  
SATISFAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elvira Inmaculada Chamizo Acedo

Lisboa, Fevereiro 2014





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**AVALIAÇÃO DA DOR  
DIAGNÓSTICO E COMPROMISSO DE ENFERMAGEM NA  
SATISFAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elvira Inmaculada Chamizo Acedo

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Fevereiro 2014



*"A alma humana e o corpo humano têm uma infinita capacidade de adaptação, e é extraordinário quão resistentes podemos acabar por ficar, e como conceitos que tratamos como relativamente insignificantes podem subitamente tornar-se significativos e cruciais."*

Nelson Mandela (Madiba)  
*Carta a Adelaide Tambo, 1970*



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho apenas foi possível, graças ao apoio e colaboração de várias pessoas às quais gostaria de expressar algumas palavras de agradecimento, uma vez que sem elas, esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família, pelo apoio dedicação e paciência, ao longo deste tempo de formação – muito obrigado por me ajudarem a alcançar este sonho!

Quero agradecer de forma muito especial à minha orientadora, Professora Patrícia Pontífice Sousa pelo interesse e disponibilidade que demonstrou no desenvolvimento deste trabalho, com as suas opiniões, sugestões e críticas em todas as fases da sua elaboração. Manifesto a minha gratidão pelo modo como também, acolheu e apoiou as minhas ideias, sugestões e opiniões. A motivação nesta fase é essencial, para conseguir ter força para continuar.



## RESUMO

Este relatório pretende espelhar o trabalho prático desenvolvido em contexto de estágio, realizado no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa. Trata-se da vertente prática de um percurso académico e científico, realizado entre 22 de Abril de 2013 a 31 de Janeiro de 2014 no Hospital do concelho de Loures.

Este trabalho apresenta e compila a descrição, reflexão e análise das actividades desenvolvidas ao longo do estágio, composto por três módulos distintos realizados no mesmo hospital.

Módulo I, realizado no Serviço de Urgência Geral desenvolveram-se essencialmente competências no âmbito da prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco em contexto de urgência, bem como actividades dirigidas à melhoria dos cuidados prestados, através da sensibilização e consciencialização dos profissionais de enfermagem, na importância da avaliação de dor.

Módulo II, desenvolvi competências ao nível dos cuidados prestados ao doente/família em situação crítica nos Serviços de UCIP/Cuidados Intermédios, no qual investi na melhoria da qualidade desses mesmos cuidados, através da implementação e aplicação de escalas de avaliação da dor no doente não comunicante e doente sedado e ventilado, procedendo-se posteriormente aos respectivos registos e análise pelo profissional de enfermagem.

Módulo III de carácter opcional, foi realizado no HDO. Comumente aos anteriores, o investimento continua na qualidade dos cuidados prestados ao cliente/família, associada ao desenvolvimento de um trabalho de desmistificação acerca de crenças e mitos sobre opióides, bem como à realização de uma acção de formação sobre dor oncológica e os opióides para controle da dor.

Através da reflexão contínua, das experiências vivenciadas e das actividades desenvolvidas, bem como da implementação de métodos de avaliação da dor padronizados, elaborou-se um diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família, assim como uma série de contributos que procuraram enquadrar o papel do enfermeiro especialista, na promoção e defesa da qualidade dos cuidados prestados ao cliente/família.

**Palavras-chave:** Dor, Avaliação, Cuidados de Enfermagem, Família



## **ABSTRACT**

This report pretends to highlight the practical work developed in the context of internship, performed under the Master's Degree with specialization in Medical-Surgical Nursing at the Institute of Health Sciences at the Catholic University of Portugal. It is the practical side of an academic and scientific path, conducted between April 22, 2013 and January 31, 2014 at a Hospital in Loures.

This work presents and compiles a description, reflection and analysis of the activities developed throughout this training period, which is composed of three distinct modules performed in the same hospital.

In module I, performed in the Emergency Department, it was essentially possible to develop skills in the provision of specialized care to patients of medium and high risk, in the context of emergency/urgency care, as well as activities aimed to improve care, through the improvement of nursing professionals awareness of the importance of pain assessment.

In Module II, was possible to develop skills in the care of the patient / family in critical condition in Intensive Care Unit/Intermediate Care Unit, improving the quality of care through the implementation and application of pain assessment scales to non-communicating, sedated and ventilated patients, proceeding later, to the analysis of its records by nursing professionals.

Module III presents an optional module of training that also took place at ODH. The focus continued on the quality of care provided to the client/family, associated with the work of demystifying beliefs and myths about the use of opioids, as well as the holding of a specific training course about cancer pain and the use of opioids for cancer pain control.

Therefore, through continuous reflection of the lived experiences and activities developed, and the implementation of standardized pain assessment methods, a diagnosis and nursing commitment in patient/family satisfaction was elaborated, as well as a series of contributions that sought to frame the role of the specialist nurse in promoting and protecting the quality of care provided to the client / family.

**Keywords:** Pain, Evaluation, Nursing Care, Family



## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- APEGL** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
- APED** – Associação Portuguesa para Estudo da Dor
- CNPI** – *Checklist of Nonverbal Pain Indicators*
- CVC** – Cateter Venoso Central
- EBSCO** – Base de dados e tecnologias de descoberta *online*
- EN** – Escala Numérica
- EOT** – Entubação orotraqueal
- HBA** – Hospital Beatriz Ângelo
- HDO** – Hospital de Dia Oncológico
- IASP** – *International Association for the Study of Pain*
- JCI** – *Joint Commission Internacional*
- MDP** – Modelo de Desenvolvimento Profissional
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PEC** – Posto de estadia curta
- POR** – Posto de observação rápida
- PICO** – Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes"
- SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*
- SIECE** – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem
- SGHL** – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA
- SO** – Sala de Observações
- SPCI** – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- SR** – Sala de Reanimação
- SUG** – Serviço de Urgência Geral
- UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- VNI** – Ventilação não invasiva
- VM** – Ventilação mecânica
- VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## LISTA DE ABREVIATURAS

Art.<sup>o</sup> – Artigo

Ed – Editora

Enf.<sup>o</sup> – Enfermeiro

p. – Página

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

Sr. – Senhor

## **ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

ESQUEMA 1 – PERCURSO METODOLÓGICO: CRITÉRIOS DE SELECÇÃO .....	23
ESQUEMA 2 – PERCURSO METODOLÓGICO: CRITÉRIOS DE SELECÇÃO .....	24
ESQUEMA 3 – SÍNTESE E RESUMO DOS RESULTADOS.....	26

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – ESTUDOS PRIMÁRIOS .....	24
------------------------------------	----



## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. MITOS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES PARA O CONTROLO DA DOR: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	21
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO</b> .....	31
2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	34
2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	48
2.3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III – HOSPITAL DIA ONCOLÓGICO .....	62
<b>3. CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	73
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	83
<b>APÊNDICE I – AÇÃO DE FORMAÇÃO NO SUG: AVALIAÇÃO DA DOR</b> .....	85
<b>APÊNDICE II – ESCALA DE AVALIAÇÃO INTENSIDADE DE DOR: DOENTES COMUNICANTES</b> .....	111
<b>APÊNDICE III – ESCALA CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS (CNPI): DOENTES NÃO COMUNICANTES OU DÉFICES COGNITIVOS GRAVES</b> .....	115
<b>APÊNDICE IV – ANÁLISES DOS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NO SUG: AVALIAÇÃO DA DOR</b> .....	119
<b>APÊNDICE V – GUIA INFORMATIVA PARA FAMILIARES DOS DOENTES SUBMETIDOS A HIPOTERMIA INDUZIDA</b> .....	123
<b>APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES FORMATIVAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR NA UCI</b> .....	127
<b>APÊNDICE VII – AÇÃO DE FORMAÇÃO NA UCI: AVALIAÇÃO DOR NA UCI</b> .....	131
<b>APÊNDICE VIII – FLUXOGRAMA: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR NA UCI</b> .....	149
<b>APÊNDICE IX – ANÁLISES DOS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: AVALIAÇÃO DA DOR NA UCI/ESCALAS DE AVALIAÇÃO</b> .....	153
<b>APÊNDICE X – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE LITERATURA: COMUNICAÇÃO COM O DOENTE IDOSO – IMPORTÂNCIA &amp; CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS NA CRIAÇÃO DE LAÇOS DE CONFIANÇA</b> .....	157
<b>APÊNDICE XI – AÇÃO DE FORMAÇÃO NO HDO: DOR ONCOLÓGICA</b> .....	171

<b>APÊNDICE XII – ANÁLISES DOS RESULTADOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: DOR ONCOLÓGICA .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE XIII – CARTAZ – ANALGÉSICOS–OPIÓIDES DE AÇÃO CENTRAL.....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA: MITOS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES PARA O CONTROLO DA DOR .....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICE XV – INFORMAÇÃO DE APOIO AO CLIENTE/FAMÍLIA EM TRATAMENTO COM SISTEMAS TRANSDÉRMICOS .....</b>	<b>209</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXO I – TABELA PICO: DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO II – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO SUPORTE BÁSICO DE VIDA .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO III – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WORKSHOP PAIN EDUCATION.....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXO IV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO IV CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DE DOR.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO V – ESCALA BPS.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO..</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 12º CONVÊNIO DA ASTOR .....</b>	<b>239</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa através do Instituto de Ciências da Saúde, sob a orientação da Professora Patrícia Pontífice de Sousa. Fazem parte deste curso uma componente teórica e um estágio constituído por três módulos.

A referida formação específica em Enfermagem Médico-Cirúrgica “(...) visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.”.<sup>1</sup>

A elaboração deste relatório não é apenas uma descrição das actividades desenvolvidas mas acima de tudo uma reflexão, avaliação e registo de todo um percurso de formação que culminou na aquisição de novas competências por um lado e na aplicação de outras já adquiridas, através das práticas clínicas sempre acompanhadas de formação contínua.

Tal como muitos outros, sinto mais do que nunca uma necessidade cada vez maior de reflectir e agir sobre a atenção humanizada que devemos disponibilizar ao outro nesta área. A redução de recursos humanos serve, às vezes, para justificar intervenções de enfermagem deficitárias, que não podemos, enquanto profissionais de saúde deixar de lado, por serem indispensáveis ao bem-estar e satisfação do cliente/família.

A componente prática deste Curso assume um papel privilegiado e preponderante na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, prevendo que se estabeleça uma relação teórica/prática consistente e a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais adequadas à prestação de cuidados diferenciados em estado crítico.

No âmbito do estágio espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva as competências adquiridas na vertente teórica da sua formação, de maneira a colocar em prática o conhecimento científico, técnico e relacional apreendido.

Assim, “Especialista é o enfermeiro com 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.”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (2010)

<sup>2</sup> Diário da República, 2ª SÉRIE - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011

Essencialmente o enfermeiro deve, ao longo do seu percurso académico e de prática clínica, desenvolver diversas competências, no sentido de cada vez mais humanizar os cuidados prestados ao cliente. Segundo Lopes e Nunes (1995) o conceito de competência abrange “(...) *um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base, à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta*”.

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se dividida em três módulos: Serviço de Urgência (Módulo I); Cuidados Intensivos/Intermédios (Módulo II); e um módulo opcional (Módulo III), realizado no Hospital Dia Oncológico. A carga horária correspondente a cada um dos módulos foi definida em cento e oitenta horas.

O local para desenvolvimento dos estágios foi o Hospital situado no concelho de Loures, onde desempenho actualmente funções de Enfermeira Responsável da Unidade de Dor Crónica. Trata-se de um hospital recente, inaugurado em 2012, que pela sua especificidade clínica e equipamentos modernos me possibilitaram a implementação de conhecimentos na área de dor, nomeadamente, na avaliação de dor, com vista a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente nos locais de estágio, nomeadamente o conforto e alívio do doente com dor, sendo a dor crónica um estado de doença/transição.

Existem três estados de conforto que são alívio, tranquilidade e transcendência definidos por Kolcaba na sua teoria do Conforto. Assim, e de uma forma muito sucinta posso dizer que o alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio (Kolcaba, 2003). A tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais duradouro que o estado de alívio e não implica que haja desconfortos prévios (Kolcaba, 2003), mas a doença “dis-ease” já afasta este estado de tranquilidade “ease” (Apóstolo, 2007). Finalmente o estado de transcendência, é o estado em o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas, pelo que mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, ele consegue suprir as suas próprias necessidades, através de um desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afetar, e tudo isto é feito com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar envolvendo um conjunto de ações confortantes (Kolcaba, 2003).

A teoria de Enfermagem de Afaf Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida (Petronilho, 2009). É uma estrutura teórica expandida que consiste em: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Inclui a experiência do doente numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis *et al.*, 2000).

O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sócio-cultural, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

A missão de enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experimentam sendo que o domínio de transição abrange mudanças que requerem ajustamento e adaptação. Ao experienciar novos conhecimentos e situações novas surge um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2008). Neste sentido ainda Petronilho (2007) reforça que o desafio dos enfermeiros face à necessidade de apoio nos processos de transição, é entender o processo de transição e planear intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista a estabilidade e sensação de bem-estar. Meleis in Abreu (2008, p.18) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”.

A metodologia utilizada para a realização do relatório foi a pesquisa bibliográfica, utilizando recursos como bibliotecas pesquisa na internet, através de bases de dados como a *Scielo*, *Lilacs*, a base de dados disponível no *site* da Ordem dos Enfermeiros, bem como a análise de artigos científicos e teses de investigação desenvolvidas na área da saúde.

Este relatório engloba também uma descrição dos objectivos definidos para cada módulo, bem como as actividades desenvolvidas, ao longo deste percurso que se pretende ver descrito e fundamentado segundo o que devem ser as competências adquiridas de um enfermeiro especialista. No sentido de complementar a fundamentação teórica, desenvolvo uma breve reflexão crítica acerca da integração, optimização e operacionalização dessas competências no meu processo de desenvolvimento profissional, tentando ir ao encontro do que a Ordem dos Enfermeiros preconiza como necessidade formativa direccionada, no âmbito da especialização de conhecimentos, “*O SIECE operacionaliza no MDP sua visão estratégica de aprofundar os conhecimentos em Enfermagem em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados (...)*” (OE, 2009, p. 4).

A sistematização estrutural deste trabalho compreende num primeiro ponto referente à revisão sistemática de literatura, seguido do ponto dois, referente à descrição e análise das actividades desenvolvidas nos diferentes módulos de estágio, passando pela identificação de situações/problemas e sua descrição e análise crítica, bem como, das estratégias de implementação sugeridas para a resolução das mesmas.

Na conclusão salienta-se a análise crítica dos principais aspectos abordados, das considerações finais acerca do processo de aprendizagem desenvolvido, das principais dificuldades sentidas e de algumas sugestões no sentido da melhoria dos cuidados prestados pelo profissional de enfermagem nesta área específica.



## 1. MITOS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES PARA O CONTROLO DA DOR: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### Resumo

**Objetivo:** Determinar os mitos em relação à utilização de opióides para o controlo da dor. **Metodologia:** Revisão de literatura. Foi efetuada uma pesquisa na EBSCO e na SciELO. Através da utilização do método PI(C)O foram selecionados 9 artigos de um total de 54 estudos encontrados. **Resultados:** Os opióides são frequentemente utilizados no tratamento de dor aguda ou intensa. O controlo da dor é considerado um indicador de qualidade de vida. Os mitos sobre o uso de opióides são variados. **Conclusões:** Cabe ao profissional de saúde desmistificar todos os mitos enraizados em torno do uso terapêutico dos opióides, de modo a que possam contribuir para o ensino adequado dos doentes e população em geral, combatendo medos e alterando mentalidades. **Palavras-chave:** opióides, dor, mitos.

### Abstract

**Aim:** To determine the myths related to the use of opioids for pain control. **Methodology:** Literature review. It was performed a research in EBSCO and SciELO. By using the PI(C)O method, were selected 9 articles from a total of 54 studies found. **Results:** Opioids are frequently used in the treatment of acute or intense pain. The pain control is considered an indicator of life's quality. Myths about the use of opioids are varied. **Conclusions:** Health professionals must demystify all myths associated to the opioid therapy, in order to contribute to the proper education of patients and general population, combating fears and changing mindsets. **Keywords:** opioids, pain, myths.

### Resumen

**Objetivo:** Determinar los mitos sobre el uso de opioides para controlar el dolor en doentes adultos. **Metodología:** Revisión de la literatura. Se realizó una búsqueda en EBSCO y SciELO. Al utilizar el método de PI(C)O, se seleccionaron 9 artículos de un total de 54 estudios encontrados. **Resultados:** Los opioides se utilizan con frecuencia en el tratamiento del dolor agudo o intenso. El control del dolor se considera un indicador de calidad de vida. Mitos sobre el uso de opioides son variados. **Conclusiones:** El profesional de la salud debe desmitificar todos los mitos arraigados en torno al uso terapéutico de los opioides, a fin de que se pueda contribuir para la educación adecuada a los pacientes y la

población en general, para luchar contra los temores y para cambiar mentalidades. **Palabras clave:** opioides, dolor, mitos.

## **Introdução**

Antes de mais, torna-se fundamental clarificar dois conceitos importantes para a análise do deste estudo: mito e dor. O mito, segundo a Britannica Encyclopedia, pode ser definido como uma narrativa simbólica, geralmente de origem desconhecida e usualmente tradicional, que se relaciona de forma ostensiva a factos reais e que, por vezes, pode ser associada à crença religiosa. Os mitos podem envolver eventos ou circunstâncias extraordinárias, num tempo que não é especificado, mas que é entendido como existente para além da compreensão humana comum. Os mitos correspondem às crenças populares, que apesar da medicina provar, ao longo do tempo, serem inválidas, são mantidos na cultura médica por causa da inércia **(1)**. Por seu turno, a dor pode ser entendida como uma experiência complexa que consiste numa resposta fisiológica e emocional a um estímulo nocivo. Por outras palavras, a dor é um mecanismo de alerta que visa a proteção do organismo. A dor é subjetiva e difícil de quantificar, dado que possui tanto uma componente sensorial, como uma componente emocional. Embora a base neuroanatômica de receção da dor se desenvolva antes do nascimento, as respostas individuais perante a dor são aprendidas durante a infância e são afetadas pela vertente social e cultural **(2)**.

Nesse sentido, os opióides são utilizados há mais de 4000 anos e têm sido foco de inúmeros estudos desde a cristalização da morfina por Sertuner em 1805. A dor é um problema de saúde pública cujo manejo tem apresentado diversas deficiências. Os opióides permanecem sendo a base fundamental no seu tratamento.

A utilização de opióides para o controlo da dor tem aumentado dramaticamente nos últimos anos, impulsionado por um público cada vez mais convencido do seu direito inerente ao alívio da dor, pela consciência do profissional acerca da dor não aliviada do seu paciente e por uma indústria farmacêutica que movimenta e comanda um mercado enorme.

Não obstante, a utilização de opióides para o controlo da dor ainda é um tema estigmatizado, que gera controversas. Muitos profissionais da área da saúde e até mesmo pacientes estão relutantes em apoiar o uso de medicamentos opióides, devido a acumulação de preocupações acerca dos efeitos adversos, da tolerância, do abuso, da dependência, entre outros. Nesse sentido torna-se imprescindível a existência de protocolos e/ou directrizes de avaliação da dor, bem como avaliação do potencial risco de abuso ou dependência. A importância da partilha de informação com os pacientes e os esclarecimentos de dúvidas acerca desta temática, sem dúvida, pode ser um impulsionador para a desmistificação de muitas lendas existentes acerca dos opióides e uma poderosa arma de combate a opiofobia.

## **Metodologia**

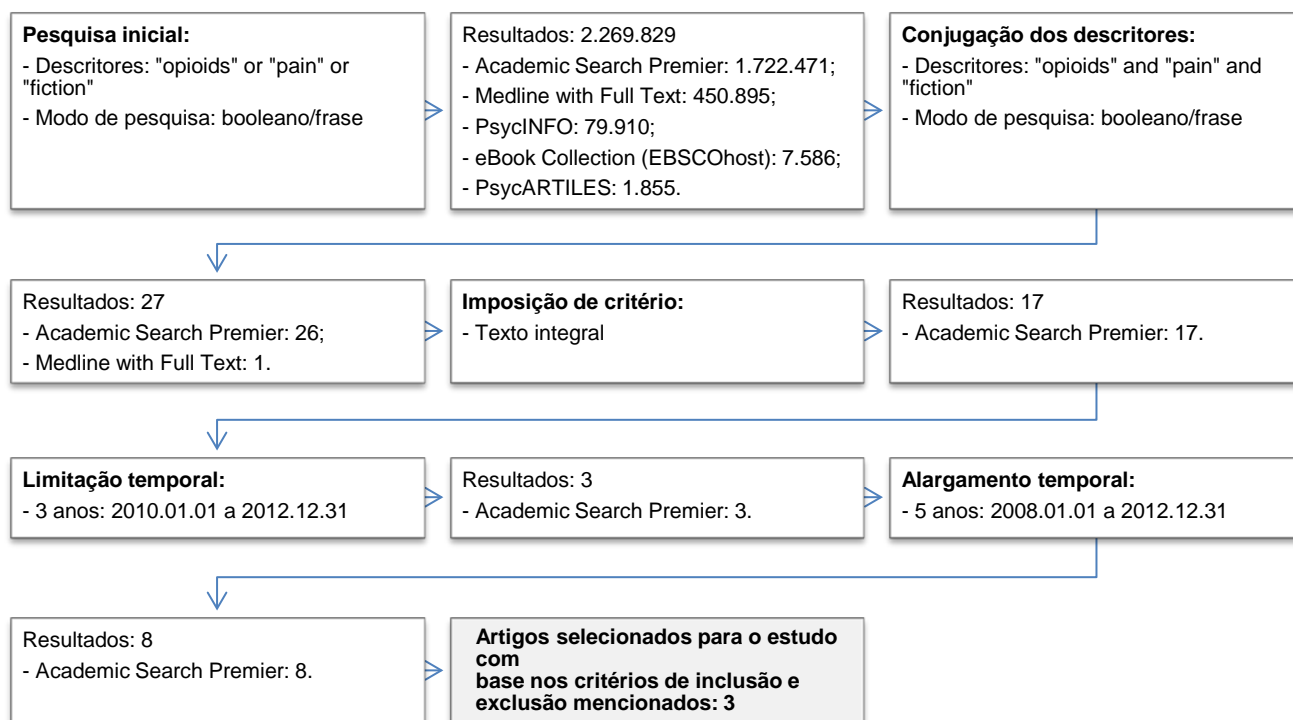
Com o intuito de elaborar uma revisão da literatura íntegra e transparente, foi formulada uma questão-base para a investigação utilizando o método PI(C)O: “*Quais os mitos (outcome) em relação à utilização dos opióides no controlo da dor (intervention) em adultos (population)?*”.

Na plataforma de pesquisa EBSCO (<http://search.ebscohost.com>), as bases de dados seleccionadas foram Academic Search Premier, MEDLINE with Full Text, PsycARTICLES, PsycINFO, e eBook Collection (EBSCOhost). Ainda foram efetuadas pesquisas na plataforma SciELO (<http://www.scielo.org>).

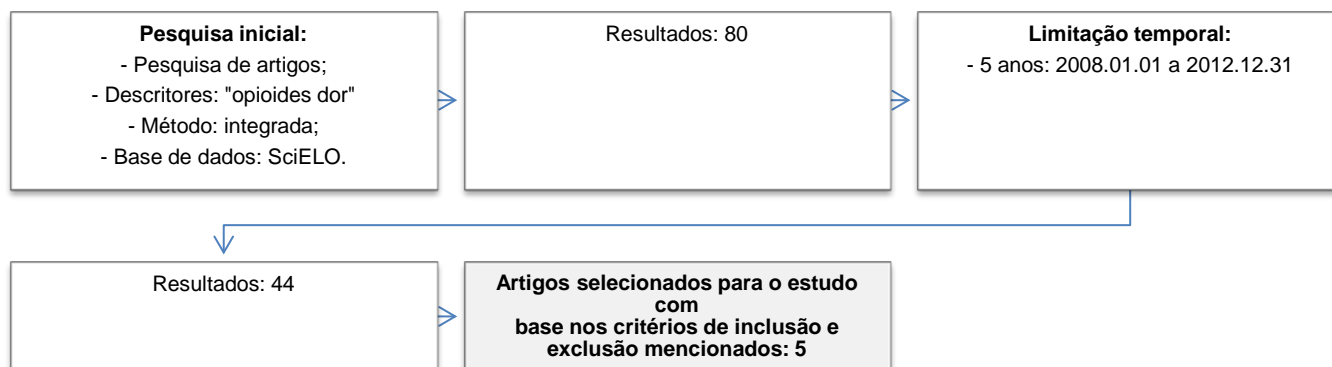
Como critérios de inclusão, neste estudo, dos resultados obtidos pelas pesquisas, salientam-se a real relação com a temática abordada por esta revisão (nomeadamente abordagens sobre a utilização de opióides para o controlo da dor), a metodologia utilizada e a explanação das ideias e conceitos através de uma linguagem clara e objetiva. Os critérios de exclusão incidiram sobre a repetição de temas e/ou abordagens, data de publicação anterior a 2008 e informação dispersa ou pouco consistente.

De um total de 54 resultados, foram seleccionados 9 estudos. As palavras-chaves e critérios/filtros utilizados, bem como todo o percurso metodológico e resultados obtidos podem ser sintetizados através dos esquemas e quadro abaixo indicados:

### **Esquema 1 – Percurso Metodológico: Critérios de Selecção**



**Esquema 2 – Percurso Metodológico: Critérios de Seleção**



**Quadro 1 – Estudos Primários**

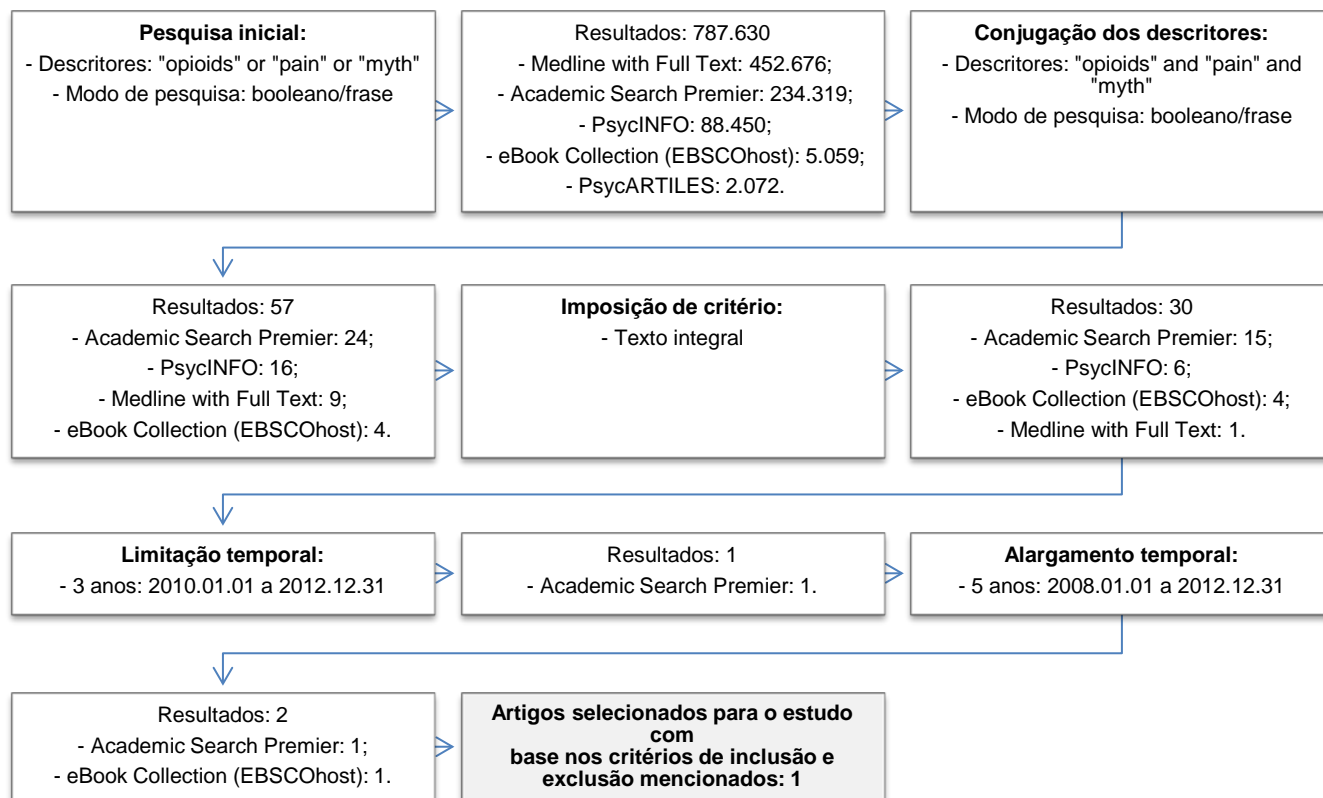
Estudo	Intervenção	Resultados
<p>Opioids, pain management and LTC<sup>(3)</sup> (2012)</p> <p>- Nível de evidência VI</p> <p>- n = 3 especialistas no campo da gestão da dor</p>	<p>Entrevista estruturada, tendo por base questões pré-determinadas.</p>	<p>São desvendados alguns mitos associados à dor na população idosa, destacando os desafios nas unidades de cuidados de longa duração e, também é abordada a questão da prescrição de opióides. Especialistas em gestão de dor concluem que os profissionais de saúde precisam seguir orientações específicas antes de prescrever opióides, dado que a sua prescrição excessiva poderá levar a complicações. O conforto dos pacientes precisa ser priorizado e para isso é necessário a individualização dos casos.</p>
<p>Opioid-induced hyperalgesia: fact or fiction?<sup>(4)</sup> (2008)</p> <p>- Nível de evidência V</p> <p>- n = 15 estudos</p>	<p>Revisão da literatura sobre hiperalgesia induzida por opióides.</p>	<p>Reunião de provas que sugerem que os opióides podem causar hiperalgesia induzida. Conclui que a diferenciação clínica entre hiperalgesia induzida por opióides e tolerância por vezes pode se tornar complicada.</p>
<p>Opioids in Cancer Pain<sup>(5)</sup> (2010)</p> <p>- Nível de evidência V</p>	<p>Revisão do livro "Opioids in Cancer Pain", de Janet Hardy, Columba Quigley, Paul Glare e Mellar Davis.</p>	<p>Elucidação sobre a necessidade da avaliação precisa das questões complexas relacionadas com a dor em pacientes que sofrem de cancro, seguida de escolhas racionais na prescrição de medicação, que muitas vezes incluiu a terapêutica opióide. Revela que ultimamente tem-se assistido a uma acentuada mudança de hábitos de prescrição de opióides, relacionada, sobretudo, ao aumento do número de investigações e da dispersão do conhecimento.</p>
<p>Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide<sup>(6)</sup> (2008)</p> <p>- Nível de evidência V</p>	<p>Revisão do livro "Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide" de Scott Fishman.</p>	<p>Conclui que a correta gestão de opióides para o controlo da dor fornece melhorias significativas na qualidade de vida de muitos pacientes. Fazer isso de forma eficaz e segura torna-se fulcral.</p>
<p>Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica<sup>(7)</sup> (2012)</p> <p>- Nível de evidência IV</p> <p>- n = 53 estudos</p>	<p>Pesquisa de literatura sobre a influência dos opióides nas respostas imunológicas, publicada na base de dados Medline.</p>	<p>São identificados mecanismos de liberação dos opióides endógenos e a modulação da resposta imune aos opióides exógenos na dor aguda e crónica, sempre associados às implicações clínicas e sua aplicabilidade na rotina de atendimento. Conclui que, apesar de vários estudos apontarem para um efeito imunodepressor dos opióides, a relevância clínica dessas observações continua incerta e serve apenas como um pré-requisito para que novas investigações nessa área sejam conduzidas.</p>

Estudo	Intervenção	Resultados
Uso e rotação de opióides para dor crônica não oncológica <sup>(8)</sup> (2012) - Nível de evidência IV - n = 23 estudos	Revisão de artigos sobre o uso e rotação de opióides para dor crônica não oncológica, na última década.	Verificação do facto de que o uso de opióides potentes é controverso e que não são recomendados como medicamentos de primeira linha devido à possibilidade de dependência. Conclui que os opióides são fármacos com eficácia comprovada para dor crônica não oncológica, porém sua prescrição deve respeitar critérios de modo a reduzir a incidência de efeitos adversos e vício.
Dependência de opióide em pacientes com dor crônica <sup>(9)</sup> (2011) - Nível de evidência IV - n = 36 estudos	Revisão de artigos sobre o uso de opióides em pacientes com dor crônica não oncológica, nos últimos 12 anos.	Revela que embora os opióides sejam úteis no tratamento da dor crônica não oncológica, há reservas, principalmente devido ao abuso e dependência. Conclui que, tanto o diagnóstico, quanto o tratamento dos pacientes dependentes de opióides podem ser difíceis. Portanto, o conhecimento médico sobre esta temática deve ser acurado de modo a possibilitar a melhor conduta.
Opióides, sexo e gênero <sup>(10)</sup> (2011) - Nível de evidência IV - n = 41 estudos	Revisão da literatura sobre a relação entre opióides, sexo e gênero, nos últimos anos.	Demonstração de que a experiência à dor difere entre homens e mulheres, bem como na resposta à ativação do sistema opióide e seus efeitos analgésicos. Conclui que, além da diferença de gênero, como fatores importantes que interagem na percepção dolorosa e na resposta analgésica opióide, também devem ser considerados os fatores socioculturais e biológicos, incluindo as variações hormonais em ambos os sexos.
Hiperalgisia induzida por opióides – HIO <sup>(11)</sup> (2010) - Nível de evidência IV - n = 40 estudos	Revisão da literatura sobre hiperalgisia induzida por opióides, nas últimas décadas.	Revela que a circunstância pela qual os opióides, utilizados para o controle da dor, podem ser causadores de hiperalgisia não está inteiramente esclarecida. Conclui que o assunto é bastante complexo, envolvendo uma série de mecanismos fisiopatológicos, variáveis consoante o paciente, que podem contribuir para a hiperalgisia.

## **Resultados**

De modo a sintetizar, esquematizar e facilitar a compreensão e comparação dos artigos previamente seleccionados, com vista a posterior discussão dos resultados, torna-se fundamental a elaboração de um esquema-resumo, tal como se demonstra a seguir. Note-se que a classificação dos níveis de evidências utilizada foi sugerida por Guyatt & Rennie (2002): Nível I – revisões sistemáticas de literatura (meta-análises integrativas ou linhas de orientação para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas da literatura); Nível II – evidência obtida através de estudo controlado randomizado; Nível III – estudos quase experimentais (estudo controlado, sem randomização); Nível IV – estudos não experimentais; Nível V – relatórios de cuidados/avaliação de programas, revisões bibliográficas narrativas; Nível VI – evidência obtida através da opinião de autoridades respeitadas e/ou consenso de painéis de peritos.

### Esquema 3 – Síntese e Resumo dos Resultados



## Discussão

O termo opióide é utilizado para denominar um grupo de drogas com propriedades semelhantes ao ópio. Denomina-se opiáceo os derivados naturais e alguns congêneres semissintéticos. Os sintéticos denominam-se opióides. No entanto, há a tendência de se generalizar o termo opióide para todas as substâncias que actuam por meio da interacção com receptores opióides. Os opióides são a terapia de base para o tratamento da dor aguda e dor crónica, oncológica e não oncológica, de moderada à intensa.

O desenvolvimento de tolerância ao opióide está relacionado a diversas razões moleculares e celulares (8). Assim, a tolerância pode se desenvolver desde o primeiro dia do início do tratamento, durante o uso prolongado ou após troca de opióide.

A rotação de opióide implica a prática de mudar de um opióide para outro na tentativa de controlar melhor a dor ou reduzir os efeitos adversos (depressão respiratória, prurido, náuseas e vômitos, constipação, retenção urinária, rigidez da parede torácica, supressão da tosse, constrição pupilar, disforia, delírios, efeitos cardiovasculares, entre outros).

Os opióides são eficazes para praticamente todas as síndromes dolorosas crónicas não oncológicas. Porém, o uso de opióides potentes, nestes casos, só é justificável quando

as outras técnicas se mostram foram ineficazes **(8)**. O uso de opióides potentes é controverso e não são recomendados como medicamentos de primeira linha devido à possibilidade de dependência, no entanto, também deve se ter em consideração que a dependência psíquica não é frequente nos casos em que o opióide é administrado de forma criteriosa.

Nas unidades de cuidados de longa duração, perante a dor não-oncológica crónica, é sempre importante avaliar as causas dessa dor e planejar um tratamento que combine métodos farmacológicos e não farmacológicos<sup>(9)</sup>. Deve-se, conjuntamente com o paciente decidir os objectivos da terapia (normalmente consistem em aliviar o sofrimento e maximizar a independência do paciente), pesando os prós e contras de cada opção, considerando também a possibilidade de utilização de opióides. É, no entanto, necessário ter em atenção que a sua aplicação na população idosa implica riscos maiores, devido à possibilidade de haver efeitos cardíacos, gastrointestinais ou renais adversos. A sua prescrição inicial em doses reduzidas é altamente recomendado. Quando se trata da gestão eficaz da dor em cuidados de longa duração, o conforto e bem-estar dos pacientes deve ser sempre a prioridade. O planeamento individual do plano de assistência médica ajuda a garantir que o controlo da dor seja personalizado para cada paciente, tendo em conta as condições, necessidades e fatores de risco.

A prescrição de opióides para doentes com histórico de cancro é praticamente unânime na área médica **(5)**. Por outro lado, evidências sugerem que os opióides podem provocar hiperalgesia induzida. Um tanto paradoxalmente, a terapêutica opióide, que visa atenuar a dor pode também tornar os pacientes mais sensíveis à dor e potencialmente pode agravar a sua dor pré-existente. A circunstância pela qual esse fenómeno pode ocorrer não está inteiramente esclarecida **(4,11)**.

A hiperalgesia pode ocorrer em dois tipos de síndrome: o primeiro está relacionado com a toxicidade causada por opióides e, como tal, pode incluir alucinações, sonhos vívidos, agitação ou sonolência; o segundo ocorre como um fenómeno isolado em pacientes que estão a usar medicamentos opióides e em quem não há nenhum dos sinais clássicos da sua toxicidade. Em ambas as situações, evidências clínicas sugerem que os opióides podem provocar um aumento da sensibilidade a estímulos. Assim, os opióides tanto podem activar os mecanismos inibidores da dor, como por ser um propulsor destes mesmos mecanismos. No que diz respeito às consequências imunológicas dos opióides **(7)**, vários estudos apontem para o seu efeito imunodepressor, no entanto, a relevância clínica dessas observações continua incerta. Como cada substância parece ter um efeito diferente, estudos adicionais com outros opióides, além da morfina, devem ser feitos. Ainda, subpopulações específicas, tais como imunodeprimidos e pacientes em estado crítico, também devem ser objecto de pesquisa.

Note-se que o género dos pacientes é um factor importante na modulação da experiência dolorosa **(9)**. É essencial reconhecer que existem diferenças genéticas para resposta a dor e para a variabilidade de receptores opióides, principalmente entre homens e mulheres.

Scott Fishman sintetiza em simples diretrizes, um modelo a ser seguido para regular o uso de substâncias controladas no tratamento da dor, com vista ao fornecimento de uma prescrição responsável e eficaz de opióides **(6)**. Os princípios determinados por Fishman são os seguintes:

- Avaliação do paciente;
- Criação do plano de tratamento;
- Consentimento e acordo do paciente para o tratamento;
- Revisão periódica do tratamento;
- Consultas periódicas, com especial atenção para a identificação dos padrões comportamentais do paciente;
- Criação de registos médicos para futuros pareceres;
- Verificação da conformidade com a lei das substâncias a serem utilizadas.

## **Conclusões**

Opióides são a pedra angular para o controlo da dor. O uso desses fármacos é recomendado há décadas pela Organização Mundial de Saúde para o alívio da dor e os benefícios relacionados ao controlo da dor são amplamente conhecidos. No entanto, os mitos que rodeiam a utilização deste tipo de medicamentos são inúmeros. Alguns vão sofrendo modificações ao longo dos tempos, outros vão surgindo, e décadas após décadas vão-se perpetuando, enraizando-se nas mentes quer dos profissionais de saúde, quer da população em geral, levando ao insucesso do tratamento para o alívio da dor. Através desta revisão de literatura é possível identificar alguns dos mitos existentes em relação a utilização de opióides. Após a leitura exhaustiva do conteúdo dos artigos referenciados ao longo deste estudo podemos destacar a existência dos seguintes mitos:

***O uso de opióides provoca sempre dependência.*** Quando o medicamento é administrado em doses e intervalos correctos, dificilmente se evidenciará um comportamento dependente. Não obstante, o controlo e acompanhamento do paciente pelo profissional de saúde evita, em larga escala, este tipo de comportamento.

***Os opióides só são utilizados nos últimos dias de vida porque aceleram a morte.*** Existem doentes com dor crónica aos quais é administrada opióides, nomeadamente morfina, durante meses ou mesmo anos seguidos. Os opióides não aceleram a morte e são inúmeros os casos de doentes que conseguem manter a sua actividade profissional,

capacidade cognitiva, autonomia e dignidade, obtendo assim uma elevada qualidade de vida, apesar do estado avançado da doença.

**A tolerância ao uso de opióides desenvolve-se rapidamente.** O fenómeno de tolerância (aumento progressivo da dose para obtenção do mesmo efeito analgésico) pode ocorrer, mas não há um padrão para que isso aconteça. Essa eventualidade estará dependente de diversas variáveis e diferirá de casa para caso.

**O uso de morfina causa sempre depressão respiratória.** Este mito não tem sentido quando se fala do uso de morfina para o tratamento da dor, uma vez que esta também é indicada no tratamento de problemas respiratórios, tais como a tosse e a dispneia. Além disso, o centro respiratório rapidamente adquire tolerância à morfina.

**Os opióides são receitados em demasia nas unidades de cuidado de longa duração.** Abuso e dependência de opiáceos são possíveis, mas são acontecimentos muito raros, dado que as unidades de cuidados de longa duração têm instrumentos capazes de monitorar e controlar a quantidade de opióides administrada.

**O uso de opióides provoca euforia ou forte sedação.** É comum que se confunda euforia com a sensação de bem-estar que o doente experimenta quando a sua dor é aliviada. Quanto à sedação, é comum que os doentes se sintam exaustos pela presença constante de dor, pelo que quando esta é aliviada os doentes finalmente se sentem capazes de descansar. Segundo Scott Fishman devem ser feitas avaliações periódicas do tratamento, para a identificação dos padrões comportamentais do paciente.

**Opióides só são receitados para pacientes com cancro.** Estudos diversos revelam que os opióides são eficazes para o tratamento de artroses, artrites, dores dos nervos, etc. Os analgésicos opióides devem ser prescritos aos doentes com o intuito de aumentar a sua autonomia, desde que esta esteja limitada pela dor crónica.

**Idosos não devem utilizar opióides.** Opióides podem ser administrados em pacientes idosos, desde que o tratamento seja iniciado com doses reduzidas e seja monitorado todo processo. Apesar deste tipo de pacientes estarem mais susceptíveis aos efeitos adversos dos opióides, quando a sua administração é feita com precaução, o risco é mínimo.

Deste modo, cabe em primeiro lugar aos profissionais de saúde desmistificar todos os mitos enraizados em torno do uso terapêutico dos analgésicos opióides, de modo a que possam contribuir para o ensino adequado dos doentes e população em geral, desfazendo mitos e alterando mentalidades. A opiofobia pode causar dor desnecessária e sofrimento em pacientes. Com administração cuidadosa do profissional e uso responsável do paciente, os benefícios dos opióides são notáveis.

### **Referências bibliográficas**

- (1) Mito. Definição em Britannica Encyclopedia. Online version. 2013
- (2) Dor. Definição em Britannica Encyclopedia. Online version. 2013
- (3) Das K. *Opioids, pain management and LTC*. Long-Term Living: For the Continuing Care Professional. 2012. Vol. 61 Issue 9, pp. 26-30. Disponível em Academic Search Premier.
- (4) Fallon M, Colvin L. *Opioid-induced hyperalgesia: fact or fiction?* Palliative Medicine. 2008. Vol. 22 Issue 1, pp. 5-6. Disponível em Academic Search Premier.
- (5) Selvaggi K. *Opioids in Cancer Pain*. Journal of Palliative Medicine. 2010. Vol. 13 Issue 7, pp. 909. Disponível em Academic Search Premier.
- (6) Fishman S. *Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide*. Pain Medicine. 2008. Vol. 9 Issue 6, pp. 759-760. Disponível em Academic Search Premier.
- (7) Garcia J, Cardoso M, Santos M. *Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica*. Rev. Bras. Anesthesiol. 2012. Vol. 62 nº 5. Disponível em SciELO.
- (8) Kraychete D, Sakata R. *Uso e rotação de opióides para dor crônica não oncológica*. Rev. Bras. Anesthesiol. 2012. Vol. 62 nº 4. Disponível em SciELO.
- (9) Nascimento D, Sakata R. *Dependência de opióide em pacientes com dor crônica*. Rev. Dor. 2011. Vol. 12 nº 2. Disponível em SciELO.
- (10) Palmeira C, Ashmawi H, Junior J, Posso I. *Opióides, sexo e gênero*. Rev. Dor. 2011. Vol. 12 nº 2. Disponível em SciELO.
- (11) Leal P, Clivatti J, Garcia J, Sakata R. *Hiperálgia induzida por opióides (HIO)*. Rev. Bras. Anesthesiol. 2010. Vol. 60 nº 6. Disponível em SciELO.

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Sendo a prática clínica um dos momentos de aprendizagem mais importantes na aquisição de competências técnicas e específicas do enfermeiro médico-cirúrgico, em contexto real de trabalho, bem como uma oportunidade complementar e fulcral no desempenho profissional do estagiário, através da realização de novas experiências e intervenção no domínio real de avaliar e responder às necessidades que o quotidiano exige, com propostas de aplicação de novos métodos, estratégias e actividades adequadas e ajustadas.

Cada momento da prática de estágio obedece à elaboração de um projecto orientado por um objectivo geral definido para cada Módulo. Assim, cada projecto de estágio compõe-se também pelos objectivos específicos naquela realidade, as competências que se pretendem adquirir, as actividades propostas e os indicadores de avaliação do projecto, que serão desenvolvidas ao longo do período de estágio naquele contexto específico, sendo que cada Módulo obedece a uma experiência diferente.

Neste capítulo, apresento uma reflexão crítica acerca das experiências vividas e das dinâmicas sentidas em contexto real em cada um dos Módulos do estágio realizado no Hospital do concelho de Loures. Dito hospital é uma Unidade de Saúde pública, situado na região de Lisboa e Vale do Tejo, mais concretamente na Quinta da Caldeira, em Loures. Esta Unidade Hospitalar integra o Serviço Nacional de Saúde, tendo iniciados os seus serviços a 19 de Janeiro de 2012. Abrange geograficamente os concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço, perfazendo um total de cerca de 278.000 habitantes. Tem estabelecidas parcerias com o Estado Português, a SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA e a HL - Sociedade Gestora do Edifício, SA.

Este Hospital orienta-se por três princípios de referência, Visão, Missão e Valores, que o definem enquanto instituição de serviço público, na área da saúde. Assim, conforme cita a página *web*<sup>3</sup> desta instituição, a Visão do Hospital Beatriz Ângelo, “*é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados*”; como Missão pretende “*Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da*

---

<sup>3</sup> <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/hospital-beatriz-angelo/>

*investigação e para a formação de profissionais na sua área de actividade”*; e os seus Valores fundamentam-se na *“Procura incansável de resultados; no Rigor intelectual; na Aprendizagem constante; na Responsabilidade pessoal; no Respeito e humildade; na Atitude positiva; na Integridade e no Espírito de Equipa”*.

Iniciei o meu percurso de estágio com o Módulo I que se refere ao contacto com o serviço de Urgência, o Módulo II no serviço da UCIP, finalizei com o Módulo III no Hospital Dia Oncológico, tendo por base o estudo da avaliação da dor no cliente/família, bem como a satisfação dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem nesta área.

O estudo da avaliação da dor não é fácil, sendo este tema demasiado subjectivo, que se associa a diversas interpretações, reacções e sentimentos do ser humano e por isso, tão naturalmente variável. Porém, consideramos que se trata de uma temática pertinente e intrinsecamente relacionada com a humanidade, não obstante os significados que lhe possam ser atribuídos, tendo em conta crenças, culturas e valores.

Particularmente, neste estudo e no contexto de estágio, pretendo abordar o tema da dor, como referi anteriormente, por forma a perceber e melhorar os métodos de avaliação da mesma, contribuindo assim para a minimização do sofrimento e o aumento da satisfação do cliente em situação de vulnerabilidade.

A dor é manifestamente um dos sintomas mais frequentes na situação de doença, configurando-se como uma das experiências mais angustiantes para a pessoa doente, familiares e profissionais envolvidos, influenciando gravemente a qualidade de vida do paciente, quer em termos físicos e psicológicos/emocionais.

Nas Instituições de Saúde o conceito de dor é considerado como quinto sinal vital, no entanto, esta avaliação ainda se mantém muito aquém do desejável e em conformidade com a rotina diária das equipas de enfermagem e dos hábitos que ao longo do tempo vão sendo adquiridos. Sendo um sintoma presente diariamente no quotidiano das instituições de saúde e da vida de pacientes e profissionais, a dor pode tornar-se um elemento “normal” naquele contexto, podendo haver o perigo de ser encarada como tal. É necessário e urgente atentar a ela como um alvo que deve ser eliminado, sem desfocalizar esse objectivo no cuidado ao cliente, alargando esta atenção à família. O alívio da dor do cliente em primeira linha e da família deve ser considerado como uma exigência primordial e determinante na acção/intervenção dos profissionais de saúde.

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, esta define-se como sendo, *“(…) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”*.

Para Bebiana Ferreira, (2008) a dor caracteriza-se pela “(...) *sensação de sofrimento decorrente de lesão, e percebida por formações nervosas especializadas*”. Neste sentido, antecipamos que à dor é associada uma sensação clara, que nos transporta à sua percepção, ou seja, à compreensão de um estado complexo que ultrapassa a consciência de um estímulo e que se intensifica num misto de emoções, comportamentos e reacções, que exprimem a dimensão do sofrimento.

A equipa de Enfermagem tem um papel central na adequação, conhecimento e aplicação dos métodos de avaliação da dor padronizados, de maneira a poder actuar nesta avaliação, utilizando os instrumentos necessários ao diagnóstico, honrando assim o compromisso da enfermagem na satisfação do cliente/família. Nesta área existem alguns autores mais críticos, como Davis e Walsh (citado por FONTES e JAQUES, 2007, p. 482), que consideram que as equipas de profissionais de saúde desenvolvem esta competência de forma exígua, referindo claramente que, “(...) *os profissionais de saúde realizam a avaliação e registo da dor de forma insuficiente (...)*”.

Embora uma equipa de enfermagem esteja preparada para realizar uma avaliação da dor de forma eficaz, as escalas compõem-se de complexidades inerentes às vantagens e limitações na obtenção dos resultados desejados. No entanto, parece evidente que a avaliação da dor e todos os procedimentos de cuidados prestados contribuem positivamente para a satisfação do cliente/família.

Através da circular normativa nº9/DGCG (14/06/2003) 23<sup>4</sup>, instituída pela Direcção Geral de Saúde após declaração da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, esta é considerada como 5º sinal vital de vida, passando a ser, tal como os seus efeitos, valorizada, diagnosticada, avaliada e registada de forma regular. Assim, esta norma em muito pode ter contribuído para outras visões emergirem, e outros estudos e considerações se consolidarem, tendo em conta a complexidade e abrangência da temática. William James, por exemplo, citado por Wall, refere que “(...) *algumas das nossas emoções eram uma consciência das reacções gerais do nosso corpo a um acontecimento, em vez de uma consciência do próprio acontecimento*”. Esta visão, vem colocar em estudo a relação entre dor e emoção, sentimento e razão discutidas na área das ciências cognitivas e neurociência, pelos estudiosos e cientistas António Damásio<sup>5</sup> e Daniel Goleman<sup>6</sup>.

Actualmente, temos vindo a assistir a novas práticas na área da enfermagem, na qual se verifica a construção de novos valores a adaptações, apoiadas numa perspectiva interpessoal e transpessoal dos cuidados prestados. Uma medida que se constitui como um processo de interacção subjectiva, na percepção e interpretação da dor.

---

<sup>4</sup> <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

<sup>5</sup> António Rosa Damásio (1944), médico neurologista e neurocientista português que trabalha no estudo do cérebro e das emoções humanas. É professor de Neurociência na University of Southern Califórnia.

<sup>6</sup> Daniel Goleman (1946) é um psicólogo dos Estados Unidos.

O enfermeiro especialista deve por isso dotar-se de competências pessoais e profissionais, nomeadamente ao nível da capacidade de reacção face a situações imprevistas e complexas em diversos contextos e problemáticas inerentes às suas funções, capacidade de comunicação activa e pró-activa com outros profissionais e doentes/famílias, facilidade de relação e integração em equipas multi e interdisciplinares, capacidade de gestão e zelo nos cuidados prestados ao doente e recursos disponíveis, conhecimento e desenvolvimento adequado das metodologias eficazes ao trabalho de assistência e cuidados prestados e capacidade reflexiva e critica acerca da sua prática profissional e da sua equipa.

## 2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Módulo I decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) Médico-Cirúrgica com 180 horas práticas do Hospital do concelho de Loures, no período de 22 de Abril até 22 de Junho de 2013, estando a respectiva orientação a cargo da Professora Patrícia Pontífice e tutorado por um Enfermeiro Especialista e chefe do Serviço de Urgência, com uma longa experiencia profissional relevante na área.

O Serviço de Urgência Geral (SUG) é dirigido a uma população com idade superior ou igual a 18 anos, com a excepção de mulheres grávidas. Este serviço está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares, definindo-se desta forma, como uma urgência médico-cirúrgica, ou seja, opera 24 horas por dia, ao longo do ano nas áreas da Medicina, Cirurgia-Geral e Ortopedia. As equipas de saúde neste serviço são multidisciplinares, que desempenham as suas funções no âmbito de prestação de cuidados aos doentes e famílias.

O SUG dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), integrada na Emergência Médica Pré-hospitalar e que possibilita efectuar o início da assistência de socorro em primeira linha. A triagem de doentes neste SUG designa-se de Manchester, ou seja, classifica por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) o grau de emergência dos doentes que aí dão entrada, sendo o vermelho uma situação de emergência e o azul uma situação que não justifica a presença naquele serviço. Esta actividade é efectuada por um enfermeiro, após inscrição no serviço administrativo. Fisicamente o Serviço de Urgência divide-se pelos serviços de:

- Triagem
- Zona de atendimento de doentes com triagem amarela e laranja, Posto de observação rápida (POR) + Posto de estadia curta (PEC)
- Sala de tratamentos para atendimento aos doentes com triagem azul e verde

- Zona de atendimento dos doentes encaminhados para ortopedia – cirurgia
- Sala de Observação (composta por 10 camas, 2 de isolamento)
- Sala de reanimação

No âmbito do projecto de estágio do Módulo I, elaborei um Objectivo Geral sobre o qual desenvolvi dois específicos e delineei as actividades a desenvolver, bem como as competências desejáveis a alcançar e os instrumentos de avaliação do projecto, trabalho discutido com o Enf.º orientador deste estágio.

Assim, como Objectivo Geral, pretendia desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais à pessoa/família em situação crítica, urgente ou emergente em contexto de Urgência. Neste sentido, o Objectivo Específico 1, pretende: - prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família de médio e alto risco no Serviço de Urgência e o Objectivo Específico 2 pretende, - contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da avaliação da dor.

*“O estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida (...) é no estágio que estes podem descobrir concretamente o que significa prestar atenção particular ao outro através de todas aquelas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem”. W. Hesbeen (2000, pag.136)*

Definir o rumo que se pretende seguir durante os estágios, exige uma reflexão crítica do que pretendemos fazer tendo em conta os objectivos, estratégias e competências a atingir. É acima de tudo uma oportunidade de crescimento e reflexão, acerca de todo um percurso de formação que culminou com a aquisição de novas competências por um lado e a aplicação de outras já adquiridas, através das práticas clínicas sempre acompanhadas de formação contínua.

Acresce em mim, nesta prática, a necessidade constante de reflectir e agir sobre a atenção humanizada e humanista que, enquanto humanos devemos disponibilizar ao outro, não podendo dissociar o humano do profissional, conforme nos refere Moreno (2000), acerca da aquisição e caracterização das competências pessoais e profissionais do enfermeiro especialista no serviço de urgência:

- ✓ Habituar-se a mudanças rápidas;
- ✓ Prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes;
- ✓ Ter espírito de trabalho em equipa;
- ✓ Ser capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem;
- ✓ Ser assertivo;

- ✓ Ter consciência profissional e responsabilidade;
- ✓ Ter capacidade de decisão;
- ✓ Ter destreza manual;
- ✓ Ter capacidade de gestão e de organização.

Infelizmente deparo-me com situações que contradizem esta humanização que se pretende nas instituições de saúde e relativamente ao cuidado, satisfação e bem-estar do outro, quando percebo que o contexto económico actual influencia abismalmente esta necessidade, traduzida na redução de recursos humanos, e formas de actuação menos cuidadas, tendo como base esse motivo, deparando-me assim com a redução a “olhos vistos” da qualidade dos serviços de prestação de cuidados para poder servir a apoiar a todos os que de nós necessitam.

Sem dúvida que a bagagem empírica da componente prática no estágio, associada ao conhecimento académico e teórico adquirido, é preponderante na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e permite a solidificação e o estabelecimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais adequadas à melhor prestação de cuidados diferenciados em estado crítico. É importante referir que um dos requisitos importantes deste serviço, e no início deste estágio é a re-certificação (com sucesso), do curso teórico-prático em Suporte Básico de Vida (ANEXO II), por isso, e tratando-se de um serviço de urgência, a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente implica a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicos.

Genericamente a enfermagem de urgência define-se como a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades com alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Por esse motivo os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos. Neste sentido, é necessário um largo conhecimento diversificado e alargado, quer em termos de processos de doença, quer em termos de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, seja no âmbito da clínica geral, seja no serviço especializado. Segundo a opinião de MacPhail (2001), o enfermeiro especializado deve ter conhecimento das implicações ético-deontológicas pelas quais se rege profissionalmente, tendo em conta as suas funções na sua resolução de episódios de emergência, que tanto podem implicar apenas cuidados mínimos, como medidas de reanimação ou até mesmo ensino ao cliente ou família e encaminhamento adequado.

O acolhimento e integração na equipa multidisciplinar no SUG, fez-se progressivamente. Inicialmente, admito ter sofrido com alguma ansiedade na adaptação a novos espaços físicos, novas pessoas e dinâmicas, no entanto a equipa recebeu-me muito

bem, partilhando desde cedo experiência e conhecimentos que se transformaram em forças decisivas neste percurso.

Inicialmente, o trabalho desenvolvido foi de observação directa no SUG, acompanhando todo o percurso e procedimentos do doente admitido neste serviço, com o objectivo de compreender as dinâmicas de urgência, as regras e normas de segurança para doente/família bem como as políticas de funcionamento no SUG. O primeiro contacto do doente com o enfermeiro realiza-se na triagem, pelo que verifiquei que o facto de ser estabelecida uma comunicação clara e efectiva, quer verbal ou não verbal, é de fulcral importância nesta fase, assim como, os diagnósticos/intervenções uma vez que delas dependem o tempo de atendimento ao doente e a prioridade atribuída. A média de mora da triagem ronda os três minutos e ao enfermeiro cabe a tomada de decisão acerca da situação do doente. Desta, depende directamente a estabilização do doente. Houve oportunidade de, sempre que possível fazer uma abordagem ao doente e à família, no sentido de se trabalhar uma relação de maior confiança, conforto e envolvimento, que acabou por ser facilitador no estabelecimento de um primeiro contacto de relação de ajuda.

No posto de atendimento rápido (POR) são atendidos de forma rápida e eficaz os doentes com triagem laranja e amarela, independentes ou em cadeira de rodas, após observação clínica. No POR é normalmente realizada pelo enfermeiro, uma primeira abordagem ao doente, que pode ser invasiva e/ou não invasiva, conforme o tratamento prescrito (análises, realização de meios diagnósticos complementares, terapêutica prescrita etc), que sobre o efeito da resposta do doente ao tratamento realizado e resultados complementares, efectua-se após decisão médica o encaminhamento do doente (alta, PEC, SO, etc.). Esta intervenção deve ser feita de forma pró-activa, continua e regular entre o cliente e família, no que respeita à transmissão de informação e disponibilidade na comunicação e relação interpessoal.

No posto de estadia curta (PEC), alocam-se normalmente os doentes que pelo seu diagnóstico, o tratamento prescrito e/ou instabilidade clínica, a triagem amarela/laranja, ou até por superlotação no SO e serviços de internamento, necessitam estar em maca. No que respeita à diversidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros no PEC, além da observação e intervenção rápida necessária por si só num SUG, são necessários conhecimentos e agilidade acerca das técnicas invasivas, no sentido de prevenir complicações, nomeadamente agravamentos do estado clínico, prevenção de quedas, bem como, como referimos anteriormente e tal como no POR, a importância do estabelecimento de elevados níveis de comunicação com o doente/família, na realização da avaliação inicial de enfermagem, bem como na prestação dos cuidados posteriores, promovendo um relação empática, de humanização, conforto e respeito pelo outro. Da experiência no PEC, permito-me referir que em termos de espaço físico observei que, este era reduzido, tendo em conta

tratar-se de uma área do SUG, e por isso com elevada probabilidade de ser utilizado com frequência. Contudo, trata-se de um espaço que alberga até 4 macas, não deixando espaço para serem realizadas quaisquer técnicas de enfermagem ou prestar cuidados aos doentes, respeitando a sua privacidade.

Para nos distinguirmos como seres de excelência no cuidado do outro, e satisfazermos as suas necessidades é essencial fazermos um exercício introspectivo acerca da forma como sentimos e compreendemos os que estão sujeitos a esta vivência, é necessário percebermos como pode ser, viver com a dor do outro ou de alguém que lhes é importante, bem como o nível do impacto que essa situação tem nas suas vidas e quais as implicações que provêm do acto de cuidar. Neste sentido, Jean Watson (2002,p.55) refere que *“Para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico.”*

Nesta percepção do respeito e privacidade que o enfermeiro tem o dever de proporcionar ao cliente, ocorreu um episódio que particularmente me fez reflectir muito. Trata-se de um homem com cerca de 62 anos de idade que, encontrando-se no PEC, insistia constantemente na necessidade de urinar, explicando que tinha dificuldades em urinar no urinol, fosse na posição deitado ou sentado na maca, reclamando privacidade para poder fazê-lo em pé. A sala de PEC estava sem espaço para que o Sr. pudesse movimentar-se para sequer sair da maca, uma vez que mais três impediam a sua passagem. Numa situação caótica destas, a minha ideia foi sentar ao Sr. numa cadeira de rodas e pedir para uma auxiliar de acção médica, o levar a uma casa de banho próxima, no sentido de evitar prováveis quedas com o eventual esforço e poder agravar-se o quadro clínico do cliente. A auxiliar de acção médica refere, na presença do doente, não ser possível fazer o que lhe pedia, por uma série de motivos e constrangimentos, entre os quais residia o facto de não haver cadeiras de rodas nem recursos humanos suficientes para poderem acompanhar os doentes à casa de banho sempre que solicitam, por isso o Sr. teria necessariamente de urinar no urinol. Solicitei então ajuda para retirar as restantes macas, que impediam o movimento de outras e das pessoas, para poder fechar o cortinado e ajudar ao Sr. colocar-se de pé para urinar no urinol. Esta atitude foi reconhecida pelo doente que se demonstrou satisfeito, referindo a situação como bastante desconfortável para si. Posteriormente, pensei que seria importante explicar junto da auxiliar de acção médica, as motivações da minha atitude e após reflexão conjunta concordamos que deve existir mais ponderação nas reacções e comportamentos junto dos doentes, tendo em conta a construção de um serviço humanista e humanizado que se pretende. Na minha opinião, o

cuidado ao outro pressupõe o respeito pela sua privacidade, dignidade e estados emocionais (angústia, vergonha, ...) do doente.

O PEC e o POR situam-se ao fundo da zona de Urgência e são separadas por cortinados, o que logo à partida, coloca os doentes numa situação de exposição, gerando uma grande variedade de sentimentos (ansiedade, perda de identidade e de privacidade, angustia, medos... etc.), ao doente/família. Os cuidados prestados ao doente no meu ponto de vista, implicam também o cuidado à família, pelo que nos turnos que desenvolvi neste serviço, as famílias foram também alvo da minha atenção e dos meus cuidados, através do estabelecimento de uma comunicação aproximada sobre o estado de saúde, de forma apropriada, clara e compreensível, intervindo como elo de ligação entre doente e família.

Percebi que na aquisição de competências de supervisão, gestão de recursos humanos e de recursos materiais, foi importante compreender as funções dos chefes de equipa no SUG. A estes profissionais nos turnos de urgência não são atribuídos doentes, sendo o seu papel de apoio geral à equipa, aos doentes e famílias, de substituição do chefe do serviço na sua ausência, gestão dos recursos humanos e materiais existentes no turno, articulação com o chefe de equipa médica, por forma a assegurar o bom funcionamento e desenlace dos turnos.

Os profissionais de enfermagem, num SUG têm o seu tempo e energia limitados no que concerne à prestação de cuidados aos clientes em situação de emergência. Como nos refere Mutzebaugh (2007) e Benner (2005), estes profissionais devem preservar um ambiente de segurança e uma comunicação próxima com os outros elementos da equipa de saúde, pelo que a distribuição de tarefas menos importantes e que não exijam uma tomada de decisão ou avaliação imediatas, possam permitir ao enfermeiro concentrar-se em intervenções mais complexas, libertando-o para as situações de emergência, não descuidando a importância necessária de uma boa gestão e liderança neste processo. A questão da liderança implica um esforço e capacidade dificilmente alcançada por muitos. É necessário antes de mais, conhecer os processos de liderança e em certa maneira estudar o que melhor se pode ajustar ao contexto em questão. Segundo o trabalho publicado por Hersey-Blanchard, em 1969, acerca da liderança situacional, é presumível que não exista apenas um único estilo de liderança, adequado a todas as situações, sendo que cada situação concreta exige um nível adequado de quem lidera e de quem é liderado. Genericamente podemos observar três tipos de liderança e adequá-los a diversas situações se fizermos um exercício reflexivo, no contexto da prática de estágio. Assim, temos a liderança autocrática, no qual o líder mantém um elevado controlo sobre a equipa e as tomadas de decisão do grupo; a liderança democrática, na qual o líder oferece a oportunidade à equipa ou ao grupo, de partilharem tarefas e actividades, bem como discutirem em conjunto os objectivos do processo, a fim de chegarem a um acordo e

consenso nas tomadas de decisão; e finalmente a liderança *laissez-faire*, em que o líder assume uma atitude passiva e não directiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder. Cada um destes estilos não sobrepõe ou substitui o outro, pelo que todos podem ter vantagens e desvantagens na sua eficácia face à situação ou circunstâncias, grupo ou tarefas. O líder deve adoptar uma atitude personalizada face à equipa que lidera, capacitando-se de estratégias de adaptação. A liderança situacional caracteriza-se como um processo complexo e moroso, cujo elevado grau de exigência implica competências primordialmente, ao nível da capacidade de diagnóstico, do conhecimento do outro, da sensibilidade para lidar com situações adversas, da orientação colaborativa, bem como, da motivação e envolvimento da equipa (SOUSA & BARROSO, 2009; GRIMM, 2010; LOURENÇO & TREVIZAN, 2002).

Os turnos realizados no SUG foram bastante importantes no meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que me permitiram adquirir algumas das competências necessárias para a gestão de um SUG. Neste âmbito, saliento a pertinência das reuniões informais e críticas partilhadas com o meu orientador, bem como o apoio dos chefes de equipa, como reforços cruciais para o meu empenho e melhor desenvolvimento enquanto profissional de enfermagem neste percurso de especialização. Na prática dos turnos de urgência recordo em particular um momento de grande desafio, no qual senti algum *stress* devido à quantidade de doentes internados no PEC, que excedia a disponibilidade do espaço existente naquele serviço, uma vez que da triagem continuavam a encaminhar doentes. Esta apreensão impulsionou a minha necessidade de reflexão junto do enfermeiro chefe, que após algumas trocas de ideias me fez compreender melhor as dinâmicas deste serviço, pelo que a correcta liderança no mesmo facilita o melhor trabalho de equipa e gestão dos cuidados aos clientes.

A minha experiência nos turnos realizados na Sala de Observação (SO) e Sala de Reanimação (SR), suscitaram-me algumas dificuldades, no que respeita principalmente à prestação de cuidados aos clientes assistidos com ventilação não invasiva e invasiva, que foram sendo ultrapassadas com a disponibilidade e apoio de toda a equipa no esclarecimento de dúvidas e no desenvolvimento da minha aprendizagem e aquisição de competências pessoais e profissionais.

Nesta área de especialização, foi bastante enriquecedor ter tido a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem individualizados ao cliente, tendo em conta as suas prioridades e a aplicação dos conhecimentos específicos adquiridos nas aulas teóricas ao longo do primeiro trimestre do curso. A partilha de experiências/vivências e posteriores discussões dos resultados das minhas intervenções de enfermagem no seio da equipa, foram uma mais-valia para a reflexão pessoal e académica, acerca da minha intervenção/acção na vertente prática da formação.

Sendo um serviço de internamento específico, penso que em termos de reacção em situações adversas ou complexas, demonstrei capacidade pró-activa de resposta, recordando um episódio que aconteceu com um cliente em estado crítico e com evolução significativa de doença neoplásica. Consciente e orientado mas muito debilitado, estava acompanhado pela esposa e ia ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos, pelo agravamento do estado clínico e necessidade de cuidados especializados intensivos. Percebi que existiam alguns sentimentos de desespero, angustia, medo da perda por parte da família, bem como medo de morte por parte do cliente. Neste sentido, o meu papel passou por desenvolver estratégias de intervenção para escutar ambos (cliente/família), tranquilizando-os com a disponibilidade necessária na oferta deste conforto. A satisfação e reconhecimento deste comportamento por parte da família, veio reforçar a ideia da necessidade da escuta activa do profissional de saúde face à vulnerabilidade do cliente/família. Nesta situação particular, a minha opção foi atrasar a transferência do cliente para a UCIP por um período de cerca de 15 minutos, para proceder à tranquilização daquele e da família e tentar baixar os níveis de ansiedade acerca do momento vivenciado, tendo sido do ponto de vista profissional, postas em prática uma série de competências relacionais e comunicacionais. Não obstante os constrangimentos provocados na equipa associados a esta intervenção, penso que a tomada de decisão em colocar o interesse superior do cliente e da família nesta situação, foi a opção mais indicada. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) a tomada de decisão prende-se necessariamente com questões éticas e deontológicas que devem estar presentes e orientar o percurso destes profissionais. Assim, o enfermeiro especialista deve *“Demonstrar um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas do cliente.”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Entende-se por processo de tomada de decisão uma construção mental e cognitiva de uma competência multidimensional, ou seja, é um processo acerca do qual se elabora a análise intelectual de toda a informação disponível apoiada num conjunto de directrizes que implicam determinado assunto ou situação. A tomada de decisão deve ser acima de tudo um processo consciente e ponderado, devendo também ser exercido de forma sistemática e organizada. Neste sentido, Johnson & Temple, (2010), entendem que é um processo que envolve o recurso a competências que se desenvolvem ao longo do tempo através da prática, experiência e esforço, no qual se incluem competências como, a capacidade de interpretação, análise, inferência, auto-regulação e o raciocínio lógico.

No domínio da enfermagem, o processo de tomada de decisão é entendido como uma configuração de validação dos dados obtidos e da veracidade dos diagnósticos efectuados, sendo importante a aplicação de fontes credíveis na construção do corpo de

conhecimentos necessário, assim como, de uma avaliação constante do processo de pensamento. Todo este processo deve ser impulsionado pela coragem do profissional se “por à prova” e auto-questionar em termos éticos e deontológicos, distanciando-se o mais possível das suas crenças e valores pessoais, no desenvolvimento de uma visão imparcial e dirigida ao respeito pelos princípios da autonomia, justiça e beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana. (JOHNSON & TEMPLE, 2010).

Durante a prática clínica somos diariamente confrontados com problemas de difícil resolução, e que requerem uma análise criteriosa da parte do profissional de enfermagem, que no início de carreira, o faz de maneira mais formal, ou seja, recolha de informação preliminar, análise de várias hipóteses para a resolução da situação problema, avaliando posteriormente os prós e contras dessas mesmas hipóteses bem como, os seus efeitos e consequências, relativamente ao processo de tomada de decisão. Mais tarde e numa fase seguinte, adquirindo alguma experiência no terreno, o profissional de enfermagem vai desenvolvendo aptidões que lhe permitem compreender profundamente a situação/momento na sua globalidade de forma rápida e eficaz, uma vez que também o seu sentido intuitivo para apreensão directa do problema vai ficando cada vez mais apurada e evitando desta forma a perda de tempo com a elaboração excessiva de hipóteses e opções descartáveis. (NUNES, L., 2006; BENNER, P., 2005).

O desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente<sup>7</sup> e a tomada de decisão em equipa, permitem desenvolver atitudes de respeito pelos princípios éticos inerentes a esta profissão, sendo que para tal seja necessário um corpo de conhecimentos actualizado, no sentido que a resposta a determinada tomada de decisão seja a desejável, tendo em conta um amplo leque de opções, conforme Nunes (2006) e Oliveira (2007) nos referem.

No episódio que vivenciei, em concreto, julgo, como referi anteriormente ter adoptado a melhor tomada de decisão, uma vez que, compreendo ter sido este o efeito desejado no cliente, ou seja, o aumento do seu bem – estar e melhoria do seu estado emocional. Lamentavelmente estas situações, nem sempre parecem poder ser conduzidas da melhor forma, devido a um conjunto de vulnerabilidades do próprio sistema ou de constrangimentos diários ou no momento de cada serviço (ex: afluência de doentes, espaço físico, recursos humanos, tempo reduzido no contacto directo...), acabando por não serem efectivamente perceptíveis as reais necessidades e características de cada cliente, fragilizando todo o processo de comunicação e proximidade.

No SUG considero que a oportunidade de trabalhar com uma equipa de enfermagem experiente e com *backgrounds* diversificados, permitiu-me crescer e desenvolver em conjunto com os outros colegas, sendo uma mais-valia a troca e partilha de experiências,

---

<sup>7</sup> O termo cliente é utilizado como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de Enfermagem (dependendo do contexto da utilização podem surgir as designações como: utente, doente paciente ou consumidor de cuidados).

bem como o apoio no processo de tomada de decisão de elementos mais novos. A presença de enfermeiros especialistas de diferentes áreas de especialidade permitiu também a aquisição de conhecimentos e a partilha de experiências que enriquecem toda a prática clínica exercida neste serviço.

Na prestação de cuidados que fui desenvolvendo na prática clínica, promovi as acções de respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional, que entendo serem também uma mais-valia na formação contínua dos profissionais. Assim, conforme orientação e nota descrita pela Ordem dos enfermeiros (2010), o enfermeiro, *“Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”*. A promoção e protecção da liberdade e dignidade humana expressam os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores associados à profissão, bem como, os seus princípios orientadores, estando estes inscritos no código deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE)<sup>8</sup>. Toda e qualquer intervenção deve ser informada e consentida pelo cliente, devendo ser transmitida de forma clara e pormenorizada àquele, sempre de acordo com o respeito pela sua autonomia, dignidade e a liberdade, uma vez que acredito ser esta a forma mais eficaz na satisfação do trabalho desenvolvido em prol do bem-estar do cliente e família. A prática clínica deve ser entendida e integrada com sigilo e respeito pela identidade e individualidade dos clientes e famílias.

Um dos exercícios pessoais de maior esforço na prática clínica foi o de introspecção acerca das crenças, princípios e valores que me constroem enquanto ser humano. Devo considerar que pensarmos acerca de nós próprios e olharmos para dentro de nós com um olhar crítico, é um dos exercícios mais complicados de se fazer. No entanto, penso que deve ser uma das etapas mais importantes na formação de profissionais que cuidam de pessoas. O dever de cuidar do outro sem considerar a sua condição social, política, económica, sexual, ideológica, religiosa ou étnica, implicou um processo profundo de auto – conhecimento e controlo, bem como o desenvolvimento de uma visão mais sistémica do individuo e da capacidade de troca de papéis.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da avaliação de dor, foi o segundo objectivo específico definido para este estágio. Por sugestão do enfermeiro orientador, elaborei desde o primeiro turno no SUG, um trabalho de observação crítica acerca do desempenho dos enfermeiros no serviço, fazendo assim o levantamento das necessidades que achasse pertinentes nesta área. Percebi, desde muito cedo que a avaliação da dor, bem como os registos e as suas características, constituíam-se um défice naquele serviço e nas rotinas diárias da equipa de enfermagem, nos cuidados prestados ao cliente que recorria ao

---

<sup>8</sup> Artigo 78º, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro.

serviço de urgência. Na minha prática clínica, adoptei como estratégia a incluir o cliente no processo de avaliação, assim, considero que a recolha de informação não poderá ser mais fidedigna de outra forma, uma vez que ele é o melhor avaliador da própria dor e o único que capaz de fornecer com exactidão as características dessa mesma dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência). Em termos de metodologia, estou atenta à forma como o cliente comunica a dor e à expressão de dor que é transmitida, incluindo a não-verbal. O conhecimento dos factores de alívio e de agravamento da dor são fulcrais na avaliação, as estratégias de *coping* utilizadas pelo cliente, o impacto da dor nas suas actividades de vida, a adopção de medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor e os seus efeitos.

Da análise bibliográfica elaborada acerca do tema, verifiquei que têm vindo a ser desenvolvidos alguns estudos de investigação acerca da dor em contexto de urgência/emergência, debatendo-se na sua maioria na importância da avaliação da dor como factor central na eficácia do diagnóstico e tratamento, bem como na satisfação do cliente.

Como já referi anteriormente na introdução deste capítulo, abordar o tema da dor é na minha opinião bastante importante e necessário, no contexto clinico-hospitalar. A dor é considerada o sintoma mais frequente e evidente, que conduz o indivíduo a procurar cuidados de saúde no SUG. A dor pode caracterizar-se como aguda, crónica e/ou crónica-agudizado, sendo por vezes o seu tratamento demorado, por receios que o mesmo possa influenciar o exame ao cliente. Segundo Smeltzer *et al* (2005), a dor enquanto quinto sinal vital, pretende enfatizar esta questão e despertar nos profissionais de saúde a sensibilidade da importância da avaliação e tratamento da dor. Neste sentido, medir a intensidade da dor deve ser uma das principais preocupações do trabalho dos profissionais de enfermagem, atendendo que esta avaliação pode ser o princípio do processo de controlo da dor, logo, do alívio do sofrimento do cliente.

Assim, e tendo como base de estudo e reflexão os princípios definidos no Guia Orientador de Boa prática da Dor (2008), publicado pela OE acerca da avaliação da dor e acreditando que o seu alívio é um direito humano básico que extrapola a questão clínica e vai de encontro á questão ética que envolve todos os profissionais de saúde (FREITAS *et al*, 2009), que considero importante desenvolver o segundo objectivo específico definido para este estágio.

Observei que a avaliação da intensidade da dor é deficitária no SUG e que a equipa de enfermagem não está sensibilizada nem munida para a utilização de instrumentos de avaliação pelo que seriam necessários melhorar alguns procedimentos na acção do enfermeiro, para a elaboração de uma avaliação da intensidade da dor neste serviço, nomeadamente:

1. Explicar ao doente a importância do rigor na realização da auto-avaliação da dor, a fim de minimizar os riscos de existirem efeitos secundários na terapêutica analgésica;
2. Utilizar instrumentos para avaliação de intensidade de dor, a fim de obter reavaliações fidedignas e em consequência, resultados eficazes com as medidas terapêuticas, farmacológicas ou não farmacológicas, executadas;
3. Diminuir o tempo de espera desde a triagem até receber a terapêutica analgésica, mediante protocolos de enfermagem de analgesia e não somente para paracetamol por estado febril.

Julgo ser fundamental investir na sensibilização da equipa de enfermagem, ao longo do estágio, para a importância da avaliação da intensidade da dor. Tendo em conta que é considerado o 5º sinal vital de vida, é necessário e obrigatório registar e avaliar, tal como a tensão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória do cliente, após a entrada no SUG. Foi exposto e discutido com o meu orientador e restante da equipa de enfermagem a pertinência desta abordagem formativa, e o feedback foi positivo, no sentido de poder existir algum investimento nesta área.

O *Soarian Clinicals* é uma entidade norte-americana independente, certificada em Portugal, sendo o sistema informático utilizado no HBA, que permite o fácil acesso e eficaz na aquisição de qualquer informação possibilitando a partilha da mesma em tempo real, sendo por isso indispensável para a continuidade de cuidados. É um “*Sistema de informação para gerir fluxos de trabalho na área da saúde que permite aos médicos ou outros prestadores de cuidados registar e acompanhar os seus processos*”. Recorrendo à base de dados deste suporte informático, foi fácil observar a avaliação da dor realizada pelos enfermeiros, sob a consulta dos registos nas escalas numéricas e das notas de enfermagem.

Ocorrem-me novas questões que se prendem com o levantamento de algumas preocupações: como é avaliada a intensidade de dor se for um doente não comunicante? Porque não são utilizados os instrumentos para esta avaliação? Os enfermeiros não estão devidamente sensibilizados para necessidade da avaliação da dor enquanto 5º sinal vital de vida? Nesta linha de pensamento, importa salientar um caso em concreto, assistido por mim em contexto da prática clínica. Um doente do sexo masculino, com cerca de 51 anos de idade, com diagnóstico de *sepsis* abdominal, em estado consciente e orientado, que três dias após procedimento cirúrgico, me referia a dor como sintoma principal desde a triagem, estando no segundo dia de internamento no SO. Colaborei na colocação de uma drenagem no primeiro dia, com saída de conteúdo purulento em grande quantidade, no sentido de minimizar o foco da dor. Procedi posteriormente à avaliação dos sinais vitais do cliente, incluindo a avaliação de intensidade de dor, denotando segundo informação do mesmo que

ao longo do seu internamento, era a primeira vez que tinha sido confrontado com uma escala de avaliação da intensidade da dor. Nesta sequência, verifiquei que no turno anterior, tinha sido efectuada uma avaliação, que entendo ter sido incorrecta, com registo de EN (Escala Numérica) de 2, não realizado junto do cliente, e como consequência desta avaliação foi administrado ao cliente, analgésico insuficiente, tendo este referido que sentiu muito pouco alívio da dor. Considero que se esta intervenção tivesse seguido os procedimentos adequados, o seja, o enfermeiro tivesse incluído na avaliação ao cliente, tivesse realizado uma reavaliação após analgésico administrado, o cliente poderia ter ficado numa situação mais confortável. O profissional de enfermagem depois de elaborar um diagnóstico da dor aguda ou crónica, pode utilizar Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification- NIC*), definidas para o controlo da dor, ou outras, que julgue necessárias no atendimento ao doente.

Através desta intervenção, proporcionaram-se algumas oportunidades de discussão e troca de experiências no seio da equipa de enfermagem, reforçando a reflexão desta necessidade e pertinência neste serviço e no quotidiano profissional do enfermeiro, na adopção de aplicar uma avaliação mais objectiva da intensidade de dor, junto do cliente. Ao longo desta prática, tornou-se evidente a necessidade da minha intervenção contínua e formativa na avaliação da intensidade da dor, por parte dos enfermeiros do SUG, bem como a integração de instrumentos para efectuar essa avaliação. Neste Módulo propus a realização de uma formação no SUG (APÊNDICE I), que abordasse a sensibilização da equipa de enfermagem para esta temática, em reunião com o Enfermeiro Orientador que considerou pertinente. Esta organização implicou da minha parte, uma pesquisa bibliográfica exaustiva no sentido de reunir maior informação e de me dotar de um nível mais aprofundado de conhecimentos nesta área, a fim de poder transmiti-la da forma mais adequada e com os efeitos desejados, para mim e para os formandos. Esta acção de formação foi avaliada através de um questionário de avaliação e da observação directa das competências adquiridas pelos profissionais *in loco* relativamente à avaliação correcta da intensidade de dor utilizando os instrumentos disponibilizados na formação, durante os turnos do SUG.

A avaliação de dor em doentes comunicantes, foi realizada com um instrumento que elaborei e que incorpora as escalas unidimensionais de avaliação da dor (APÊNDICE II). Em doentes não comunicantes, dita avaliação foi realizada através da escala *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) (APÊNDICE III), por proposta da minha parte e traduzida por mim para língua portuguesa, sendo que ainda não foi implementada por motivos de dificuldades no sector informático. Este instrumento é uma escala padronizada, de fácil aplicação e de rápida utilização, factor importante para a intervenção de enfermagem em contexto de urgência/ emergência. Nesta escala não se verificam classificações claras que

indiquem a severidade da dor, no entanto, a presença de determinados comportamentos podem ser indicadores de dor, garantindo assim a investigação futura, o tratamento e a supervisão médica. Os resultados da avaliação da sessão formativa da Avaliação da Dor em urgência (APÊNDICE IV), assim como a evolução de desempenho da equipa, foram satisfatórios e de uma forma geral, avançamos mais um degrau na prestação de cuidados da pessoa humana, do seu bem-estar e conforto como foco central da atenção dos enfermeiros. Um dos constrangimentos sentidos relativamente à adesão na ação de formação, foi a dificuldade de articulação dos recursos humanos por forma a abranger o maior número de enfermeiros participantes, no entanto, considero que em termos práticos no contexto de SUG, o meu contributo e empenho foi satisfatório face ao apoio prestado aos profissionais de turno.

Nesta área de especialização Médico – Cirúrgica desenvolvi ao longo da vertente prática de estágio, competências técnicas e relacionais, que me permitiram promover e disponibilizar melhor a prestação de cuidados a doentes de médio/alto risco e suas famílias, bem como vivenciar novos desafios desta área de especialização.

Na área da gestão foram adquiridas competências em contexto de trabalho onde sempre me foi facultada a oportunidade de colocar em prática todo o conhecimento teórico adquirido através da formação contínua deste curso.

Relativamente à área da formação, considero que esta está presente no meu percurso de vida, sendo de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e acima de tudo profissional, uma vez que, acredito ser esta a forma mais adequada e viável na promoção de cuidados de enfermagem avançada.

Ao longo deste percurso, fui reconhecendo a importância da recolha e investigação bibliográfica, mediante a sua revisão, de forma a complementar os conhecimentos adquiridos na vertente teórica da minha formação. O estudo e conhecimento foram centrais na aquisição de competências por meio da participação activa no trabalho real dos turnos no SUG. A prestação de cuidados e a articulação técnica necessária, bem como altos níveis de qualidade de comunicação são factores que na prática se devem manter presentes e activos entre os profissionais. O desenvolvimento pessoal, como referi anteriormente foi a maior das aprendizagens e o maior crescimento que poderia experienciar em termos humanos. As relações interpessoais estabelecidas na equipa, foram uma mais-valia para que a aplicação formativa na área da avaliação da dor pudesse ter obtido resultados positivos e satisfatórios face aos objectivos definidos no projecto de estágio.

Fazendo uma reflexão pessoal e global deste percurso, no que respeita à aquisição das competências adquiridas e/ ou aplicadas, considero que este estágio possibilitou – me desenvolver o pensamento crítico através da articulação e discussão técnica com o enfermeiro orientador e outros os profissionais da equipa multidisciplinar, acerca das

problemáticas associadas à situação de vulnerabilidade do cliente/família, desenvolver estratégias de aplicação dos conhecimentos transmitidos na área da avaliação e controlo da dor, partilhando com a equipa de enfermagem, (in) formação actualizada nesta área através da promoção de sessões formativas. Promoção de factores de mudança sobre algumas atitudes e comportamentos, bem como a aplicação de métodos de intervenção na área de enfermagem, em mim e nos outros.

## 2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), com 180 horas práticas do Hospital de Loures, no período 26 de Setembro até 16 de Novembro, estando a respectiva tutoria a cargo da Professora Patrícia Pontífice e orientação por um Enfermeiro Especialista com vários anos de experiência.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) é dirigida à prestação de cuidados a doentes de médio e alto risco, que apresentam problemas que ameaçam a vida humana. É um serviço que se caracteriza pelos recursos humanos especializados de que dispõe, particularmente pela presença de assistência médica e de enfermagem permanente. A UCIP dispõe de cuidados prestados em diversas áreas médicas e cirúrgica, tratando várias patologias e situações de doença. Este serviço articula-se com outros serviços deste equipamento hospitalar, sobretudo com o SUG, o bloco operatório, a medicina interna e a cirurgia. Em termos de estrutura física, este serviço é composto por duas unidades, o UCIP e a Unidade de Cuidados Intermédios, separadas por um corredor. A UCIP integra dez boxes individuais, duas das quais são de pressão negativa, e a Unidade de Cuidados Intermédios integra doze boxes, das quais duas são também de pressão negativa. As boxes individuais estão apetrechadas com o equipamento necessário para assistência a situações que implicam ventilação invasiva, monitorização invasiva, cateterização venosa periférica e consola informática para registos. Uma das boxes possui ainda capacidade para isolamento respiratório, com respectiva pressão negativa e uma antecâmara adjacente, sendo que duas das boxes estão também apetrechadas com canalização própria para permitir a realização de técnicas de diálise. Relativamente aos recursos humanos, o UCIP é composto por uma equipa de enfermagem constituída por quarenta enfermeiros, subdividida em quatro equipas de dez profissionais de enfermagem e quatro auxiliares de acção médica. Estas equipas são distribuídas pelos Cuidados intensivos e Cuidados intermédios e em cada uma delas existe um enfermeiro responsável na coordenação dos trabalhos dos turnos, que nesta tarefa é apoiado por outro elemento de enfermagem. Normalmente, estas unidades integram em

média, um enfermeiro para dois doentes, distribuídos segundo o seu grau de dependência. Os recursos materiais deste serviço compõem-se pelos equipamentos necessários para ecografia, broncofibroscopia, entre outros. Este método de trabalho designa-se por método do enfermeiro responsável, que prevê uma distribuição peculiar, das equipas de enfermagem no serviço de UCIP. Ou seja, cada enfermeiro apoia e presta cuidados aos doentes que lhe são atribuídos naquele turno, que como referimos, são em médios dois doentes, tornando-se assim responsável por estes durante aquele período. Esta perspectiva é partilhada por Hesbeen (2001, p.139), quando refere que o enfermeiro responsável, “(...) *é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário*”. Neste sentido, este método sustenta alguns benefícios no tratamento e cuidado do doente/cliente, das quais se destacam, a proximidade e individualização dos cuidados prestados, o aumento da satisfação do doente e da sua orientação face a um elemento de referência que lhe presta os cuidados, aumentando deste modo os níveis de confiança e segurança do doente. Considerando os benefícios da aplicação do método do enfermeiro responsável, relativamente ao cuidado do cliente/doente, o mesmo se aplica ao desempenho dos profissionais de enfermagem, uma vez que a promoção do aumento da responsabilidade do enfermeiro, pode contribuir para o aumento da sua capacidade de decisão, satisfação e motivação para o trabalho, melhorando assim a avaliação global dos cuidados de enfermagem prestados.

A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada pelo acolhimento efectuado por toda a equipa, o qual foi excelente, sempre com imensa disponibilidade em todo este processo de formação.

À semelhança do projecto de estágio desenvolvido no Módulo I, no âmbito do projeto elaborado para o Módulo II, elaborei um Objectivo Geral sobre o qual desenvolvi dois específicos e delineei as actividades a desenvolver, bem como as competências desejáveis a alcançar e os instrumentos de avaliação do projecto. Assim, como Objectivo Geral, desenvolvi competências de enfermagem éticas, técnicas, científicas e relacionais à pessoa/família em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). Neste sentido, com o Objectivo Especifico 1, pretendi: - prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente/família em situação crítica no Serviço de UCIP/Cuidados Intermédios, e com o Objectivo Especifico 2 contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da implementação e utilização de escalas de avaliação de dor e respectivos registos.

As actividades definidas para alcançar satisfatoriamente ditos objectivos que desenvolvi foram contacto com o enfermeiro responsável pela formação do serviço; Levantamento das necessidades formativas na avaliação de dor através de questionário aos

profissionais de saúde; Pesquisa bibliográfica sobre o tema; Planificação e realização da formação; Sensibilização da equipa de enfermagem para avaliação e registo sistemático do 5º sinal vital; Actuar como dinamizador de novos conhecimentos baseados na evidência participando no Workshop PAIN EDUCATION e no IV Congresso Interdisciplinar de Dor de APED; avaliação e registo sistemático de dor ao longo do estágio; realização de uma formação sobre implementação e utilização de escalas para avaliação de dor dos doentes neste local; avaliação da formação através de questionário; realização dum fluxograma sobre Escalas de Avaliação na UCI; conversas informais e reflexão com enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador.

Os Indicadores de Avaliação foram a reflexão crítica, auto e hetero-avaliação, avaliação e registo sistemático de dor ao longo do estágio.

A prática de estágio na UCIP permitiu-me contactar com diversas patologias sendo portanto uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de competências nesta realidade hospitalar. Em termos de aprendizagem e aplicação adequada dos procedimentos e técnicas de avaliação, dos diferentes cuidados específicos e métodos de monitorização e supervisão, como medida diagnóstica de situações complexas que envolvam os clientes, considero que o meu desempenho profissional numa dimensão mais avançada contribuiu também para o meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal, na medida em que contribuiu para uma maior consciencialização de melhoria da minha resposta às necessidades do cliente e sua família.

Compete ao enfermeiro especialista, otimizar e direccionar os cuidados avançados e diferenciados indispensáveis às necessidades específicas dos doentes médico-cirúrgicos, facto que se impõe pela gravidade da sua situação.

A passagem por este campo de estágio é uma mais-valia pessoal e profissional, em todo o seu processo, na aquisição e desenvolvimento de competências, no que respeita à abordagem ao doente crítico. Assim, partilho da perspectiva de Benner (2005) quando refere que a especialização consegue-se através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências.

Quando falamos na prestação de cuidados holísticos a doentes críticos, sentimos necessidade de desenvolver competências tanto a nível técnico, mas também a nível pessoal, relacional e emocional, de maneira a desenvolvermos capacidades humanizadas no processo de prestação de cuidados ao doente a sua família. Em termos técnicos percebi que uma UCIP, implica a presença de avançados meios de monitorização e tratamento por motivos óbvios que se prendem com a especificidade do serviço e das características dos doentes ali internados, bem como pela gravidade das situações na sua generalidade. (CREMASCO et al, 2009)

O meu objectivo geral na realização do estágio na UCIP, como referi anteriormente, é a aquisição de conhecimentos, de técnicas, que conduzissem ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializado neste domínio, ao doente em estado crítico, sendo este, compreendido como *“(...) aquele em que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”* (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008, p. 9).

Nesta fase do estágio desenvolvi várias acções que me permitiram atingir os objectivos e competências propostas no projecto individual. No meu primeiro dia de estágio, realizei uma visita à UCIP, ficando a conhecer o espaço físico, a orgânica do serviço e as dinâmicas associadas à prestação de cuidados, assim como os protocolos existentes, além de trocar algumas impressões com o Enf. Orientador do estágio, acerca dos objectivos geral e específicos propostos pelo plano de estudos do curso e sobre o meu projecto.

No sentido de poder prestar cuidados de enfermagem adequados ao doente crítico, num contexto adverso como o de cuidados intensivos, seria fulcral demonstrar capacidade de integração e inter-relação numa equipa multidisciplinar. Desenvolvi portanto acções conjuntas com a equipa, que me dotaram das competências necessárias para posteriormente, poder prestar cuidados aos doentes críticos de forma autónoma. Esta acção deve ser alvo de uma planificação ajustada, por forma a promover essa transição de maneira harmoniosa, ou seja, deve ser uma actividade reflectida e sustentada no conhecimento adquirido, uma vez que, na prestação de cuidados ao doente em estado crítico nos deparamos com uma complexa realidade, que exige acima de tudo uma adequada intervenção por parte do profissional na aplicação da prestação de cuidados especializados.

O serviço da UCIP é composto por uma equipa jovem, dinâmica, activa e muito interessada pela formação e actualização de conhecimentos. Destaca-se a boa coordenação e organização, bem como, de políticas internas estruturadas e de cumprimento obrigatório. Uma destas políticas que considero ser uma mais-valia na prestação de cuidados de enfermagem é “a comunicação efectiva”, para prevenir o risco de erros e/ou eventos adversos.

Compreendendo que uma comunicação efectiva, que seja oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, pode reduzir a probabilidade de ocorrência de erros e resultar no aumento da qualidade na segurança do doente. Assim, em termos organizacionais do serviço, apenas existe uma excepção, na dinâmica da comunicação efectiva. Esta prende-se com ordens e/ou informações verbais ou telefónicas entre profissionais de saúde, que envolvam doentes em estado crítico no caso em que seja estritamente necessário e urgente uma decisão terapêutica. A transmissão de ordens ou informações verbais devem acima de

tudo ser evitadas, no entanto, quando existem nos termos referidos, devem obedecer a um procedimento adequado para seja assegurada a comunicação efectiva, que consiste na identificação correcta do doente, identificação clara do emissor da informação e registo dessa identificação e a informação transmitida pelo emissor, a quem deve ser lida na íntegra a mensagem recebida no sentido de obter uma aprovação da informação registada. Posteriormente, deve ser anexa ao processo clínico do doente em causa e digitalizado o formulário existente o serviço para que haja prova de que esta política foi cumprida. Ou seja, o procedimento deve compor quatro acções: ESCREVER-RELER-OUVIR-CONFIRMAR.

O controlo necessário neste serviço, na minha opinião, nunca é excessivo, uma vez que é uma área de intervenção frágil, sobre a qual a organização e eficiência devem imperar. Contudo, percebi que em termos de instrumentos de avaliação da intensidade da dor em doentes não comunicantes ventilados ou não ventilados, a equipa estava desprovida. Esta situação não se verificou uma novidade para a equipa de profissionais, que demonstraram alguma pertinência nesta necessidade, pelo que decidi contribuir na melhoria desta lacuna, com a introdução de uma escala de avaliação da dor para estes doentes, uma vez que também parece constituir-se como uma das intenções da equipa de enfermagem.

Referente a prestação de cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente/família em situação crítica no Serviço de UCIP e na medida em que a minha experiencia nesta área de cuidados intensivos era nula, considerei que poderia ser de todo o interesse desenvolver o meu estágio, em várias vertentes, no sentido de poder articular áreas de intervenção e investigação, aplicando conhecimentos teóricos já adquiridos na vertente teórica da especialização, por forma a obter melhores resultados com a experiencia prática. Assim, pensei ser pertinente investir nas seguintes áreas: farmacoterapia, monitorização hemodinâmica invasiva e ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com a finalidade de desenvolver uma prática de cuidados mais profícuos aos doentes internados neste serviço.

### **Utilização correcta da farmacoterapia protocolada segundo as diferentes patologias**

A utilização correcta da farmacoterapia no doente crítico assume um papel vital para a estabilidade das funções vitais e recuperação dos doentes. Desta forma, para que a minha intervenção pudesse ser sustentada, antecipei uma serie de medidas que são de todo pertinentes na adequação desta acção; consultei os protocolos existentes, fiz um levantamento e estudo aprofundado dos fármacos mais utilizados (antiarrítmicos, inotrópicos, vasopressores, benzodiazepinas, antibióticos e analgésicos), assim como a análise das contra-indicações, interacções e cuidados a ter na preparação e administração dos mesmos. De referir que existe maior utilização de sedativos e menor utilização de

analgésicos, o que me parece compreensível, tendo em conta a gravidade dos casos que este serviço prevê.

Segundo a perspectiva transmitida por Urden, Stacy e Lough (2008, p.697), os sedativos podem ajudar na manutenção de uma ventilação apropriada, especialmente em doentes com maiores dificuldades nesta situação, sendo uma maneira de diminuir o trabalho respiratório. No entanto, em determinadas situações pode ocorrer a necessidade de recurso à utilização de curarizantes, no sentido de permitir a frequência de uma ventilação adequada mediante a paralisação neuromuscular, ou seja na ocorrência de uma diminuição completa do trabalho respiratório. Os curarizantes não inibem o estado de vigília nem a dor que o doente possa sentir, apenas suspendem o movimento muscular. O facto de o doente estar sob o efeito de qualquer um destes fármacos, não significa que haja a ausência da dor, por isso, e como fui verificando ao longo deste percurso a falta de monitorização objectiva no âmbito da avaliação da dor, desenvolvi esforços no sentido de melhorar o serviço nesta área, através da introdução de escalas de avaliação e sua utilização e aplicação, complementada com a promoção de formação nesta área.

### **Mobilizar conhecimentos nos cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva e não invasiva**

A este nível tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, na UCIP, o que me possibilitou aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos à prática clínica, adquirindo competências acerca do funcionamento do equipamento tecnológico existente, nomeadamente em termos dos diferentes ventiladores, no que respeita à interpretação dos alarmes e significados, atendendo ao binómio doente-máquina. De evidenciar a importância de vários momentos de aprendizagem e reflexão conjunta com o enfermeiro orientador que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de observação e interpretação das diferentes modalidades e parâmetros ventilatórios, dotando-me deste modo da perspicácia em perceber complicações que possam ocorrer, bem como de cuidados a ter.

Para Urden, Stacy e Lough (2008, p.697), o enfermeiro que desempenha as suas funções na UCIP deve, “(...) *ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas.*”, por isso é de extrema importância que, na ventilação, aquele consiga compreender a interacção homem – máquina. O ambiente da UCIP é determinado pela sua alta tecnologia e nesse sentido, facilmente os profissionais acabam por centrar a sua atenção no tratamento, que ameaça a vida dos doentes, em detrimento da humanização dos cuidados.

Nesta fase do estágio, ocorreram várias oportunidades de prestar cuidados diretos a doentes com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, bem como, a preparação das boxes segundo a *chek list* protocolada no serviço. Trata-se de um documento, na minha opinião, bastante útil, pois assegura os requisitos principais e necessários na organização da unidade e recepção do doente, evitando falhas.

Nesta *chek list*, constam os seguintes parâmetros orientadores na preparação e organização das boxes: - Preparar a cama: ligar a corrente eléctrica e zerar, se possuir balança; - Verificar o ventilador: colocar os parâmetros e em *standby*; - Verificar existência e funcionalidade do insuflador manual e respectiva máscara; - Testar o aspirador; - Verificar debitómetro de O<sub>2</sub>; - Testar funcionamento do monitor e verificar ligação dos cabos ECG, SpO<sub>2</sub>, P1 e P2; - Verificar a existência e correcta ligação de 3 bombas e 5 seringas infusoras.

Na recepção ao doente na UCI é aconselhável a permanência do enfermeiro responsável pelo mesmo, de um segundo enfermeiro e de um auxiliar de acção médica, que estejam capacitados das suas funções específicas, que devem estar antecipadamente bem clarificadas e definidas.

As minhas funções passaram pela prestação de cuidados a um doente que deu entrada no serviço com diagnóstico de Neoplasia do pulmão e múltiplas metástases ósseas, que apresentava um quadro de dispneia, tendo sido necessitado posteriormente de ventilação mecânica invasiva. Neste caso particular, o doente apresentava-se numa situação aguda, por isso, tive oportunidade de poder experimentar e contactar com os diferentes métodos e parâmetros ventilatórios. Posteriormente, realizei o acompanhamento e a evolução do doente, bem como o desmame do ventilador. Nesta fase o doente passou para a modalidade de ventilação não invasiva, caracterizada por Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), que se constitui na aplicação de máscaras nasais ou oronasais, em vez de um tubo endotraqueal que administrava a ventilação com pressão positiva. Esta situação clínica ofereceu-me a oportunidade também de enriquecer o meu conhecimento e alargar a minha aprendizagem na área da enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que prestei cuidados ao doente em duas fases distintas, ou seja, ventilação mecânica invasiva e não invasiva. De acordo com FERREIRA (2009), a ventilação não invasiva deve preferencialmente ser aplicada nas UCI, sendo que pode ser iniciada no SUG, "(...) desde que o pessoal esteja treinado com a técnica e o doente monitorizado e vigiado, para que em caso de falência da ventilação não invasiva (VNI) possa ser rapidamente transferido." Uma situação de entubação orotraqueal (EOT) e ventilação mecânica (VM) se o doente apresentar indicação para tal em qualquer momento, não pode nunca ser adiada.

Realizei de forma mais sistemática a avaliação da dor, através da aplicação e utilização correcta das escalas de avaliação da dor, tendo em conta os vários contextos e

fases pelas quais o doente foi passando. Apliquei as escalas de heteroavaliação mediante escalas comportamentais como o BPS e o CNPI, durante a ventilação invasiva. A auto-avaliação realizou-se através das escalas unidimensionais, quando a doente conseguiu comunicar numa fase posterior, já em recuperação. Elaborei todos os registos de enfermagem que podem garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados, demonstrando assim, a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem.

### **Cuidar do doente com Monitorização Hemodinâmica Invasiva**

*“A monitorização hemodinâmica refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia da terapia (Ramos et al., 2008).”<sup>9</sup>*

Nas UCIP, mais especificamente nas unidades de cuidados intensivos e cuidados intermédios, os doentes são submetidos a uma monitorização contínua invasiva. Concretizar esta acção foi muito importante para conhecer o funcionamento dos materiais/máquinas, desenvolver conhecimentos teóricos e experiências, através de conversas informais com o enfermeiro orientador e restante equipa, à medida que as situações foram surgindo.

Ao longo da minha prática, colaborei em diversas acções, como a colocação de cateter venoso central e linha arterial, sobre o qual respeitei os protocolos existentes no serviço e as normas de actuação para prevenção de infecção. Desenvolvi competências ao nível da avaliação e interpretação da pressão venosa central, da pressão arterial, do traçado electrocardiográfico e das gasimetrias, tendo sido capaz de fazer uma interpretação correcta e adequada dos parâmetros, atendendo às situações específicas. Compreendi que a nível de resposta e reacção face a situações imprevistas e complexas, procedi eficazmente e conforme o desejável, assim como no desenvolvimento de uma metodologia adequada e útil na assistência ao doente, de acordo com as suas necessidades.

Em conjunto com o meu orientador pus em prática o protocolo de hipotermia num doente admitido no serviço UCIP, e que apresentava paragem cardio-respiratória, que ocorrera no seu domicílio, tendo sido assistido imediatamente com os cuidados médicos necessários que permitiram a reanimação cardíaca em menos de 15 minutos, informação transmitida na chegada do doente à UCIP. Assim, continuamos com a hipotermia induzida, iniciada pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), tendo sido uma experiência totalmente nova na minha prática, não obstante os meus 14 anos de serviço enfermagem. A hipotermia induzida consiste em diminuir a temperatura corporal, arrefecendo o doente até 32-34° C, pós paragem cardio-respiratória e admitido na UCIP. O

---

<sup>9</sup> In AZEREDO, Thereza Raquel Machado; OLIVEIRA, Luis Miguel N. “Monitorização Hemodinâmica invasiva”. Ciência e técnica. Abril 2013.

doente deve ser mantido nessa temperatura por um período de cerca de 12 a 24 horas, seguindo um protocolo de actuação rigoroso.

A propósito dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, acabei por ser confrontada com a família que, no período de visitas, me abordou com inúmeras questões e dúvidas acerca dos procedimentos aplicados ao doente. Neste sentido, percebi que, para poder oferecer um *feedback* à família (esposa e filho), tranquilizador e informado, seria pertinente realizar um guia informativo dirigido às famílias dos doentes submetidos a este procedimento (APÊNDICE V), de maneira a envolvê-la nos cuidados de enfermagem. Esta prática promoveu interiormente o exercício reflexivo e análise acerca da minha formação/profissão, na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, em contexto de UCIP.

Tendo em conta a minha experiência profissional de 14 anos, bem como a rotina diária neste hospital, o contacto com doentes críticos é frequente, uma vez que trabalho directamente com doentes críticos do foro oncológico. Neste sentido, sinto que esta experiência prática de estágio na UCIP, foi uma mais-valia pelo que a minha prestação de cuidados foi complementada com o que esta troca de experiências proporcionou. Por exemplo, o manuseamento de Cateter Venoso Central (CVC). No meu contexto de trabalho diário, na Unidade da Dor, são frequentemente administrados analgésicos por via central, através do cateter venoso central comum, ou seja, o implantafix (cateter venoso central subcutâneo totalmente implantado), caso se verifique a ausência de acessos venosos periféricos.

No serviço da UCIP, os cuidados inerentes ao seu adequado manuseamento de CVC, estavam constantemente presentes, sendo este um acesso e recurso vascular bastante comum nesta unidade. No entanto, sendo aquele um acesso venoso central, poderá ser mais uma porta de entrada para que IACS possam ocorrer, considero que os cuidados prestados aquando da sua abordagem, poderiam ser optimizados.

Segundo a perspectiva de Dahyot-Fizelier et al (2010), as infecções relacionadas com os CVC surgem em cerca de 3% a 8% dos doentes com este dispositivo, estando as principais causas associadas à predominância de bacteriémias sanguíneas presentes nas UCIP, traduzindo-se no aumento da morbilidade dos doentes. Assim, no processo de observação, constatei que a equipa de enfermagem no manuseamento deste tipo de acesso, utiliza umas *guidelines*, que eu, na minha prática e não só ao longo do estágio, comecei a utilizar no meu dia-a-dia, na Unidade de Dor, uma vez que potenciam a prevenção das IACS.

Face à necessidade de manuseamento deste sistema, na administração de terapêutica, na torneira de 3 vias ou bionectors, comecei a optimizar a minha actuação de acordo com o preconizado na UCIP, no sentido de poder minimizar o risco de contaminação.

Para isso, como sendo a opção mais correcta no sentido de prevenir infecções associadas a cateteres e segundo os autores referidos anteriormente, procedo à limpeza prévia dos instrumentos e materiais, com uma solução adequada, como álcool a 70% ou uma solução à base de clorexidina.

Penso que, ao partilhar os conhecimentos adquiridos com a restante equipa, promovi o desenvolvimento do amento da qualidade dos cuidados prestados a doentes com CVC, totalmente implantado ou não, como o implantafix., uma vez que são procedimentos bem aceites e seguidos pelos profissionais, por forma a reconhecer a necessidade de bem-estar do doente.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da implementação e utilização de escalas de avaliação de dor e respectivos registos:

A dor enquanto 5º sinal vital da vida, como referimos no início deste trabalho, acaba por ser um reflexo da preocupação do enfermeiro no seu quotidiano, sendo um foco de atenção no que respeita à avaliação da sua intensidade bem como, ao seu controlo. O estudo da dor prende-se com questões bastante complexas que muitas vezes na prática, podem ser deixadas para segundo plano, como tive oportunidade de perceber na minha prática de estágio e o privilegio de trabalhar para minorar o impacto que acredito, o seu descuidar possa causar.

A dor conduz ao desconforto e sofrimento, como tal o seu deverá ser uma das prioridades iniciais no atendimento ao doente, no trabalho de humanização, na melhor prestação de cuidados da pessoa humana. No entanto, infelizmente, constatei que existe tendência em protelar avaliação e o tratamento da dor por receio que o mesmo possa atrasar ou complicar a observação ou exame do doente crítico, nomeadamente na UCIP, cujo objectivo primordial é a estabilização hemodinâmica desse mesmo doente, que segundo Ramos *et al.* (2008), refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada na medição das pressões intracardíacas, intravasculares, intrapulmonares, bem como na eficácia da terapia.

Para a avaliação da dor ser feita de forma eficaz, deve cumprir criteriosamente os seguintes objectivos: compreender quais elementos que possam estar justificar, sustentar ou agravar a dor, sofrimento e a incapacidade; verificar qual o impacto da dor na vida do doente e certificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas. É da competência do profissional de enfermagem proceder a uma de intervenção que avalie a reacção do doente à ação proposta e aplicada e, alterá-la se necessário, uma vez que só desta forma se poderá considerar a assistência ao doente, satisfatória. Toda a intervenção no que respeita à avaliação da dor, deve ser registada regularmente, de maneira a contribuir para melhorar

a qualidade do bem-estar do doente, bem como os instrumentos aplicados. Contudo, os instrumentos padronizados, utilizados para calcular e avaliar as características da dor, têm-se demonstrado eficazes para o registo de dados.

A avaliação da intensidade da dor é fundamental para o planeamento e a averiguação da terapia proposta, por isso deve ser atestada, na minha opinião, no ato de admissão do doente. Este procedimento pode ser realizado através de diversos instrumentos padronizados, como as escalas unidimensionais, sendo o principal desafio do profissional de enfermagem, neste domínio, adaptar cada um dos instrumentos à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, para que os dados subjectivos referidos possam ser traduzidos de forma objectiva. Neste sentido, é importante utilizar protocolos padronizados, para que todos os profissionais avaliem da mesma forma sistemáticas as experiências dos doentes.

No Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001), surge a referência que o tratamento da dor deve ser apoiado num “(...) *um modelo baseado na compreensão do doente e na humanidade, respeitando a individualidade da pessoa*”, acrescentando que “(...) *ao doente com dor crónica deve reconhecer-se-lhe o direito de ser adequadamente tratado(...)*”, sendo aquele um doente “(...) *multifacetado, com frequente morbilidade física e psíquica*”.<sup>10</sup>

Quando a dor se manifesta, naturalmente surgem outros sentimentos fortes e por vezes ameaçadores à clara descodificação da primeira. A dor não controlada, pode causar sentimentos de ansiedade e/ou depressão, que frequentemente aumentam a experiência de dor sentida. Neste sentido, Barbosa e Neto (2006, p.65 - 91) consideram que, “*Não é possível tratar a dor oncológica sem considerar adequadamente outros aspectos do sofrimento do doente e do adequado apoio psicossocial.*”

Durante o período de estágio, o Hospital Beatriz Ângelo estava numa fase de preparação para o processo de acreditação pela *Joint Commission Internacional* (JCI), que foi realizado na primeira semana de Novembro.

O Programa de Acreditação JCI constitui-se como uma ferramenta de garantia da qualidade para organizações de saúde, através de uma estrutura de normas que têm de estar implementadas para assegurar que existem sistemas para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e assegurar que tal é replicável de forma consistente. Faz sentido portanto, que todos os profissionais de saúde devam colaborar na integração de projectos institucionais na área da qualidade, com o objectivo de cumprir as normas e objectivos estabelecidos no manual de acreditação. Particularmente em termos da avaliação da dor, constatei que o manual refere objectivos específicos acerca do tema, bem como, refere que tanto a avaliação da dor como o registo da avaliação da dor são procedimentos obrigatórios.

---

<sup>10</sup> Plano Nacional de Luta contra a Dor, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2001.

Como referi anteriormente, a minha actividade profissional é enfermagem, e desempenho funções de enfermeira responsável na Unidade de Dor neste Hospital. Como tal, foi-me solicitada a criação de uma escala para avaliação de intensidade de dor que cumprisse a normativa da Direcção Geral de Saúde (DGS), no doente comunicante e desta forma todos os enfermeiros daquele hospital, pudessem realizar esta avaliação de forma regular.

Face à ausência de instrumentos de avaliação da dor e de registos neste âmbito, acrescendo o facto de reconhecimento dessa necessidade por parte dos responsáveis do serviço e dos profissionais que o compõem, surge antes de mais, a necessidade formativa nesta área. Assim, o feedback à proposta de formação foi positivo, oferecendo-me a oportunidade de desenvolver de imediato um trabalho organizativo e de planificação da formação em parceria com o enfermeiro responsável pela formação do serviço. Elaborei um levantamento de necessidades formativas, através de um questionário acerca da avaliação da dor e dos instrumentos e escalas da avaliação da dor (APÊNDICE VI), de maneira a perceber quais as maiores falhas sentidas a este nível, tendo em consideração a importância da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e da necessidade de uma constante análise e revisão das práticas nesta área, conforme reconhece a Ordem dos Enfermeiros, (2010).

*«Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.»*

Planificar as sessões e actividades, agendar e realizar a formação, preferencialmente antes da primeira semana de Novembro, foram algumas das tarefas e competências desempenhadas junto da equipa, agindo como dinamizadora de novos conhecimentos, integrando-os na prática dos cuidados prestados. A minha participação no Workshop PAIN EDUCATION (ANEXO III) e principalmente, no IV Congresso Interdisciplinar de Dor de APED (ANEXO IV), realizados no período deste estágio na UCIP, foram fundamentais para o aprofundamento e actualização de conhecimentos na área da avaliação da dor, cada vez mais vasta e complexa, no sentido de poder oferecer um melhor contributo junto dos profissionais e principalmente dos doentes. Após a formação realizada no serviço, “Avaliação da dor na UCIP” (APÊNDICE VII) verifiquei uma melhoria significativa ao nível da qualidade da avaliação da dor, por parte dos enfermeiros das equipas, constantes nos registos de enfermagem, bem como na utilização de escalas para avaliação da dor. Elaborei ainda um cartaz com fluxograma (APÊNDICE IX) acerca das diferentes fases / escalas de avaliação da dor, atendendo aos diferentes contextos e estados em que o doente se

encontra (comunicante ou não comunicante), que foi afixado em diferentes pontos da UCIP, com o intuito de chamada de atenção para as escalas da avaliação de intensidade da dor.

O desenvolvimento de competências no domínio da comunicação, acabou por ser uma mais-valia, na minha intervenção neste serviço. Sendo porém, uma área de extrema importância para a promoção e prevenção da saúde, como nos referem os autores Takahashi e Pereira (1991, p. 126), a comunicação é, "(...) *a função vital, no qual indivíduos e organizações se relacionam uns com os outros, bem como o meio ambiente e com as próprias partes do seu próprio grupo, influenciando-se mutuamente e transformando fatos em informação*". Deste modo, e partilhando a opinião de Oliveira et al (2007, p. 288), na relação saúde-comunicação, o cliente/família deve estar esclarecida/informada, relativamente à necessidade de acesso a determinados mecanismos necessários ao equilíbrio/ favorecimento do estado de saúde do doente, sendo a comunicação o meio de efectivação desse processo.

Segundo algumas reflexões ocorridas em contexto de estágio, junto da equipa e do enfermeiro orientador, a avaliação da dor e o nível de dor, quando relatada pelo doente deve ser considerada como *gold standard*, tal como orienta a SPCI, no que respeita a uma avaliação da dor e resposta à analgesia.

Na minha prática, contactei com uma doente internada na UCI, com traqueotomia e deficiente auditiva, sobre a qual foi efectuada a correcta avaliação de dor com recurso à mímica e observação directa por parte da doente, de algumas escalas de auto-avaliação, adiando desta forma *gold standard* na avaliação da dor. Neste caso, consegui estabelecer a comunicação com a doente traqueotomizada através da linguagem verbal e não-verbal, pelo que parece ter contribuído para a satisfação da doente e a minha também. Por outro lado, entendo que este trabalho se deve estender às figuras de referência do doente e à família. Nesse sentido, durante o horário das visitas acompanhei as famílias, esclarecendo nalguns aspectos sobre os quais tinham mais dúvidas, apoiando-me numa comunicação sustentada na escuta activa, uma vez que, a família parecia demonstrar necessidades em exprimir sentimentos e estados de ansiedade, por forma a exteriorizar o sofrimento que a afecta.

Vários estudos revelam que as vivências da família de doentes em contexto hospitalar, é uma experiência que gera medo, ansiedade, insegurança e preocupação. Os aparelhos, alarmes, instabilidade e gravidade dos doentes contribuem para a dinâmica geradora de tensão, para todos os sujeitos envolvidos, seja a equipa, o doente ou a família. Esta depara-se muitas vezes com o seu ente querido, ligado a uma serie de equipamento, que desconhece, transportando-se para um cenário assustador. (ECHER;COGO,2005; SOUZA;CHAVES;SILVA, 2006).

Essencialmente, Souza, Chaves e Silva (2006) referem que a prestação de cuidados de enfermagem, deve ser realizada na sua globalidade, não podendo ser quebrada, por

desvalorização de qualquer parte do processo. Os cuidados não devem ser centralizados na patologia apresentada e/ou aparelhos tecnológicos utilizados, devendo ser prestados também, sob uma perspectiva alargada e de interacção com a família e a equipa de enfermagem, a fim de se estabelecer uma relação de entreaajuda e confiança entre os doentes/famíliares/profissionais. Existem no entanto, vários aspectos que devem ser esclarecidos às famílias, uma vez que, desde o aparecimento da doença até ao diagnóstico, ocorrem crises familiares por motivos de ansiedade e insegurança. As famílias nesta situação necessitam de apoio, esclarecimento de dúvidas e a segurança relativamente à situação do paciente e do seu estado evolutivo. (URIZZI; *et al*, 2008).

Uma das preocupações constantes dos profissionais participantes na formação promovida na UCIP, acerca do tema da avaliação da dor, prende-se com o facto de esta ser realizada de forma eficaz nos doentes ventilados e/ou sedados, não comunicantes. Surgiu na fase da avaliação/reflexão da formação, a necessidade deste doente, bem como os doentes que não comunicam verbalmente mas sim não verbalmente com mímica ou expressões que identificam dor, serem diferenciados, no que respeita à aplicação das escalas de avaliação de auto-avaliação da dor (escala numérica, escala qualitativa, escala visual analógica e escala de faces) ou escalas de hetero-avaliação como a BPS (ANEXO V), CNPI (APÊNDICE III). Por tudo isto, uma vez mas, a acção de formação realizada nesta grande área da dor, teve um feedback muito positivo entre os profissionais de saúde na UCIP.

A comunicação pode ser compreendida como um processo de ajuda terapêutica, por isso, o profissional de enfermagem deve ter conhecimentos essenciais acerca das bases teóricas necessárias da comunicação e de relacionamento interpessoal. A postura do profissional de enfermagem no processo de comunicação eficaz, deve ser de escuta activa, honestidade, respeito, aconselhamento e disponibilidade na transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas.

Na certeza que cada experiência é única, pessoal e diferente, ela pode ser mais ou menos penosa ou gratificante, mais ou menos sentida e reflectida. Indubitavelmente a experiência é complexa e decisiva para quem a vivencia e a riqueza daí advêm resulta em muito das relações estabelecidas, no fortalecimento de laços, na aprendizagem e no desenvolvimento pessoal que promovem, bem como na valorização da própria vida.

Priorizar um processo de comunicação eficaz por parte do profissional de enfermagem, promove a humanização do serviço e dos cuidados prestados ao cliente/família (SPAGNUOLO e PEREIRA, 2007). Uma mudança de atitude ao nível da proximidade desejável, entre o fazer, escutar, perceber, compreender, identificar necessidades e planear acções com o objectivo de proporcionar o bem-estar. Nesta

perspectiva, a escuta activa não significa unicamente ouvir o outro, mas também demonstrar capacidade em conseguir manter-se em silêncio, adoptar gestos de afecto e utilizar o sorriso como expressão de aceitação e estimulem a expressão de sentimentos.

A humanização dos cuidados de saúde prestados pelo profissional de enfermagem, constitui o artigo 89º do Código Deontológico de Enfermeiro, alínea a) “(...) *dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2003, p.107), sendo um dos aspectos de relevância neste documento, que não deve ser descurada.

Tal como HESBEEN, W (2000, p.2) refere, “*O meu fio condutor do meu discurso será o cuidar, pois, como outros, sinto hoje a necessidade, diria mesmo a urgência, de reflectir e de agir com vista a contribuir para um sistema mais autêntico e generosamente humano*”.

Os Indicadores de Avaliação que considero mais interessantes no desenvolvimento desta prática foram: reflexão crítica; auto e hetero-avaliação; definir prioridades no atendimento ao doente/família internado na UCIP; Colaborar na colocação de cateter venoso central e linha arterial; realizar registos de enfermagem que garantam a melhoria e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a avaliação e registo sistemático de dor ao longo do estágio.

De certa forma, entendo que, ao transpor os conhecimentos, as práticas e as experiências vividas durante o estágio na UCIP para o dia-a-dia, através do meu desenvolvimento pessoal e profissional, e da aprendizagem e crescimento que lhe estão associados, consegui evoluir no meu trabalho, em direcção a uma melhor prestação de cuidados ao doente crítico, de forma a poder fomentar e zelar pela qualidade e humanização dos cuidados na minha área de especialização.

### 2.3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III – HOSPITAL DIA ONCOLÓGICO

*“O cancro equivale a desordem. Não a uma mera desordem fisiológica...  
mas a uma desordem de outras ordens do viver, do sentir e do pensar.”*

(Graça Carapineiro)

O Módulo III decorreu no Hospital Dia Oncológico (HDO), com 180 horas práticas do Hospital do concelho de Loures, no período de 18 de Novembro de 2013 até 31 de Janeiro de 2014, estando a respectiva tutela a cargo da Professora Patrícia Pontífice e orientação

por Enfermeiro perito. Hospital Dia Médico Oncológico foi inaugurado em Fevereiro do ano 2012. Compõe-se por uma estrutura física que alberga uma sala de administração de quimioterapia (QT) com vinte e quatro cadeirões, um quarto com duas camas para doentes com dependência grave ou estado geral agravado; esta sala é também utilizada por doentes que necessitem de administração de quimioterapia intravesical. Existe ainda um espaço físico com quatro macas, que geralmente é utilizado para atendimentos não programados.

Relativamente aos recursos humanos, o HDO constitui-se por uma equipa de uma enfermeira chefe, dois enfermeiros peritos e mais três enfermeiras que forem integradas quando abertura do serviço, distribuídos de forma organizada e que permita a presença de um dos enfermeiros peritos em permanência.

O HDO funciona no horário das 8:00 as 20:00 horas. Em média são efectuados cerca de vinte a vinte e quatro tratamentos de QT programados por dia, e um número variável de atendimentos não programados. Estas situações caracterizam-se normalmente por doentes em fase terminal que se deslocam ao HDO, por sintomatologias não controladas, como a desidratação, dispneia e em muitos casos, dor não controlada.

À semelhança do projecto de estágio desenvolvido no Módulo I e II, no âmbito do projecto elaborado para o Módulo III, elaborei um Objectivo Geral sobre o qual desenvolvi dois específicos e delineei as actividades a desenvolver, bem como as competências desejáveis a alcançar e os instrumentos de avaliação do projecto, tendo como Objectivo Geral: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais à pessoa/família e Objectivos Específicos: 1º Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente/família no Serviço do Hospital Dia Médico Oncológico e 2º contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da desmistificação de mitos sobre opióides e utilização correcta de opióides para controlo da dor oncológica

Senti a necessidade de iniciar meu percurso no HDO, consultando normas e protocolos existentes à dinâmica deste serviço, nomeadamente, à administração de quimioterapia.

Nesta prática, tive oportunidade de adquirir e aperfeiçoar competências na administração de quimioterapia em segurança, bem como participar nos procedimentos previstos face a uma extravasação e derrame de citostáticos, revelando competências na reacção a situações complexas e imprevistas, aplicando os protocolos existentes no HDO.

A minha reflexão acerca do cuidado prestado ao doente oncológico implica conhecer este domínio patológico, bem como as metodologias de tratamento associados. Além disso, considero ser importante o profissional dotar-se de conhecimentos na administração de citostáticos em segurança, bem como, aprender a lidar com sentimentos e emoções face à doença com ou sem possibilidade de cura.

Neste serviço percebi que uma das dificuldades dos pacientes sujeitos ao tratamento de quimioterapia, se prendia com a necessidade de assistência de enfermagem no auxílio na resolução das necessidades básicas ou na adaptação às limitações provocadas pelo próprio tratamento. O facto do enfermeiro orientador deste estágio, ser enfermeiro perito nos cuidados ao doente oncológico, permitiu-me colaborar e realizar actividades diversas como a gestão dos cuidados ou dos recursos humanos e materiais, conforme explico mais adiante.

A doença oncológica está inerentemente associada à ideia de dor, sofrimento e morte, por isso, provoca sentimentos de angústia, medo, mal-estar, ansiedade, no doente e família, que devem ser desde logo minimizados e tranquilizados, por parte dos profissionais de saúde em geral. A presença de dor oncológica é um instrumento real de medida, no conhecimento das capacidades humanas. A dor oncológica no âmbito do conceito geral associado à dor representa-se com uma importância acrescida devido à sua gravidade e importância que representa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou em 1980 a dor associada ao cancro como uma *“emergência médica mundial”*.

A doença oncológica, afecta a qualidade de vida, desde logo do doente oncológico, devido à complexidade e desgaste do tratamento, mas também da família que vê alterada as dinâmicas familiares. A doença oncológica compreende uma grande carga emocional e a presença da dor, provoca no doente e família um misto de sentimentos e emoções, que maioritariamente são negativos.

A temática da dor no contexto oncológico, não é fácil de abordar e exige uma profunda pesquisa e análise documental e bibliográfica específica. O estudo da dor no doente oncológico, implica o estabelecimento de uma relação mais profunda com o doente e sua família, uma vez que, podemos perceber manifestações e mudanças neste contexto. Assim, abordar esta patologia com o doente e a família significa produzir *“histórias de vida”*, nas mais variadas situações de vulnerabilidade humana.

Segundo Lopez (1987; p.12-14), *“(…) em todas as situações de doença oncológica, a dor está sempre presente...o controlo da dor é ainda hoje um dos objectivos mais importantes para os sistemas de saúde em todo o mundo”*. Claro que a dor física nestes doentes deve ser alvo de maior atenção, sendo a acção primordial do enfermeiro minimizá-la, no entanto, penso que o meu contributo ao longo da prática, abrangeu a minimização da dor emocional do doente e familiares. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança, bem como o suporte emocional que podemos oferecer enquanto profissionais de saúde, presentes na vida do doente/família, pode ser aproveitado como uma mais-valia no tratamento.

Na área de enfermagem, a aprendizagem prática e teórica de conhecimentos na utilização de técnicas específicas para a erradicação ou limitação de uma doença, é muito

importante para o desempenho do papel profissional, mas também o conhecimento para a satisfação de necessidades de foro afectivo e psicológico do doente, integra cada vez mais as funções do profissional de enfermagem. Neste sentido, esta profissão engloba duas vertentes de acção, a curativa e a cuidativa.

Com a realização de revisão de literatura realizada sobre a importância & contributos dos enfermeiros na criação de laços de confiança (APÊNDICE X) adquiri conhecimentos muito úteis para serem postos em prática.

Nos cuidados prestados pelo serviço de enfermagem, é cada vez mais urgente humanizar os serviços prestados, complementando a perspectiva do “saber-fazer” com o “saber-ser”, não descurando a dinâmica da comunicação, essencial no estabelecimento da relação profissional/doente/família. Conforme refere Rogério Dinis (2006), no estabelecimento de uma relação, a confiança é um factor que favorece um ambiente relacional agradável e alerta. Por outro lado, a falta de confiança dificulta o ambiente relacional, podendo levar a mal entendidos provocados pela atribuição de significados diferentes às palavras ou da não partilha de informação. O cuidado holístico em contexto hospitalar instiga um tipo de acolhimento apoiado numa relação de confiança, o que muitas vezes parece ser um constrangimento para inúmeros profissionais de enfermagem / saúde, particularmente na capacidade de responder a essa necessidade por falta de tempo nas rotinas diárias. Alguns aspectos que podem facilitar a criação ou desenvolvimento de relações/laços de confiança entre o profissional de enfermagem e o doente/família, devem passar por:

- Promover a expressão de sentimentos e estados de espírito (negativos ou positivos);
- Aceitar e respeitar as crenças e tomadas de decisão;
- Cumprir correctamente os procedimentos técnicos, de maneira a proporcionar sentimentos de segurança e confiança;
- Auxiliar na resolução de conflitos ou o estímulo à descoberta de novos cenários sociais que promovam auto-estima do cliente/doente;
- Manifestar disponibilidade e assertividade para a criação da relação.

Os profissionais de enfermagem do HDO na generalidade reconhecem a importância e eficácia do desenvolvimento das relações empáticas e de confiança, no tratamento dos doentes deste serviço, e das suas famílias. Por isso, e apesar escassez de recursos, da aceleração da rotina diária e da falta de tempo, gerada em muito por estes dois factores, fazem todos os esforços possíveis, no sentido de otimizar esta capacidade nos cuidados prestados. Neste sentido, este estágio desenvolveu-se de forma muito enriquecedora, no que respeita ao relacionamento terapêutico estabelecido, com respeito pelas crenças e cultura dos doentes oncológicos. Desenvolvi também ao longo desta prática de estágio

algumas competências de liderança e orientação da equipa de enfermagem, de forma a criar um ambiente e condições de trabalho dirigidos para o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais.

Uma das intervenções dos enfermeiros é contribuir para o exercício da sua actividade na área de gestão, segundo referencia o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), (1998). Com uma visão mais abrangente, Nelson Guerra<sup>11</sup>, compreende que o papel do enfermeiro vai para além do cuidado ao doente, como temos vindo contudo a verificar, no entanto, este profissional considera que o “(...) enfermeiro enquanto líder na unidade/serviço é responsável pela gestão dos recursos humanos (Enfermeiros e Auxiliares) que lhe são atribuídos, bem como assume a gestão dos recursos materiais e equipamentos que são disponibilizados para os cuidados/tratamentos dos utentes. Garante a excelência da prática de cuidados de enfermagem, de condições do exercício com respostas competentes e eficazes às necessidades complexas de todos os contextos em que os utentes se encontram e na qual exercemos. Este Enfermeiro tem de dominar competências da área da Gestão que vão desde a gestão de stocks/farmácia até à gestão de conflitos e dos recursos humanos (tantas vezes insuficientes) para as necessidades identificadas. Porque sobre ele recai essa responsabilidade, a de assumir a segurança do doente como o seu objectivo fundamental, num compromisso com o cidadão respeitando-o como pessoa, como cidadão”.<sup>12</sup>

Realizei uma análise e pesquisa bibliográfica acerca da temática da dor, na qual observei dados significativos que indicam que cerca de 35% a 45% dos doentes oncológicos sentem dor aquando do diagnóstico ou na fase precoce da doença. Cerca de 70% dos doentes apresentam dor na fase avançada e que quase todos têm dor na fase terminal da doença. Ao sofrer de uma doença oncológica, o doente confronta-se obrigatoriamente com múltiplas alterações / adaptações que modificam profundamente a sua vida. Na doença oncológica, cerca de 60 a 90% dos casos (por invasão ou compressão de estruturas), a dor relaciona-se com neoplasia; cerca de 5 a 20% dos casos, a presença de dor relaciona-se com o tratamento (radioterapia, fibrose, neuropatia pós-quimioterapia, pós-operatório); e cerca de 3 a 10% dos casos, a dor relaciona-se directamente com a doença neoplásica.

Na generalidade a dor oncológica produz um elevado impacto na vida do doente e da família, de tal forma, que o significado de agravamento do prognóstico, da proximidade da morte, da diminuição da autonomia e qualidade de vida, bem como a constante ameaça do possível aumento do sofrimento físico, se constituem os principais factores de desafio à dignidade humana. Compreender a dor implica compreender uma serie de outros factores

---

<sup>11</sup> Nelson Guerra, Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL).

<sup>12</sup> in entrevista ao Departamento Editorial do Hospital do Futuro realizada em 2011.

associados e inter-relacionados com a nociceção e a cognição, mas também com os afectos, emoções e comportamentos, numa abordagem completa do individuo, na sua dimensão bio-psico-social. Segundo Patrick Wall (2007), *“A pessoa em sofrimento fica presa a uma síndrome, e a terapia devia ser dirigida a todos os aspectos dessa síndrome.”*, ou seja, aspectos psico - afectivos como sentimentos de ansiedade, medo e depressão podem envolver a presença de dor, devem ser tidos em conta. Segundo a visão holística, comum a vários autores, deve-se atender às necessidades de todos aqueles que interagem com a experiência dolorosa, seja o doente, o cuidador ou a família. Interpretar a extensão da lesão que o cuidado provoca na saúde e qualidade de vida daqueles que cuidam do doente com dor é importante, no sentido de também perceber as vivências, necessidades e representações do cuidador / família face à dor do doente. A dor crónica ou dor oncológica na sua generalidade, afecta a pessoa e todo o ambiente que a rodeia, traduzindo-se numa experiência humana intensa. Por isso, atendendo à excelência do cuidado prestado ao outro e à satisfação das suas necessidades, é essencial compreender como sentem os que a esta vivência estão sujeitos.

Jean Watson (2002) refere que, *“Para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico.”*

Compreender as relações e interacções estabelecidas entre o profissional, o doente e a família, bem como as implicações que essas relações podem implicar na rotina diária, na qualidade de vida e na prestação e melhoria dos cuidados prestados ao doente/família. A relação com a família do doente é importante, no sentido em que a partir desta o profissional possa perceber também, como a dor do doente é sentida e ao mesmo tempo cuidada. Ou seja, é essencial compreender esta triangulação entre a família, o doente e o profissional de saúde e a comunicação estabelecida, as dinâmicas e as acções deste processo, podem valorizar os cuidados prestados.

Na prática de estágio neste serviço, deparei-me com uma equipa de enfermagem muito sensibilizada na avaliação correcta da dor. Percebi que os profissionais de enfermagem no HDO utilizam escalas de avaliação da dor, bem como procedem aos respectivos registos de enfermagem, nos quais inserem os dados da avaliação completa da dor. No tratamento da dor oncológica detectei algumas falhas, concretamente na utilização de opióides major, nos diferentes tipos de tratamento farmacológicos, tendo em conta as variáveis associadas à dor oncológica e aos níveis da dor, assim como aos mecanismos desencadeados.

No meu terceiro dia de estágio a equipa recebeu um doente com neoplasia hepática com metástases múltiplas, transportado pelos bombeiros voluntários e acompanhado pela esposa. Percebi que este encaminhamento para o HDO foi sugerido, por intermédio do contacto telefónico efectuado pela esposa do doente, no qual explicou o estado clínico do marido, no qual o doente manifestava dor há algumas horas. Neste episódio concreto, reparei que entre a medicação que o doente e esposa tinham na sua pose à chegada ao HDO se encontravam opióides de acção retardada e acção rápida. Na observação ao doente visualizei que tinha colocado um sistema transdérmico de fentanil 25 mcg, por isso tomei a decisão de lhe administrar rapidamente o fentanil sublingual e expliquei à esposa, qual a correcta utilização dos opióides que ela tinha trazido consigo. Verifiquei que o doente tranquilizou após 15 minutos desta administração medicamentosa e que a ansiedade da esposa diminuiu substancialmente. Esta decisão foi em muito fundamentada nos meus conhecimentos e nas evidências científicas, assumindo total responsabilidade nesta actuação.

A dor é um conceito de difícil compreensão, como temos vindo a perceber ao longo deste relatório, nas suas mais variadas formas, sendo descrita como uma situação que envolve todas as dimensões da vida humana e não como um acontecimento momentâneo ou ocasional. É considerada por isso, um fenómeno multidimensional, uma experiência subjectiva e holística, dinâmica, íntima e pessoal. A dor irruptiva, por exemplo, pode definir-se como uma exacerbação passageira, que se sobrepõe a um fundo de dor persistente estável (dor basal). Pode ser assumida em dois termos, a dor incidental e a dor espontânea. Na primeira existe uma causa identificável (ex., pôr-se em pé, andar, tossir) e na segunda existe não existe causa identificável.

A dor é considerada por Márcio Vasconcelos (2006) como o resultado do conflito entre um estímulo e o indivíduo no seu todo, sendo influenciada por factores como: a formação cultural, a expectativa de dor, a experiência previa de dor, o contexto em que ocorre e depende das respostas emocionais e cognitivas. A multidisciplinaridade é, assim, a base para o estabelecimento de um diagnóstico e terapêutica adequadas a dor, que na perspectiva de Conian e Diamond (1997) é um fenómeno complexo, que compreende um conjunto de aspectos no indivíduo, que devem ser tidos em consideração: biofisiológicos, bioquímicos, psicossociais e comportamentais.

Relativamente ao caso descrito anteriormente, a deslocação do doente para o HDO poderia ter sido evitada, caso na triagem/diagnóstico telefónico tivesse sido averiguada a informação correcta acerca do tipo de medicação prescrita ao doente para o tratamento da dor e o enfermeiro tivesse conhecimentos acerca do tratamento da dor irruptiva com opióides. Neste âmbito, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e profissional

dos profissionais de enfermagem neste serviço, realizei uma acção de formação sobre dor oncológica e opióides para controlo da dor (APÊNDICE XI). Nesta acção de formação participaram todos os enfermeiros da equipa, incluído a chefe e cinco oncologistas do HDO, o feedback foi muito positivo principalmente na importância atribuída a acção de formação como contributo no trabalho diário, desenvolvimento pessoal e excelência da equipa (APÊNDICE XII). Esta actividade permitiu-me desenvolver competências ao nível da integração no trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Considero que a criação de uma cartaz de divulgação (APÊNDICE XIII), com um resumo dos opióides mais utilizados no controlo de dor oncológica, no qual estava também especificado o tipo de acção a ser executada (rápida ou retardada), dependendo do caso, foi bastante pertinente e elucidativo, transformando-se num instrumento útil para o serviço, uma vez que foi afixado na sala de administração de QT e em vários gabinetes de consulta por solicitação dos médicos.

Relativamente à utilização de opióides no tratamento da dor em doentes oncológicos, concluí que existem mitos e crenças bastante enraizados, que influenciam não só o doente/família, mas também uma grande parte dos profissionais de saúde. Esta conclusão foi determinada face a longas conversas e reflexões com a equipa de enfermagem e médica, baseadas nas teorias académicas e científicas, bem como na experiência da prática e do contacto directo com os doentes/família e dinâmica hospitalar. Esta resistência à utilização de opióides resulta do medo que os efeitos adversos possam produzir e nesse sentido, apresentei naquele serviço, alguns resultados obtidos da revisão sistemática de literatura sobre mitos em opióides para controlo da dor (APÊNDICE XIV), incluindo nesta prática os resultados da investigação.

Os profissionais de enfermagem, bem como os planos académicos de formação destes, devem apoiar-se permanente no desenvolvimento técnico, científico, cultural e socioeconómico no contexto geral da sociedade e das organizações prestadoras de cuidados de saúde em particular. Conforme define o documento da Ordem dos Enfermeiros “Competências do enfermeiro especialista” (2011), as competências do enfermeiro especialista, “(...) *permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população*”.

No exercício da profissão, o enfermeiro especialista deve agir com conhecimento, agilidade, instinto e competência, de maneira a promover práticas com elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados e no estabelecimento saudável de uma relação de confiança e equilibrada entre a dimensão profissional e humana. Assim, as linhas orientadoras no contexto profissional de enfermagem, devem obedecer a parâmetros rigorosos de ética, ao nível das competências, comportamentos e acções demonstrados. Nesta sequência, urge reflectir também acerca do papel do Enfermeiro Especialista, como

profissional de excelência, numa prática de cuidados diferenciados, seguros e de responsabilidade, segundo o organismo orientador dos profissionais desta área. *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, [e que] seja qual for a área de especialidade, (...) partilha de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, incluída nestas, a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Esta figura é relativamente recente nos serviços, e nesse sentido, é de esperar uma melhoria na qualidade das acções de formação promovidas para este público-alvo, sendo de todo o interesse a sua manutenção, promoção e desenvolvimento. Crescente evolução científica, especialmente na área da saúde, implica por parte dos profissionais maior investimento na sua formação. Assim, e mais concretamente no caso do enfermeiro especialista, o processo de formação e gestão da mesma, pode ser determinante, no cumprimento da responsabilidade assumida na prestação de cuidados especializados, indo ao encontro do compromisso, das expectativas e necessidades da comunidade onde se inserem (doentes/famílias, outros profissionais e instituição de exercício profissional).

Nesta linha de pensamento, considero que a formação promovida em contexto profissional se constitui como uma mais-valia, acima de tudo para os doentes e instituição, na medida em que a riqueza de conhecimento adquirido pelo profissional beneficiário da mesma, se transforma num contributo directo para a qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, admito que esta evolução é favorável à equipa em geral, na medida em que pode tornar visível a rentabilidade e potencialidade dos serviços, ao nível da eficácia do desempenho dos profissionais, no desenvolvimento das suas competências técnicas específicas, permitindo porém, valorizar o seu papel no âmbito da comunidade científica, do “saber fazer” mais e melhor.

De referir que na área da enfermagem em geral, a acção formativa deve ser global, tendo em conta os âmbitos da acção do profissional. Ou seja, o enfermeiro deve formar-se para prestar os melhores cuidados de enfermagem aos clientes/doentes, para desempenhar as suas funções em equipa, uma vez que não age isoladamente, mas sim, em articulação com outros profissionais, mas também ao nível pessoal, relacional e da comunicação, no sentido de para além daqueles, poder intervir junto das famílias/cuidadores dos doentes, de maneira a facilitar os processos de acção / avaliação, nomeadamente da dor.

Este estágio não foi excepção e ao igual que nos estágios anteriores, mantive de forma autónoma e contínua o meu próprio desenvolvimento pessoal e participei no 12º Convénio da ASTOR/21ª Jornadas Unidade de Dor do Hospital García de Orta (ANEXO VII), onde adquiri conhecimentos sobre os novos opióides utilizados para controlo da dor, nomeadamente o Tapentadol e Oxycodona/Naloxona.

Neste contexto, penso que a minha intervenção prática ao nível especificamente da formação, junto dos profissionais de enfermagem, foi positiva e reconhecida como uma mais-valia para o HDO e os doentes/famílias que por desafios da vida se cruzam connosco neste caminho. Assim, também um instrumento informativo para as famílias, uma vez que, também elas devem ser alvo da nossa atenção e cuidado, no qual inclui algumas noções importantes e principais acerca de sistemas transdérmicos de opióides (APÊNDICE XV).

O contacto com situações limite, o risco de vida e por vezes, o fim de vida, envolvendo doentes/famílias, é considerado alvo de estudo actualmente, por muitos investigadores da área da saúde. Desta forma, a maioria destas pesquisas têm-nos indicado, que situações destas, são desencadeadoras de problemáticas emocionais complicadas e rigorosas que se reflectem normalmente do ponto de vista físico, social, psicológico e mesmo espiritual. (ISIKHAN, VEDAT ET AL. (2004) E MACKERETH, PETER ET AL. (2005).

Num contexto adverso de situações de risco, percebemos que o desgaste emocional do doente/família se verifica com alguma rapidez, por isso, é necessária uma intervenção eficaz por parte do profissional de enfermagem no suporte a momentos particulares desta natureza, sob pena de existirem situações relevantes de exaustão emocional, despersonalização e/ou insatisfação pessoal, como nos refere Deolinda Loreto (2001). A força individual e familiar constitui-se como um factor importante nesta relação complexa que se gera no cuidado ao doente oncológico e a exaustão emocional prende-se muitas vezes com o facto de quem cuida, não conseguir satisfazer ou dar mais do que desejaria, debatendo-se interiormente com as suas próprias limitações e a sua vontade. Esta situação acontece com os profissionais comumente com as famílias/cuidadores do doente oncológico. A dualidade de querer e conseguir fazer, por vezes surge como uma luta que enquanto profissionais, devemos ter capacidade de ultrapassar e transmitir conhecimentos à família/cuidadores de como suportar da melhor maneira a situação emocional que experienciam.

A despersonalização relaciona-se com o desenvolvimento de atitudes negativas e de algum desinteresse pelo doente e a perda de realização pessoal ou insatisfação pessoal refere-se a uma atitude pessimista, devido à diminuição de expectativas relativamente às competências profissionais e capacidade de sucesso no trabalho enquanto cuidador.

A doença oncológica é por norma geradora de mitos e medos associados ao cancro, bastante enraizados na nossa sociedade, em muito por não existir uma cura efectiva para esta doença e também por ser devastadora relativamente à taxa de mortalidade que inclui. Neste sentido, esta doença provoca descobertas individuais e familiares, que antes não se verificavam ou manifestavam e que em grande parte revelam forças de mudança. A força

para ultrapassar estados de esgotamento/exaustão, recorrendo a pelo recurso a estratégias de suporte individual/familiar/outro, a força de viver intensamente e valorizar pequenas coisas/situações, constituem-se como formas de enriquecimento pessoal e crescimento/aprendizagem espiritual. O facto de desenvolvermos capacidades e competências de autoconhecimento, de comunicação, de resolução de problemas, tomada de decisão, liderança e prestadores de cuidados na área oncológica, permite-nos aplicar padrões de actuação e modelos de referência próprios e significativos que orientem globalmente as diferentes intervenções. (LOPES, MANUEL JOSÉ, 2006)

Ao longo deste estágio no HDO e tendo em conta os momentos contínuos de observação directa e conversas/reflexões informais, bem como, se constata na avaliação efectuada após a acção de formação realizada, verifiquei mudanças significativas na equipa de enfermagem, relativamente aos cuidados prestados ao doente/ família com dor oncológica. Percebi que os conhecimentos adquiridos nesta área foram apreendidos pelos profissionais de enfermagem participantes, sendo este feedback positivo um reforço na minha satisfação profissional e pessoal no alcance dos objectivos propostos neste módulo. Os profissionais adoptaram rotinas na elaboração dos registos necessários acerca da administração de medicação analgésica com opióides, assim como as referências transmitidas ao doente/família acerca dos cuidados a ter, relativamente à adequada utilização da medicação analgésica prescrita, aplicando na prática novos conhecimentos adquiridos neste âmbito.

Os Indicadores de Avaliação foram a reflexão crítica; auto e hetero-avaliação; avaliação da sessão de formação realizada através de questionário.

Na generalidade desenvolvi um trabalho concreto e abrangente que enriqueceu os profissionais de enfermagem e a instituição, no sentido em que, pelo que percebi do feedback e da avaliação realizada aos profissionais, doentes e famílias, a satisfação foi elevada relativamente aos cuidados prestados pela equipa. Penso que, o meu contributo neste serviço, possa ser permanente e desta forma, ter conseguido consciencializar os profissionais e marcar a diferença, operando na mudança de comportamentos, pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família.

### 3. CONCLUSÕES GERAIS

Em jeito de reflexão global, considero que este percurso provocou mudanças, principalmente, em mim enquanto pessoa e na forma de estar na vida, enquanto ser individual e face ao outro, enquanto ser social. Naturalmente que estas mudanças também se verificaram notórias em termos profissionais, se bem que uma coisa está inerente à outra. No entanto, enquanto profissional admito ter desenvolvido competências que só o terreno me poderia proporcionar, que foram enriquecidas com a melhor aplicabilidade dos conhecimentos teóricos, científicos e académicos apreendidos anteriormente. As experiências vividas em contexto de estágio foram imensas e muito ricas em conteúdo de aprendizagem, também pelo facto de terem sido suportadas e apoiadas por profissionais colaborativos e de elevado nível de competência. Por este aspecto, reforço que os meus níveis de motivação, sempre se mantiveram de acordo com as minhas expectativas, em todos os serviços da minha prática. As minhas ideias para o desenvolvimento de acções e actividades, bem como dos projectos de estágio em geral, foram bem acolhidas pelos profissionais orientadores e pelas equipas de enfermagem, demonstrando companheirismo e interesse pela melhoria da qualidade dos serviços prestados, nomeadamente ao nível da avaliação da intensidade da dor nos doentes críticos e da necessidade de investimento na formação específica dos profissionais, a este nível.

A urgência de humanizar os serviços de saúde, nomeadamente os serviços de enfermagem, foi o aspecto principal no desenvolvimento deste trabalho. A necessidade de aproximar o enfermeiro do doente e da família, destacando o seu papel na vida destas pessoas, capacitando-o de competências relacionais, comunicacionais, de cuidados específicos e de proximidade, foi um dos objectivos definidos e que, na minha opinião, foi alcançado e mantido pelas equipas, pelo reconhecimento do impacto positivo que a mudança de atitude provocou nos doentes/família e na prática profissional diária. Reconhecer as diferentes dimensões do indivíduo, foi importante, mas para tal, o exercício individual intrínseco é fundamental. O trabalho desenvolvido com o ser humano é bastante complexo e neste aspecto, considero que antes de conseguirmos intervir com o outro, devemos e temos necessariamente de desenvolver capacidades reflexivas profundas acerca de nós próprios, dos nossos valores, crenças, comportamentos e visões preferidas acerca da vida. Este exercício não é nada fácil e por vezes não o conseguimos fazer sozinhos. Em termos pessoais, penso que neste âmbito ainda tenho muito que aprender, no entanto, considero que até aqui fui conseguindo ser competente, responsável e ponderada nas minhas acções, respeitando acima de tudo o doente/família, bem como as suas decisões, medos, ansiedades e receios, na certeza porém, de que as minhas decisões e

atitudes ao longo da prática de estágio, foram as mais correctas e acertadas, tendo em conta as circunstâncias. Neste sentido, penso que tive várias oportunidades de aprendizagem que procurei explorar de forma a crescer enquanto pessoa e profissional desenvolvendo uma curva de evolução crescente e enriquecedora.

Poder trabalhar o tema proposto transversalmente ao longo dos estágios foi formidável e bastante motivador, uma vez que, me permitiu contribuir desta forma para cada um dos serviços por onde passei.

No SU experienciei um dos momentos de maior adrenalina até àquele momento vivido, pois o tempo é muito mais rápido e os níveis de *stress* dos profissionais numa urgência aumentam substancialmente, sendo aquele um espaço em que o raciocínio e a acção têm obrigatoriamente de estar despertos e em sintonia, para poderem oferecer uma capacidade de resposta, muitas vezes em segundos.

Na UCIP, os níveis de stress mantêm-se igualmente elevados e a aprendizagem relacionada com os instrumentos tecnológicos e de farmacologia são fundamentais. Nesta área, o importante é o desenvolvimento de uma boa capacidade comunicativa com o doente/família. Desenvolvi actividades que me permitiram aproximar dos doentes e das suas famílias através da relação estabelecida ao nível do apoio prestado. A enfermeira é a principal responsável por exercer a função comunicativa junto do doente/família, pois são os elementos mais próximos e presentes ao longo da estadia do doente em determinado serviço. O acolhimento, a segurança e o bem-estar do doente devem ser assegurados pelos profissionais de enfermagem, o que na minha prática de estágio, foram garantidas. Todo o ambiente inerente ao acolhimento e cuidado do doente crítico/oncológico, as condições de conforto, os cuidados específicos de avaliação e alívio da dor, são aspectos alvo da atenção e promoção do trabalho que desenvolvi neste estágio. Por outro lado, a capacidades de escuta, relação, comunicação e respeito foram aspectos tidos em conta, para o favorecimento do estabelecimento de uma relação de confiança estabelecida na tríade profissional/doente/família.

O desenvolvimento das competências comunicacionais do profissional de enfermagem, contribui para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, melhorando o âmbito da acção destes profissionais. Neste sentido, penso que a formação dos enfermeiros é de extrema importância na mudança de paradigma, e no aumento da qualidade de vida do doente crítico/oncológico, bem, como, da qualidade dos serviços de saúde. É urgente humanizar, é urgente mudar, é urgente cuidar! O processo educação/conscientização deve por isso ser contínuo, não apenas na unidade X ou Y, mas em todos os serviços.

Na recta final da minha formação em especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, penso que, não obstante a minha experiencia profissional de 15 anos, desenvolvi competências que me permitem enriquecer a minha actividade profissional e ser um

elemento de referência junto dos profissionais com quem tive o privilégio de interagir e trabalhar, uma vez que as acções de formação presenciadas e realizadas, assim como as actividades desenvolvidas foram também uma mais-valia para mim e para eles nas práticas quotidianas.

Desta forma considero que desenvolvi competências profissionais que me vão permitir actuar em situações mais adversas e complexas na área da prestação de cuidados, bem como contribui para a formação da equipa de enfermagem, no âmbito da avaliação da intensidade da dor no doente/família.

Pretendo realizar um artigo para publicação sobre a revisão sistemática de literatura, mitos em relação à utilização de opióides para o controlo da dor, de forma a expor ao público os resultados de dita investigação.

Este caminho não se constitui como um fim, mas antes um início de um processo de desenvolvimento, agora com bagagem de conhecimento e experiência, sobre uma nova forma de estar e pensar a intervenção de enfermagem.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>13</sup>

- ABREU, Wilson Correia – **Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais**. Coimbra: Formasau, 2008. 126 p. ISBN 978-972-8485-96-2.
- APÓSTOL, João Luis Alves. **O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico**. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. 2007
- AZEREDO, Thereza Raquel Machado; OLIVEIRA, Luis Miguel N. **Monitorização Hemodinâmica invasiva**. Ciência e técnica. Abril 2013.
- BARBOSA, António, NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos - Núcleo de Cuidados Paliativos** – Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2006, p.65 - 91, ISBN – 978-972-9349-21-8.
- BATALHA, L. et al. **Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale-Intubated Patient (BPS-IP/PT)**. In Revista de Enfermagem. 2013. Ref. III. Série 9.
- BENNER, Patricia. **De Iniciado a Perito**. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto. 2005. P. 294. ISBN: 989-558-052-5.
- BIBLIOTECA DA DOR.OPIOIDES. Luis Medeiros [http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0064402001296583400-169.pdf](http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0064402001296583400-169.pdf)
- BLACK Joyce M; MATASARIN-JACOB, Ester. Histórico de enfermagem e intervenção na dor. In LUCKMANN & SORENSE- **Enfermagem médico – cirúrgica: uma abordagem psicológica**. Vol 1. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996
- DAHYOT-FIZELIER, C. et al. Prevention of Central Venous Catheter-Related Infection in the Intensive Care Unit. *Critical Care*. 2010. P. 8. Disponível em <http://ccforum.com/content/pdf/cc8853.pdf> (acedido em Novembro de 2013).
- CONIAM, S.W.; DIAMOND, A. **Controlo da Dor** - 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 1997, ISBN – 972-97250-6-3.
- COSTA, Carla Alves; SANTOS, Cristina; ALVES, Paula e COSTA, Agostinho. **Dor oncológica**. *Rev Port Pneumol* [online]. 2007, vol.13, n.6 [citado 2014-01-18], pp. 855-867. ISSN 0873-2159.
- CREMASCO, M. et al. **Úlcera por Pressão: Risco e Gravidade do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem**. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009. Vol. 22. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lang=pt) (acedido em Novembro de 2013).

---

<sup>13</sup> Utilizada e adaptada a Norma da 2012 American Psychological Association (6th ed.). Disponível em <http://www.apastyle.org/>.

- DAHYOT-FIZELIER, C., et al. **Prevention of Central Venous Catheter-Related Infection in the Intensive Care Unit.** Critical Care. 2010. P. 8. Disponível em <http://ccforum.com/content/pdf/cc8853.pdf> (acedido em Novembro de 2013).
- Diário da República. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998. Série A, pp. 1739-1757.
- Direção Geral de Saúde. **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** Circular Normativa n.º 9/DGCG. Lisboa. 2003
- Direção Geral de Saúde. **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: 2001.
- ESCHER, R.; COGO, A. **Os Familiares de Adultos Hospitalizados: Sua Participação no Processo de Cuidar na Enfermagem.** Ver. Gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2005. Vol. 26, nº 2, pp. 242-251.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário Aurélio.** 7ªed. Curitiba: Ed Positivo, 2008.
- FONTES, K.B, JAQUES, A.E. **O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital.** Cienc Cuid Saúde, v.6, sup. 2, 2007, p.481-487.
- FREITAS, C.C, *et al.* **Avaliação da dor com uso das escalas unidimensionais.** Rev. Dor, v.10, n.1, 2009, p. 56-62.
- GALVÃO, C. et al. **A Liderança do Enfermeiro no Século XXI: Algumas Considerações.** Rev. Esc. Enfermagem. São Paulo. 1998. Vol. 32, pp. 302-306.
- GARCIA, J., CARDOSO, M., SANTOS, M., **Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2012. Vol. 62 nº. 5. Disponível em SciELO.
- HACPILLE, Lucie (2000)- **A dor cancerosa e o seu tratamento: abordagem global em cuidados paliativos.** Lisboa: Instituto Piaget. Medicina e Saúde.
- HESBEEN, W. **Qualidade em Enfermagem, Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar.** Loures: Lusociência. 2001. P. 220. ISBN: 972-8383-20-7.
- HENNEMANN-KRAUSE, L., **Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):38-39.
- HESBEEN, W. **Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar.** Lusociência. Edições técnicas e científicas. 2000.
- HESBEEN, W. **Qualidade em Enfermagem, Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar.** Loures: Lusociência. 2001. P. 220. ISBN: 972-8383-20-7.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Core Curriculum for Professional Education in Pain** (3<sup>rd</sup> ed.). Editor J. Edmond Charlton. 2005. Disponível em <http://www.iasp-pain.org> (acedido em Junho de 2013).
- ISIKHAN, Vedat et al. - **Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients** - European Journal of Oncology. (Elsevier), UK: 8, 2004, p.234-244.

- JESUS, M.; CUNHA, M. **Utilização dos Conhecimentos Sobre Comunicação por Alunos de Graduação em Enfermagem.** Rev Latino-am Enferm. 2008. Vol. 6, pp. 15-25.
- JONHSON, J. Y., & TEMPLE, J. S. (2010). Critical Thinking, Ethical Decision Making, and the Nursing Process. In Smeltzer, S. C., Bare, B. G.; Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (12.th ed.), **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing** (pp. 22-40). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- KEMMER, L.; SILVA, M. **Nurses Visibility According to the Perceptions of the Communication Professionals.** Rev Latino-am Enferm. 2007. Vol. 15, pp. 191-198.
- KOLCABA, Katharine Y. **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research.** New York : Springer.2003.
- KRAYCHETE, D., SAKATA, R., **Uso e rotação de opióides para dor crónica não oncológica.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2012. Vol. 62 nº. 4. Disponível em SciELO.
- LEAL, P., CLIVATTI, J., GARCIA, J., SAKATA, R., **Hiperalgisia induzida por opióides (HIO).** Rev. Bras. Anesthesiol. 2010. Vol. 60 nº. 6. Disponível em SciELO.
- LOPES, Manuel José , **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica -** Formasau – Formação e Saúde, Lda, Coimbra, 2006.
- LOPEZ, Ricardo Ruiz – **Tratamento del Dolor. - “Nursing”,** Barcelona 5 (1) Jan.1987, p.12-14.
- LORETO, Deolinda - **Burnout em Enfermagem Oncológica** - Enfermagem Oncológica. Porto: 20, 2001, p.18-25.
- MACHADO, F. **Monitorização Hemodinâmica Invasiva. Portal Educação.** 2009. <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/7602/monitorizacao-hemodinamica> (acedido em Novembro de 2013).
- MACPHAIL, E. Panorâmica de Enfermagem de Urgência. In Sheehy S. **Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática** (4ª ed.). Lusociência. 2001.
- MACKERETH, Peter et al - **Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff** - European Journal of Oncology Nursing (Elsevier). UK: 9, 2005, p.147-157.
- MARTINS, Regina Maria da Conceição Santos; MARTINS, José Carlos Amado. **Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos.** Artigo de Investigação. Revista de Enfermagem referencia, III Serie – nº 2. 2010, pag. 111 – 120.
- MARSHAL, Z, LUFFINGHAM, N. **O Enfermeiro Especialista Versus Generalista.** Nursing. V.2 (14): 30-4 São Paulo. 1999.
- MELEIS, Afaf [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science.** ISSN 0161-9268. Vol. 23, nº 1, (September, 2000) p. 12-28.

- MELEIS, A.I. – **Theoretical Nursing: development and progress**. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.
- MORENO, R., 2000, **Gestão e Organização em Medicina Intensiva** (5ª ed.). Permanyer Portugal.
- MOURÃO, C. et al. **Comunicação em Enfermagem: Uma Revisão Bibliográfica**. Rev. Rene. Fortaleza. 2009. Vol. 10, nº 3, pp. 139-145.
- MUTZEBAUGH, C. Delegation: an art of professional practice. In Jones, R., **Leadership and Management: theories, processes and practice** (pp. 345-356). Philadelphia: F.A.Davis Company, 2007.
- NASCIMENTO, D., SAKATA, R., **Dependência de opióide em pacientes com dor crónica**. Rev. Dor. 2011. Vol. 12 nº. 2. Disponível em SciELO.
- NIEWEGLOWSKI, V.; MORE, C. **Comunicação Equipe-Família em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: Impacto no Processo de Hospitalização**. Estud. Psicol. São Paulo. 2008. Vol. 25, nº 1, pp. 111-122.
- NUNES, Lucília. (2006). II Congresso Ordem dos Enfermeiros: **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20 de Junho de 2013, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)
- OLIVEIRA, V. et al. **Modelo Explicativo e Profissional de Mensagens de Cartazes Utilizados nas Campanhas de Saúde**. Rev. Texto Contexto Enferm. 2007. Vol. 16, nº 2, pp. 287–293.
- OPIOIDS FOR CANCER BREAKTHROUGH PAIN: **A Pilot Study Reporting Patient Assessment of Time to Meaningful Pain Relief** [Controlo de Sintomas] Giovambattista Zeppetella, FRCP J Pain Symptom Manage 2008;35: 563-567 [http://www.apcp.com.pt/uploads/resumo\\_opioids\\_for\\_cancer\\_breakthrough\\_pain.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/resumo_opioids_for_cancer_breakthrough_pain.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. **Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa. 2003.
- Ordem dos Enfermeiros. **Guia Orientador de Boa Prática. Princípios da avaliação e controlo da dor**. 2008. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> (acedido em Junho 2013).
- Ordem dos Enfermeiros. **Individualização das Especialidades**. 2007. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf> (acedido em Junho 2013).
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

- [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_com\\_petencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_com_petencias_comuns_enfermeiro.pdf) (acedido em Junho de 2013).
- Ordem dos Enfermeiros. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem. 2001.
  - PALMEIRA, C., ASHMAWI, H., JUNIOR, J., POSSO, I., **Opióides, sexo e género**. Rev. Dor. 2011. Vol. 12 nº. 2. Disponível em SciELO.
  - PEDROSO, R. CELICH, K. **Dor: Quinto Sinal Vital, Um Desafio para o Cuidar em Enfermagem**. Rev. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis. 2006. Vol. 15, nº 2, pp. 270-276.
  - Registered Nurses, Association of Ontario. **Assessment and Management of Pain**. RNAO. Toronto. 2002.
  - PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau, 2007. 216 p. ISBN 978-972-8485-91-7.
  - PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº52 (Janeiro de 2009), p.35-43.
  - RIGOTTI, Marcelo A., FERREIRA, Adriano M.. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arigo de Revisão**. Arq Ciênc Saúde 2005 jan-mar; 12(1):50-4.
  - Royal College of Nursing. **The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children: Technical Report. RCN**. London. 2001. Disponível em <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/cpgcontents.pdf> (acedido em Junho de 2013).
  - SAPETA, Paula (2007)- **Dor total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. DOR**. Lisboa. Vol. 15, nº1, p. 16-21.
  - SMELTZER, Suzane C. *et al.*, **Tratado de Enfermagem Médico – cirúrgica**. Vol. 1. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2005.
  - SOUZA, S, et al. **Visita na UTI: Um Encontro Entre Desconhecidos**. Ver. Bras. Ter. Brasília. 2006. Vol. 59, nº 5, pp.609-613.
  - SWEARIGEN, P, Keen J. **Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independente e Interdependente**. (4ª ed.) Editora Lusodidacta. 2001.
  - TAKAHASHI, R., PEREIRA, L. **Liderança e Comunicação**. Rev.Esc.Enf. São Paulo. 1991. Vol. 25, nº 2, pp. 123-135.
  - TRAUTMAN, D. Capítulo 16 – Controlo da Dor. In Sheehy, S. (4.ª ed.), **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática** (pp. 191-198). Loures: Lusociência. 2001.
  - Boletim do CIM( CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO).ROF 98 Mai/Ago 2011.Características e tratamento da dor irruptiva. Disponível

em:[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc6283.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc6283.pdf)  
(acedido em 30 de Novembro de 2013).

- URDEN, L., et al. **Enfermagem de Cuidados Intensivos**. (5ª ed.) Loures: Lusociência. 2008.
- URIZZI, F., et al. **Vivência de Familiares de Pacientes Internados em Unidades de Terapia Intensiva**. Ver. Bras. Ter. São Paulo. 2008. Vol. 20, nº 4, pp.370-37.
- VASCONCELOS, Marcio Moacyr – **Tratamento da Dor – Incrivelmente Fácil** - Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.
- WALL, Patrick – **Dor: A Ciência do Sofrimento** - 2ª Edição, Editora Ambar, Lisboa, Agosto 2007. ISBN Nº 978-972-43-0540-0.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar**. *Uma teoria de enfermagem* - Loures, Lusociência, 2002.
- ZUGE, S., BRUM, C. **Educação em Saúde e Comunicação: a Praxis da Enfermagem**. Revista Espaço Académico. 2010. Vol. 106.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

AÇÃO DE FORMAÇÃO NO SUG: Avaliação da dor





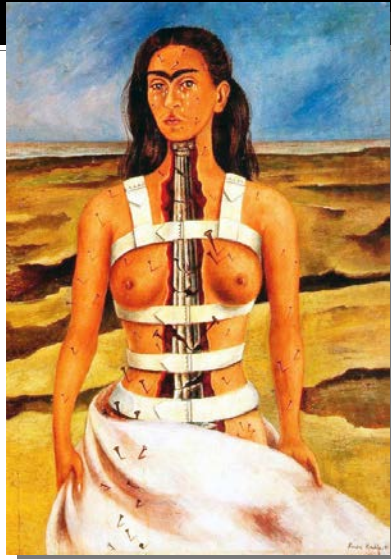
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## MESTRADO EM ENFERMAGEM

### ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

MÓDULO I: ESTÁGIO URGÊNCIA HBA  
Elvira Inmaculada Chamizo Acedo  
Junho 2013





## DOR

*“Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou descrita em função dessa lesão.”*

*International Association for the Study of Pain (IASP),  
1979*

Processo Clínico | Resumo Clínico | Documentação | Plano de Cuidados | Prescrições | Episódio

Notas de Turno | Introduzido/Revisto por: Mana Inês Cordeiro, E n.º | Agendado: n/d

Antecedentes Pessoais: Joaãna Cora | Hipertensão | Joaãna Ven  
Antecedentes Familiares: Desconhecidos

QOP

Avaliações

Alergias

Intervenções

Medicação / TVs

Pressão Arterial (mmHg) | / |  
Freq. Cardíaca (b/min) | | Distúrbio | | Peso (kg) | / 70 |  
Temperatura (°C) | |  
Freq. Respiratória (c/m) | |  
Escala Visual Analógica | |  
Oximetria (%) | |  
Glicemia (mg/dL) | |  
Evacuu? | |  
Posicionamento | |  
Risco de Desnutrição | |  
Alterações Cognitivas | Não | Obs. |  
Risco Social e/ou Legal | Não |

Índice de Barthel | |  
Risco de Quedas | |  
Risco de Úlceras de Pressão | |  
Escala Aldrete | |  
Escala Glasgow | 0 | 26-04-2013 | 15:28 |  
Escala MEVS | |  
Indicação para Doente sob Contenção | Não |

Consciência: Alerta

Colheita: 26-04-2013 | 19:12 | Inserido Para: | Estado: Concluído

Erro: Não foi possível guardar a avaliação. O formulário está incompleto ou contém dados inválidos. Fechar

*" (...) Consubstanciável em alguma lei, o alívio da dor deveria ser um dos direitos básicos do homem, limitado apenas pelo conhecimento das formas de o alcançar."*

*Melzack e Liebeking; Rev. Pain. p. 30: 1-2; 1987*

**DOR**

Fenómeno psicofisiológico complexo,  
subjetivo e multidimensional

*Fatores envolvidos:*

- ✓ *Fisiológicos;*
- ✓ *Sensoriais;*
- ✓ *Afetivos;*
- ✓ *Cognitivos;*
- ✓ *Comportamentais;*
- ✓ *Sócio-culturais.*

*Avaliação da dor  
ampla e complexa*

# DOR

Fenómeno psicofisiológico complexo,  
subjetivo e multidimensional

*A dor é um fenómeno comunicacional, subjetivo.*

- ✓ *Há que acreditar no doente!*
- ✓ *Não acreditar condiciona um sub-tratamento.*

*Numa escala de 1 a 10, em comparação aos doentes:*

- ✓ *Os médicos atribuem menos 3.3 pontos;*
- ✓ *Os enfermeiros atribuem menos 1.4 pontos.*

(Neighbor ML, et al. Acad Emerg Med 2005; Suppl1:84)

7

# DOR

Fenómeno psicofisiológico complexo,  
subjetivo e multidimensional



8

# DOR

## Alterações físicas

- ✓ *Expressão vocal: relato de dor, grito, choro, gemidos.*
- ✓ *Expressão facial: esgares de dor, tensão facial.*
- ✓ *Expressão corporal: inquietação, aumento ou diminuição da atividade motora, defesa ou apoio da parte afetada, resistência física.*
- ✓ *Modificações comportamentais: perturbações do sono, irritabilidade, ansiedade, agressividade, diminuição da interação, indiferença à estimulação.*

9

# DOR

## Intensidade

*Descrever a dor apenas em termos de intensidade é como tentar descrever o mundo que vemos apenas em termos de luminosidade, sem levar em conta os padrões, as texturas, as cores e muitas outras dimensões da experiência visual.*



10

# DOR

## Objetivos da avaliação

- ✓ Estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o síndrome doloroso;
- ✓ Identificar as consequências e limitações do quadro algico na pessoa;
- ✓ Nortear a escolha das intervenções analgésicas;
- ✓ Verificar o resultado das intervenções desenvolvidas.

11

# DOR

## 5º sinal vital

*Surgiu há cerca de 20 anos a ideia de tornar a dor visível, valorizando-a como 5º SINAL VITAL.*



12

*Circular Normativa nº 09 de 14.06.2003*

*(Direção Geral de Saúde)*



*Implementação da dor como 5º sinal vital em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde*

13

- ✓ *Necessidade do seu combate ser considerado um objetivo institucional;*
- ✓ *Estabelecimento de alterações nas práticas de avaliação e controlo da dor:*
  - ✓ *Formações;*
  - ✓ *Uniformização da linguagem interdisciplinar;*
- ✓ *Monitorização do processo de implementação.*



14

# DOR

Princípios gerais de  
controlo e avaliação

- ✓ *Reconhecer o direito dos doentes a uma adequada avaliação e tratamento da dor (Standard JCAHO, 2000);*
- ✓ *A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente (atender ao papel fundamental da família);*
- ✓ *Se a dor parece evidente, mais vale acalmá-la, do que medi-la (Bernard Verlhac).*



15

# DOR

Princípios gerais de  
controlo e avaliação

- ✓ *A tolerância à dor varia de pessoa para pessoa;*
- ✓ *Respostas comportamentais e autónomas do SNC nem sempre estão presentes;*
- ✓ *A dor de causa desconhecida não tem que ser obrigatoriamente atribuída a alterações da personalidade;*
- ✓ *Trata-se de dor Aguda ou Crónica?*



16

# DOR

Princípios gerais de  
controlo e avaliação

- ✓ *Os doentes com dor crónica são mais sensíveis à dor e à presença de outros estímulos;*
- ✓ *A dor não tratada apresenta consequências fisiológicas, psicológicas e sociais;*
- ✓ *Existem diversos instrumentos de avaliação de dor validados internacionalmente, devendo o instrumento aplicado ao doente ser sempre o mesmo.*



17

# DOR

Princípios gerais de  
controlo e avaliação

- ✓ *Os métodos utilizados na avaliação devem adequar-se ao tipo de população e ao tipo de dor (estado físico, idade, nível cognitivo e cultural);*
- ✓ *Devem ser definidos objetivos realistas de controlo da dor, de acordo com o doente;*
- ✓ *Registo obrigatório da avaliação da dor, das intervenções direcionadas para o seu alívio e dos resultados obtidos;*
- ✓ *Manutenção dos níveis de sedação adequados.*



18

# DOR

5º sinal vital

Papel do profissional de saúde

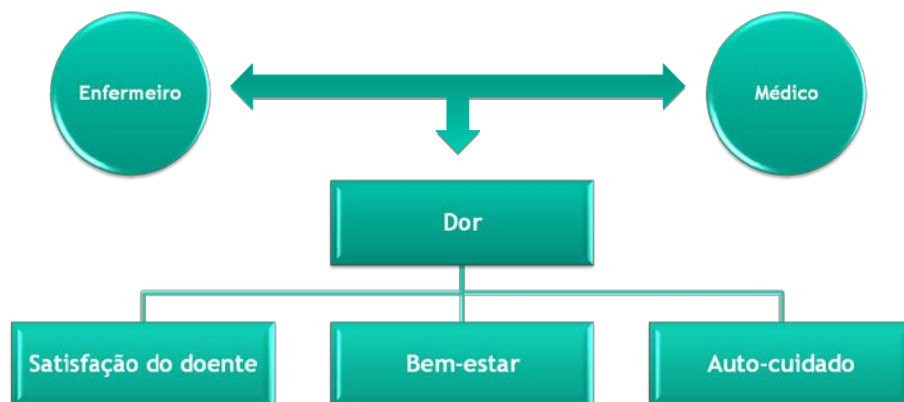
Tornar a dor visível

- ✓ Observar e dialogar com o doente (história clínica específica da dor);
- ✓ Utilizar instrumentos de avaliação da dor;
- ✓ Registrar os dados colhidos.

19

# DOR

5º sinal vital



*Privilegiados pela proximidade e tempo de contato, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*

20

*Os enfermeiros:*



- ✓ *Têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;*
- ✓ *Devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;*

21

*Os enfermeiros:*



- ✓ *Têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;*
- ✓ *Devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.*

22

- ✓ *Mecanismos fisiopatológicos envolvidos;*
- ✓ *Exames complementares de diagnóstico realizados;*
- ✓ *Terapêutica etiológica realizada e resultados;*
- ✓ *Enquadramento social, económico e cultural (incluir familiar/cuidador principal).*

- ✓ **Autoavaliação**
  - ✓ *Escalas unidimensionais (intensidade);*
  - ✓ *Escalas multidimensionais (componentes sensorial, emocional-afetiva e cognitivo avaliativa).*
  
- ✓ **Heteroavaliação**
  - ✓ *Escalas comportamentais.*

### Escala visual analógica (EVA/VAS)

(Scott Huskinson, 1976)



#### Vantagens

- Não sugestionar o doente;
- Fidedigna.

#### Desvantagens

- Dificilmente perceptível (20% dos doentes);
- Dificilmente aplicável em situações de dor aguda e no pós-operatório imediato.

25

### Escala numérica



#### Vantagens

- Facilmente perceptível pela maioria dos doentes;
- Facilmente aplicável.

#### Desvantagens

- Possibilidade de falsear os resultados;
- Ganhos em situação de dor aguda;
- Ganhos em situação de dor não oncológica.

26

## Escala descritiva simples

(Keele, 1948)

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Insuportável
---------	-------------	--------------	-------------	------------------

### Vantagens

- Facilmente perceptível;
- Facilita a explicação das outras escalas;
- Mais aplicável no pós-operatório imediato e em alguns doentes pediátricos.

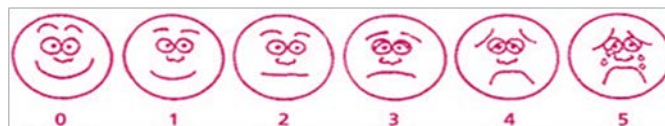
### Desvantagens

- Enorme subjetividade (diferentes significados dos termos para cada doente).

27

## Escala de Faces

(Wong & Baker)



### Vantagens

- Constituir recurso quando não aplicáveis ou perceptíveis as escalas anteriores.

### Desvantagens

- Poder refletir o estado emocional e não a dor.

28

### Escala numérica/Escala qualitativa

(Proposta pela circular normativa nº 09 da DGS de 14.06.2003)



#### O modelo mais consensual

- Fácil aplicabilidade;
- Fácil perceção pelo doente e pela equipa interdisciplinar.

McGILL PAIN QUESTIONNAIRE  
RONALD MELZACK

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_

PR: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PR(ET) \_\_\_\_\_ PP( ) \_\_\_\_\_  
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (21-25) (26-30)

1 FLICKERING	11 TINGING	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
2 QUIVERS	12 EXHAUSTING	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
3 PULSING	13 SICKENING	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
4 THROBING	14 BEATING			
5 BEATING	15 SCOUNDING			
6 JUMPING	16 FEARFUL			
7 FLASHING	17 FROTTLE			
8 SHOOTING	18 TERRIFYING			
9 PRICKING	19 PUNING			
10 BURNING	20 SMELLING			
11 DRILLING	21 CRUEL			
12 STABBING	22 VICIOUS			
13 LANCINATING	23 KILLING			
14 SHARP	24 WRETCHED			
15 CUTTING	25 BLINDING			
16 LACERATING	26 ANNOYING			
17 PINCHING	27 TROUBLESCOME			
18 PRESSING	28 MISERABLE			
19 GRABING	29 INTENSE			
20 CRAMPING	30 UNBEARABLE			
21 CRUSHING	31 SPREADING			
22 TUGGING	32 RADIATING			
23 PULLING	33 PENETRATING			
24 WRENCHING	34 PERCING			
25 HOT	35 LIGHT			
26 BURNING	36 NUMB			
27 SCALDING	37 DRAWING			
28 BEARING	38 HOBBLING			
29 TINGLING	39 FREEZING			
30 TICKLY	40 COLD			
31 SMARTING	41 FREEZING			
32 STINGING	42 WAGGING			
33 DULL	43 NAUSEATING			
34 SORE	44 ADDING			
35 HURTING	45 DREADFUL			
36 ACHING	46 TORTURING			
37 HEAVY	47 PAIN			
38 TENDER	48 NO PAIN			
39 TALP	49 MILD			
40 BRUISING	50 DISCOMFORTING			
41 SPLUTTING	51 DISTRESSING			
	52 HORRIBLE			
	53 EXCRUCIATING			

E = EXTERNAL  
 I = INTERNAL

COMMENTS: \_\_\_\_\_

© R. Melzack, 1975



(Melzack et al, 1975)

# DOR

Questionário de dor de McGill

- ✓ 78 adjetivos qualificativos da dor distribuídos por 20 grupos (2-6/grupo), relacionados com as dimensões sensorial, emocional-afetiva e cognitiva-avaliativa da dor.
- ✓ Diagrama corporal

Escala descritiva da intensidade de dor (1-5)

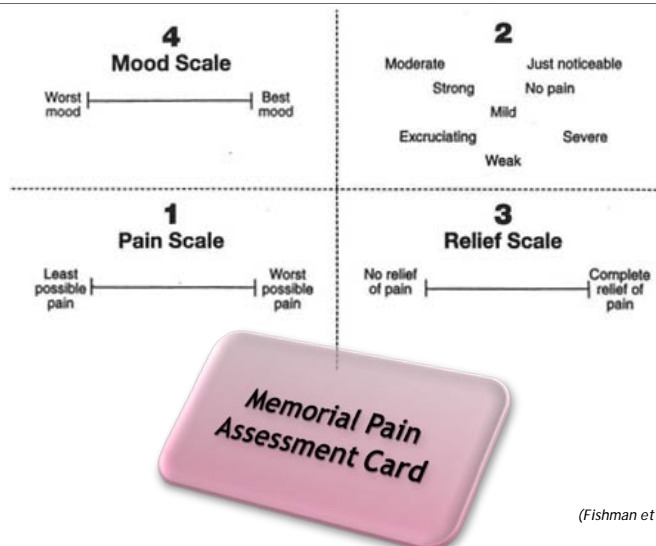


- Índice de avaliação da dor;
- Índice de dor atual.

31

# DOR

Escalas multidimensionais



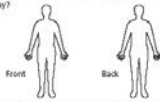
(Fishman et al, 1987)

32

- ✓ 3 escalas visuais analógicas:
  - ✓ Avaliação da intensidade da dor;
  - ✓ Avaliação do alívio obtido;
  - ✓ Avaliação do humor.
- ✓ 8 adjetivos qualificativos da dor:
  - ✓ Noção da severidade da dor.

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, toothaches). Have you had pain other than these everyday types of pain today?  
1. Yes 2. No

2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its worst in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No pain Pain as bad as you can imagine

4. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its least in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No pain Pain as bad as you can imagine

5. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on average.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No pain Pain as bad as you can imagine

6. Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have right now.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No pain Pain as bad as you can imagine

7. What treatment or medication are you receiving for the pain?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medication provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  
Complete relief No relief

9. Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General activity  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

B. Mood  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

F. Sleep  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

H. Ability to concentrate  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes

I. Appetite  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Does not interfere Completely interferes



(C. Cleeland, 1991)

*Informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais de doentes com dor crónica*



*Diagrama corporal e várias escalas numéricas*



- ✓ *avaliação do impacto da dor nas AVD's (humor, relacionamento interpessoal, marcha, sono, atividade laboral e forma de viver o quotidiano);*
- ✓ *avaliação do alívio obtido com analgesia.*

35

### *Escala do observador (adaptado de Hitchcock)*

<b>Parece sem dor</b>	<b>Parece Confort. c/ movimentos</b>	<b>Parece desconfortável</b>	<b>Parece sofredor consolável</b>	<b>Parece Sofredor inconsolável</b>
-----------------------	--------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

#### Vantagens

- Aplicável mais facilmente a doentes com défices cognitivos, alteração do estado de consciência - estado comatoso.

#### Desvantagens

- Muito pouco fidedigna por não ser o próprio doente a avaliar a dor;  
- Grandes desvios de apreciação.

36

ESCALA DOLOPUS			
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA			
AVULSO:	NOME PRÓPRIO:	DATA:	
SERVICHO:			
Observação Comportamental			
<b>REPERCUSSÃO SOMÁTICA</b>			
1. Escalas somáticas	1. ausência de queixas	0	1
	2. presença de queixas de substâncias	1	1
	3. presença de queixas de substâncias	2	2
2. Posturas anormais em repouso	1. ausência de posturas anormais	0	1
	2. presença de posturas anormais ocasionais	1	1
	3. presença de posturas anormais frequentes	2	2
3. Proteção de áreas doloridas	1. ausência de proteção	0	1
	2. proteção quando há substâncias nos pontos de dor	1	1
	3. proteção quando há substâncias, apesar de não haver substâncias	2	2
4. Expressões faciais	1. ausência de expressões faciais	0	1
	2. presença de expressões faciais ocasionais	1	1
	3. presença de expressões faciais frequentes	2	2
5. Sono	1. sono normal	0	1
	2. sono anormal	1	1
	3. ausência de sono	2	2
<b>REPERCUSSÃO PSICOMOTORA</b>			
6. Atividade motora	1. ausência de alterações	0	1
	2. presença de alterações ocasionais	1	1
	3. presença de alterações frequentes	2	2
7. Interesses	1. ausência de interesses	0	1
	2. presença de interesses ocasionais	1	1
	3. presença de interesses frequentes	2	2
<b>REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL</b>			
8. Isolamento	1. ausência de isolamento	0	1
	2. presença de isolamento ocasional	1	1
	3. presença de isolamento frequente	2	2
9. Vida social	1. participação normal nas atividades sociais	0	1
	2. participação ocasional nas atividades sociais	1	1
	3. ausência de participação nas atividades sociais	2	2
10. Alterações de comportamento	1. ausência de alterações de comportamento	0	1
	2. presença de alterações de comportamento ocasionais	1	1
	3. presença de alterações de comportamento frequentes	2	2
<b>COPYRIGHT</b>			
Escalada de Medeiros & Lúcio, Tere & Marlene em Colônia Feltrin - Fevereiro 2006 - Ribeirão Preto			



(Hirondina Guarda, 2006)

✓ *Avaliação da dor nas pessoas idosas com problemas de comunicação verbal, através de 3 parâmetros:*

- ✓ *Repercussão somática;*
- ✓ *Repercussão psicomotora;*
- ✓ *Repercussão psicossocial.*

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

(Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003; 4:9-15.)

39

*O grande desafio de combate à dor*



**AVALIAÇÃO DA DOR**



*Estabelecimento de uma linguagem própria entre o profissional de saúde e o doente que possibilite a descodificação da experiência subjetiva da dor, numa informação objetiva e visível com o objetivo do seu controlo.*

40



*A avaliação multidisciplinar e a abordagem interdisciplinar da dor constituem os meios mais eficientes para tratar os doentes, de modo a que a qualidade de vida seja verdadeiramente possível.*

# DOR

Trabalho em equipa

- ✓ Avaliação;
- ✓ Diagnóstico;
- ✓ Prevenção;
- ✓ Tratamento.



43

## PROPOSTA DE ESCALA PARA UTILIZAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA





*Embora raramente se morra de dor, muitos são os que morrem com ela, sobretudo, os que com ela convivem diariamente.*

*É imprescindível a colaboração e o empenho dos profissionais de saúde para que a implementação da dor como 5º sinal vital torne-se realidade!*

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Cleeland C. *Brief Pain Inventory*. 1991.
- ✓ Dalal S, Del Fabbro E, Bruera E. *J Palliat Med* 2006;9:391-408.
- ✓ DGS. *Circular Normativa nº 09 de 14.06.2003*.
- ✓ Fishman et al. *Memorial Pain Assessment Card*. 1987.
- ✓ Goldstein N, Morrison S. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;54:157-164.
- ✓ Guarda H. *Escala Doloplus-2*. 2006.
- ✓ Huskinson S. *Escala visual analógica*. 1976.
- ✓ Keele. *Escala descritiva simples*. 1948.
- ✓ Melzack et al. *Questionário de dor de McGill*. 1975.
- ✓ Melzack e Liebeking. *Rev. Pain*, p. 30: 1-2. 1987.
- ✓ Neighbor ML et al. *Acad Emerg Med, Suppl*1:84. 2005
- ✓ *Ordem dos Enfermeiros*, 2013.
- ✓ Warden V, Hurley AC, Volicer L. *Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale*. *J Am Med Dir Assoc*. 2003; 4:9-15.
- ✓ Wong & Baker. *Escala de Faces*.

## **APÊNDICE II**

ESCALA DE AVALIAÇÃO INTENSIDADE DE DOR: Doentes  
comunicantes



## ESCALA DE AVALIAÇÃO INTENSIDADE DE DOR



Referência Bibliográfica: Circular Normativa nº 9/CGCG de 14/06/2003 – Direcção Geral de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Aluno: Elvira Chamizo Acedo  
Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

 HOSPITAL  
**BEATRIZ  
ÂNGELO**



### **APÊNDICE III**

ESCALA Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): Doentes não comunicantes ou défices cognitivos graves



## Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

**Instruções:** Observe o paciente nos seguintes comportamentos, tanto em descanso como em movimento

Comportamento	Com movimento	Em repouso
<b>1. Queixas vocalizadas: não verbalizadas</b> (Suspiro, arfada, gemido, rugido, choro)		
<b>2. Caretas/Retraimento</b> (Pestanas contraídas, olhos semicerrados, dentes cerrados, lábios contraídos, mandíbula aberta, expressões distorcidas)		
<b>3. Agarrar</b> (Prender-se ou agarrar-se ao mobiliário, equipamento ou áreas envolventes durante o movimento)		
<b>4. Agitação</b> (Mudança de posição constante ou intermitente, baloiçar-se, movimento das mãos constante ou intermitente, incapacidade de estar quieto)		
<b>5. Massajar</b> (Massajar a área afectada)		
<b>6. Queixas vocalizadas: Verbalizadas</b> (Palavras que expressam desconforto ou dor [ex. "ai", "dói"]; blasfemar durante o movimento; exclamações de protesto [ex. "pare", "já chega"])		
<b>Subtotal das classificações</b>		
<b>Classificação Total</b>		

**Pontuação:**

Pontuar 0 se o comportamento não for observado.

Pontuar 1 se o comportamento tiver ocorrido mesmo que brevemente durante a actividade ou descanso.

O número total de indicadores é somado pelos comportamentos observados em descanso, movimento e no geral.

Não há classificações claras que indiquem a severidade da dor; No entanto, a presença de qualquer um dos comportamentos pode indicar dor, garantindo investigação futura, tratamento e monitoramento pelo médico.

**Fontes:**

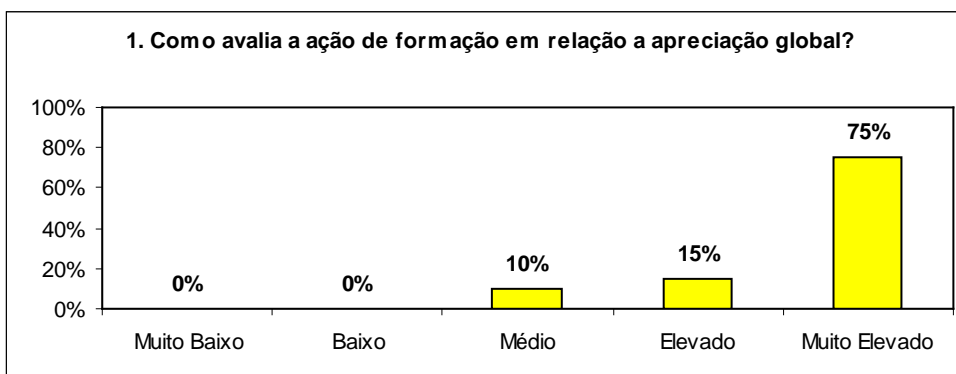
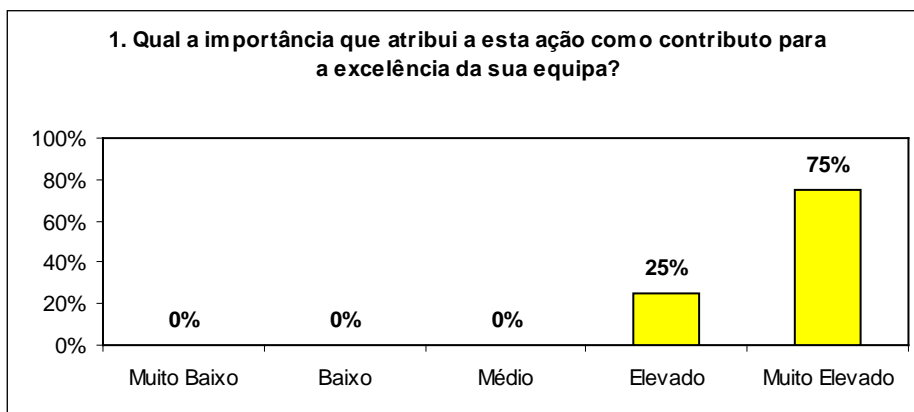
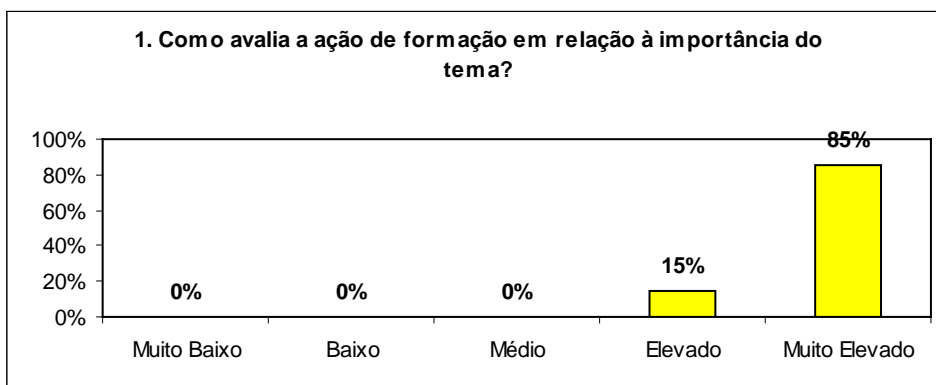
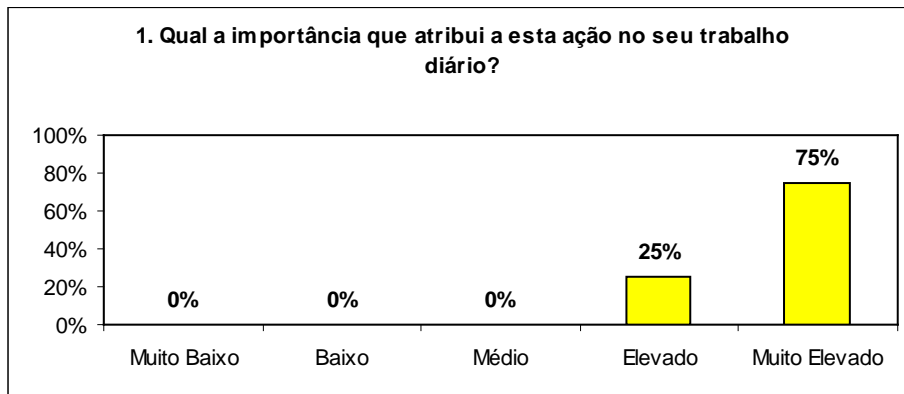
- Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs.* 2000 Mar;1(1):13-21.
- Horgas AL. Assessing pain in persons with dementia. In: Boltz M, series ed. *Try This: Best Practices in Nursing Care for Hospitalized Older Adults with Dementia.* 2003 Fall;1(2). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. [www.hartfordign.org](http://www.hartfordign.org)



## **APÊNDICE IV**

**ANÁLISES DOS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE  
FORMAÇÃO NO SUG: Avaliação da dor**







**APÊNDICE V**  
GUIA INFORMATIVA PARA FAMILIARES DOS DOENTES  
SUBMETIDOS A HIPOTERMIA INDUZIDA



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**



**GUIA INFORMATIVA PARA FAMILIARES DE DOENTES SUBMETIDOS A HIPOTERMIA INDUZIDA**

Este guia destina-se aos familiares submetidos a hipotermia induzida e inclui informações sobre o procedimento realizado.

A hipotermia induzida é uma terapia utilizada em doentes que tiveram paragem cardiorespiratória mas através dos cuidados médicos imediatos, conseguiram que o coração retomasse o seu batimento em menos de 15 minutos.

Significa que a equipa de saúde que está a tratar o seu familiar, diminuiu, de propósito a temperatura corporal com o intuito de o ajudar a sobreviver à paragem cardiorespiratória.

**HIPOTERMIA INDUZIDA**

- Consiste em arrefecer o doente até 32-34°C após a paragem cardiorespiratória
- O doente irá manter-se nesta temperatura cerca de 12 a 24 horas
- Este procedimento só é realizado na UCI, por necessitar de uma equipa especializada
- O seu familiar irá ser monitorizado continuamente

**COMO É QUE A HIPOTERMIA PODE AJUDAR O SEU FAMILIAR**

- A hipotermia diminui a necessidade do corpo de oxigénio e energia. Como resultado, haverá mais oxigénio para órgãos- cérebro, coração, rins.
- A hipotermia, ajuda a minimizar o défice neurológico que poderá advir da falta de oxigénio no cérebro quando houve a paragem cardiorespiratória.

**O QUE PODE ESPERAR**

- O seu familiar vai estar muito frio nos 2 primeiros dias
- O seu familiar irá precisar de um ventilador para respirar e serão dados medicamentos para o colocar a dormir e o mais confortável possível

**RISCOS**

- Pode colocar o seu familiar com menos defesas para combater uma infeção
- Pode dar em algumas pessoas alterações da coagulação aumentando o risco de hemorragia
- Pode dar alterações cardíacas
- A decisão de realizar este procedimento no seu familiar, é tomada pela equipa médica após uma avaliação criteriosa dos benefícios e potenciais riscos.

**APÓS HIPOTERMIA INDUZIDA TER TERMINADO**

O médico irá conversar com a família, sobre o estado do seu familiar e o sucesso ou insucesso deste tratamento.



## **APÊNDICE VI**

QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES  
FORMATIVAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A  
AVALIAÇÃO DA DOR NA UCI



**Estágio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**UCIP- Novembro 2013**



Aluna: Elvira Inmaculada Chamizo Acedo

Orientador: Enf. Júlio Marinho

**AVALIAÇÃO DA DOR**

Este questionário surge no âmbito da realização de Estágio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. O seu preenchimento é anónimo e destinado exclusivamente ao levantamento das necessidades formativas sobre Avaliação da Dor.

**Profissional:**       Enfermeiro       Médico      Data: \_\_\_\_\_

1. Considera importante na sua prática clínica realizar a avaliação da dor em todos os turnos?
  - a. Sim
  - b. Não
2. A avaliação da dor deve ser feita por:
  - a. Enfermeiro
  - b. Médico
  - c. Médico, enfermeiro e doente
  - d. Enfermeiro, auxiliar e médico
3. Utiliza sempre escalas na avaliação da dor?
  - a. Sim
  - b. Não
4. Explica sempre ao doente as escalas de avaliação da dor e valida a sua compreensão, antes de as aplicar?
  - a. Sim
  - b. Não
5. Apresenta sempre visualmente ao doente as escalas, no momento da avaliação da dor?
  - a. Sim
  - b. Não
6. Que escalas utiliza no doente comunicante sem défices cognitivos, que não compreendem a escala numérica?

---

---

7. Qual é a diferença entre escalas de avaliação unidimensionais e multidimensionais?

---

---

8. Enuncie as escalas de avaliação de dor que conhece.

---

---

9. Qual/Quais as escalas de avaliação da dor que utiliza no doente não comunicante, não sedado/ventilado, que conhece?

---

---

10. Utiliza alguma escala de avaliação da dor no doente ventilado e sedado?

a. Sim

b. Não Porquê? \_\_\_\_\_

11. Qual a escala de avaliação da dor que utiliza no doente ventilado e sedado?

---

---

12. Quais os itens a registrar, de acordo com a JCI, acerca da avaliação de dor, em cada turno?

---

## **APÊNDICE VII**

**AÇÃO DE FORMAÇÃO NA UCI: Avaliação dor na UCI**





## DEFINIÇÃO DOR IASP



*“Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou descrita em função dessa lesão.”*

*International Association for the Study of Pain  
(IASP), 1979*

## DOR- 5º SINAL VITAL

### Fatores envolvidos

**Fisiológicos**

**Sensoriais**

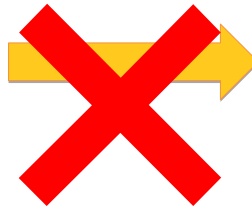
**Afetivos**

**Cognitivos**

**Comportamentais**

**Sócio-culturais**

## AVALIAÇÃO CORRETA DA DOR



## IMPORTÂNCIA DE UMA CORRETA AVALIAÇÃO



## IMPORTÂNCIA DE UMA CORRETA AVALIAÇÃO



## AVALIAÇÃO DOR CARACTERIZAÇÃO DOR

- ▮ localização
- ▮ **Intensidade:** *Numa escala de 1 a 10, em comparação aos doentes:*

*Os médicos atribuem menos 3.3 pontos;*

*Os enfermeiros atribuem menos 1.4 pontos. (Neighbor ML, et al.*

*Acad Emerg Med 2005; Suppl1:84)*

- ▮ **Tipo** (somática, visceral, neuropática)
- ▮ **Início**
- ▮ **Duração/variação diurna**
- ▮ **Factores de alívio e agravamento**
- ▮ **Sintomatologia acompanhante**

### AUTOAVALIAÇÃO

Escalas Unidimensionais

Escalas Multidimensionais

### HETEROAVALIAÇÃO

Escalas Comportamentais

### Doente comunicante sem défices cognitivos

Escala Numérica

Escala Qualitativa

Escala Visual Analógica

### Doente comunicante com défices cognitivos ligeiros/ baixo nível cultural

Escala de Faces

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

### EscaLa Numérica



#### VANTAGENS

- › Facilmente perceptível pela maioria dos doentes
- › Reavaliações fidedignas
- › Facilmente aplicável

#### DESVANTAGENS

- › Possibilidade de falsear resultados



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

### EscaLa Qualitativa



#### VANTAGENS

- › Facilmente perceptível
- › Facilita a explicação das outras escalas

#### DESVANTAGENS

- › Enorme subjetividade



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

### Escola Visual Analógica (EVA/VAS)



#### VANTAGENS

- › Fidedigna
- › Não sugestiona o doente

#### DESvantagens

- › Dificilmente perceptível

13

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

### Escola de Faces



#### VANTAGENS

- › Recurso quando as outras escalas não são aplicáveis ou perceptíveis

#### DESvantagens

- › Pode refletir o estado emocional e não a dor

14

## EQUIVALÊNCIA ENTRE AS ESCALAS UNIDIMENSIONAIS



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR COMPORTAMENTAIS

Doente não comunicante/défices cognitivos acentuados

DOLOPLUS 2

PACSLAC

PAC

Doente não comunicante, não sedado e não ventidado

Não validadas

CNPI

PADE

PACI

Doente não comunicante sedado e ventilado

BPS

ESCID

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Comportamento	Com movimento	Em Repouso
1. Queixas Vocalizadas: não verbalizadas (Suspiro, arfada, gemido, rugido, choro)		
2. Fácies/Esgar (Pestanas contraídas, olhos semicerrados, dentes cerrados, lábios contraídos, mandíbula aberta, expressões distorcidas)		
3. Agarrar (Prender-se ou agarrar-se ao mobiliário, equipamento ou áreas envolventes durante o movimento)		
4. Agitação (Mudança de posição constante ou intermitente, baloiçar-se, movimento das mãos constante ou intermitente, incapacidade de estar quieto)		
5. Friccionar (Massajar a área afectada)		
6. Queixas Vocalizadas: verbalizadas (Palavras que expressam desconforto ou dor [ex. "ai", "dói"]; blasfemar durante o movimento; exclamações de protesto [ex. "páre", "já chega"])		
Subtotal das Classificações		
Classificação Total		

› **Instruções:**

Observe o doente nos seguintes comportamentos tanto em descanso como em movimento.  
Pontuar 0 se o comportamento não for observado.  
Pontuar 1 se o comportamento for observado, ainda que brevemente.

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

### Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)



Fácies sem dor



Fácies com dor

19

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

### Doloplus 2

Repercussão psicomotora		0	1	2	3	0	1	2	3
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas	0	0	0	0				
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1				
	Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2	0	0	0	
	Higiene e/ou vestir impossíveis; doente exprime oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3	1	1	1	
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas	0	0	0	0	2	2	2	
	Capacidades habituais activas limitadas (evita movimentos, diminui perímetro de marcha)	1	1	1	1	3	3	3	
	Capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado diminui movimentos)	2	2	2	2	0	0	0	
	Movimento impossível, qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3	1	1	1	
Repercussão psicossocial						2	2	2	
8. Comunicação	Sem alteração	0	0	0	0	3	3	3	
	Intensificada (chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1	0	0	0	
	Diminuída (isola-se)	2	2	2	2	1	1	1	
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3	2	2	2	
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos, entre outros)	0	0	0	0	3	3	3	
	Participação nas diferentes atividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1	0	0	0	
	Recusa parcial de participação nas diferentes atividades	2	2	2	2	1	1	1	
	Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3	2	2	2	
10. Alterações do comportamento	Comportamento habitual	0	0	0	0	3	3	3	
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1	0	0	0	
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2	1	1	1	
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3	2	2	2	
Pontuação						3	3	3	

20

Escalas de Heteroavaliação  
**ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS**  
**PACSLAC**

A PACSI  
cuid

Expressões faciais	Social / Personalidade / Humor
Caretas Olhar triste Cara amarrada Cara amarrada Olhar de reprovação Mudança nos olhos (olhos meio fechados; olhar sem vida, brilhantes; movimentos dos olhos aumentados) Carrancudo Expressão de dor ✓ Cara de bravo Dentes cerrados Estremecimento Boca aberta Enrugando a testa Torcendo o nariz	Agressão física (p.ex.: empurrando pessoas e/ou objetos, arranhando outros, batendo, atacando, chutando) Agressão verbal Não querendo ser tocado Não permitindo pessoas perto Zangado / furioso Atrando coisas Aumento da confusão mental Ansioso Preocupado / tenso Agitado ✓ Mal-humorado / irritado Frustrado
Atividade / Movimento corporal	Outros *
Irrequieto Afastando-se Hesitante ✓ Impaciente ✓ Andando de lá pra cá Perambulando Tentando e embora Recusando-se a se mover Movendo-se violentamente	Pálido Ruborizado Olhos lacrimejantes Suando Sacudindo / tremendo Frio e pegajoso Mudanças no sono (favor circular) Sono diminuído Sono aumentado durante o dia Mudanças no apetite (favor circular)
Atividade / Movimento corporal	Apetite diminuído Apetite aumentado Gritando / berrando Chamando (p.ex.: por ajuda) Chorando Um som ou vocalização específico Para dor "alta" Gemendo e suspirando Murmurando Resmungando
Atividade diminuída Recusando medicações Movendo-se lentamente Comportamento impulsivo (p.ex.: movimentos repetitivos) Não cooperativo / resistente a cuidados Protegendo área dolorida Tocando / segurando área dolorosa Mancando ✓ Punhos cerrados Ficar na posição fetal Duro / rígido	

ante os  
ritos.

21

Escalas de Heteroavaliação  
**ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS**

**PAINAD**

*Pain Assessment in Advanced Dementia*

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

22

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

### BPS

Behavioral Pain Scale

Expressão Facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex. Sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex. Pálpebras cerradas)	3
	Fácies com sinal de dor	4
Tónus dos Membros Superiores	Sem movimento	1
	Ligeira flexão	2
	Membros em flexão e punhos cerrados	3
	Membros retraídos	4
Adaptação à Ventilação	Adaptado	1
	Reação esporádica ao ventilador	2
	Luta contra o ventilador	3
	Impossível de ventilar	4

› Ausência de dor: 3

› Dor intensa: 12

23

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

### BPS

Behavioral Pain Scale

Orientação Técnica- HBA

#### Avaliação de dor faz-se em todos os turnos

#### São excluídos desta escala:

- › Doentes com tetraplegia;
- › Doentes curarizados;
- › Doentes em coma profundo;
- › Doentes com neuropatia do doente crítico;
- › Doentes em morte cerebral.

- › 5 a 10 min. antes de procedimentos dolorosos;
- › Durante o procedimento;
- › 15 min. após o procedimento;
- › 30min. após intervenção farmacológica/não farmacológica.

24

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

### ESCID

Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

	0	1	2	Pontuação parcial
Musculatura facial	Relaxada	Em tensão, testa franzida e/ou fâcies de dor	Testa franzida habitualmente e/ou dentes cerrados	
Tranquilidade	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos ocasionais de inquietude e/ou mudança de posição	Movimentos frequentes, incluindo cabeça e/ou extremidades	
Tónus muscular	Normal	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou pés	Rígido	
Adaptação à VM (Descartar outras causas)	Tolera V.M.	Tosse, mas tolera V.M.	Luta com o ventilador	
Conforto	Confortável e/ou tranquilo	Tranquiliza-se ao toque e/ou à voz. Fácil de distrair	Difícil de confortar, ao toque e à voz	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>				/10
0: Sem dor	1-3: Dor ligeira. Contemplar outras causas	4-6: Dor moderada	>6: dor intensa	

## COMO UTILIZAR AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR ESTRATÉGIAS

Através da **AUTOAVALIAÇÃO** pelo doente, mediante visualização direta e após ensino ao doente

Transmitir ao doente a importância da avaliação da dor por escalas para que se empenhe na autoavaliação

A avaliação da intensidade da dor é sempre a referida pelo doente e ao momento atual

A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma

## COMO UTILIZAR AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR ESTRATÉGIAS

Dificuldade na autoavaliação =  
Escala utilizada não é adequada  
ao doente

Os parâmetros de avaliação de  
cada escala UNIDIMENSIONAL  
fazem-se corresponder entre si

REAVALIAR/REGISTAR após  
medidas de controlo da dor

Registo: indicar a escala e o valor  
avaliado

## O GRANDE DESAFIO DO COMBATE À DOR

AVALIAÇÃO DA DOR

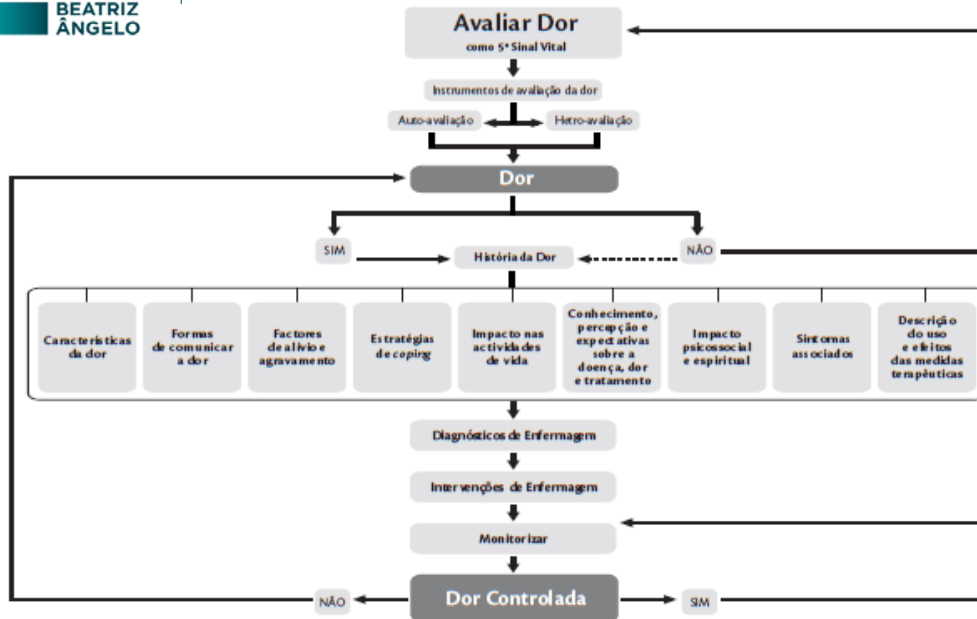


Estabelecimento de uma linguagem própria entre o  
profissional de saúde e o doente que possibilite a  
descodificação da experiência subjetiva de dor,  
numa informação objetiva e visível

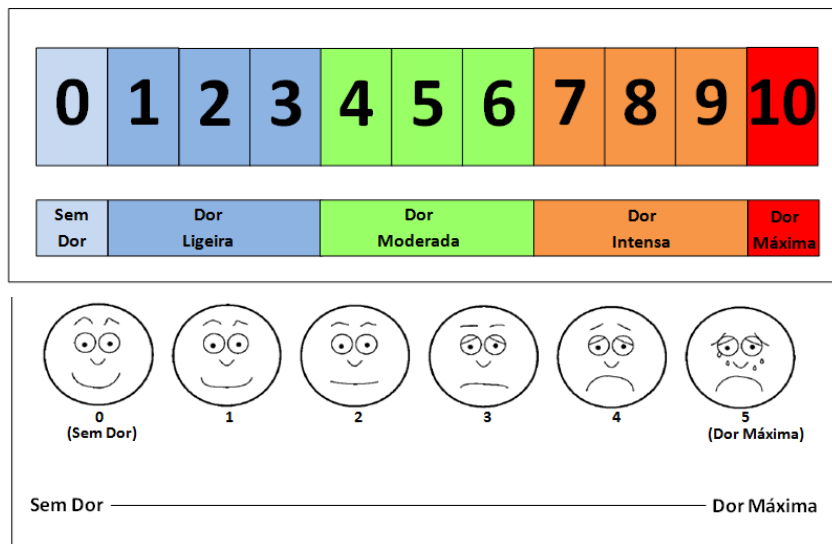


O tratamento e reavaliação

## ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR- OE



## Escalas Avaliação Intensidade Dor HBA



## Referências Bibliográficas

- Alaba J, Arriola E, Navarro A, et al. *Demencia y dolor*. In Revista de la Sociedad Española del *Dolor*. 2011.
  - Batalha L, et al. *Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale-Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. In Revista de Enfermagem. 2013. Ref. III. Série 9.
  - Batalha L, et al. *Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia*. In Revista de Enfermagem. 2012. Ref. III. Série 8.
  - Direção Geral da Saúde. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular normativa nº 9/DGCG. 14 de Junho de 2003.
  - Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Circular normativa nº 15/DGS. 14 de Dezembro de 2010.
  - Lorenzet I, et al. *Avaliação da Dor em Idosos com Demência: Tradução e Adaptação Transcultural do Instrumento PASLAC para a Língua Portuguesa*. In Revista Brasileira de Medicina. 2011. Vol. 64 (4).
- 

## Referências Bibliográficas

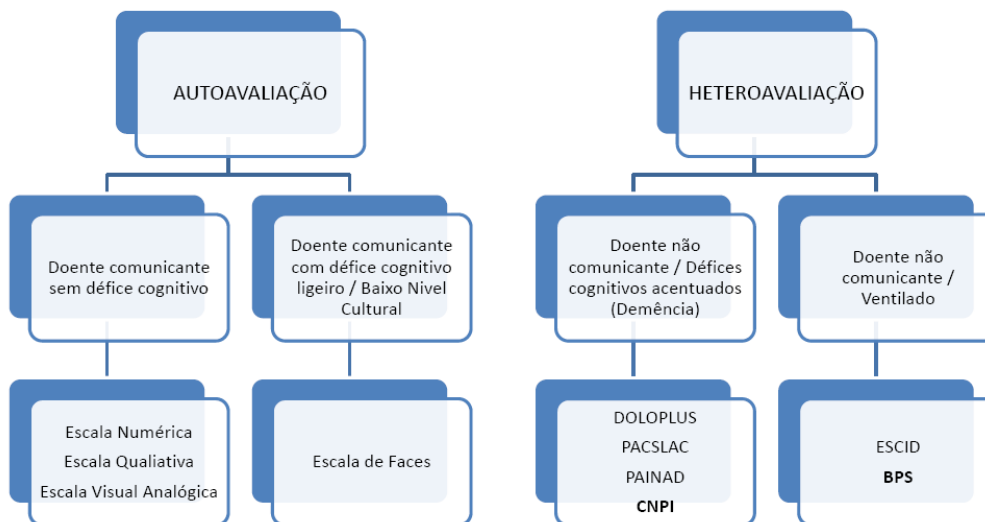
- Matos C, Henriques J. *Dor no Doente Idoso com Demência*. In Revista Dor. 2013. Vol. 21, pp. 5-10.
  - Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boa Prática. Princípios da avaliação e controlo da dor*. 2008. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> (acedido em Novembro de 2013).
  - Santos R, Castro-Caldas A, Hadjistavropoulos T. *Adaptação Cultural e Validação da Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) para a População Portuguesa*. In Revista Dor. 2012. Vol. 20, pp. 5-8.
  - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. *Plano Nacional de Avaliação de Dor*. 2012.
  - Swearigen P, Keen J. *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independente e Interdependente*. 2001. 4ª ed. Editora Lusodidacta.
-

## **APÊNDICE VIII**

**FLUXOGRAMA: Escalas de avaliação da dor na UCI**



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



### Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

**Instruções:** Observe o paciente nos seguintes comportamentos, tanto em descanso como em movimento

Comportamento	Com movimento	Em repouso
1. <b>Queixas vocalizadas: não verbalizadas</b> (Suspiro, arfada, gemido, rugido, choro)		
2. <b>Fácies/Esgar</b> (Pestanas contraídas, olhos semicerrados, dentes cerrados, lábios contraídos, mandíbula aberta, expressões distorcidas)		
3. <b>Agarrar</b> (Prender-se ou agarrar-se ao mobiliário, equipamento ou áreas envolventes durante o movimento)		
4. <b>Agitação</b> (Mudança de posição constante ou intermitente, baloiçar-se, movimento das mãos constante ou intermitente, incapacidade de estar quieto)		
5. <b>Friccionar</b> (Massajar a área afetada)		
6. <b>Queixas vocalizadas: Verbalizadas</b> (Palavras que expressam desconforto ou dor [ex. "ai", "dói"]; blasfemar durante o movimento; exclamações de protesto [ex. "pare", "já chega"])		
<b>Subtotal das classificações</b>		
<b>Classificação Total</b>		

Pontuar 0 se o comportamento não for observado.  
Pontuar 1 se o comportamento tiver ocorrido mesmo que brevemente.

### Behavior Pain Scale (BPS)

Expressão Facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex.: Sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (Ex.: Pálpebras cerradas)	3
	Fácies com sinal de dor	4
Tónus dos Membros Superiores	Sem movimento	1
	Ligeira Flexão	2
	Membros em flexão e punhos cerrados	3
	Membros retraídos	4
Adaptação à Ventilação	Adaptado	1
	Reação esporádica ao ventilador	2
	Luta contra o ventilador	3
	Impossível de ventilar	4

Ausência de dor:3

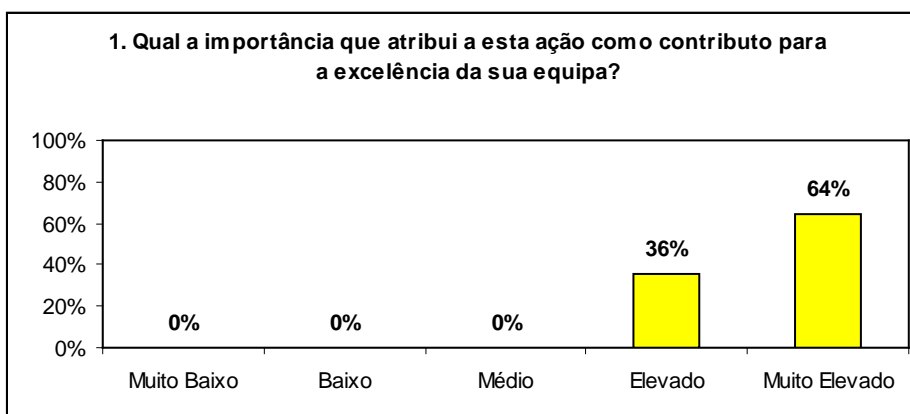
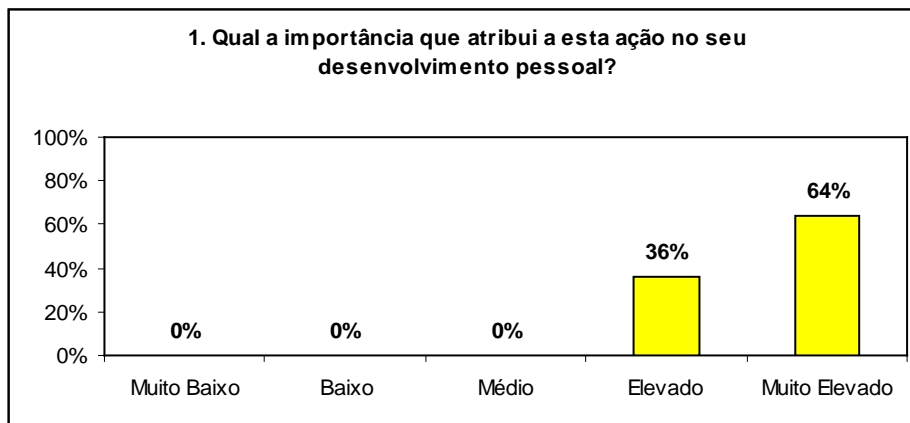
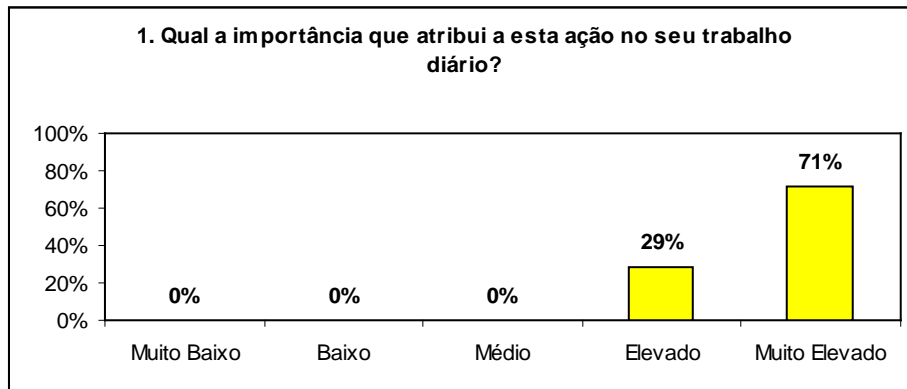
Dor intensa:12

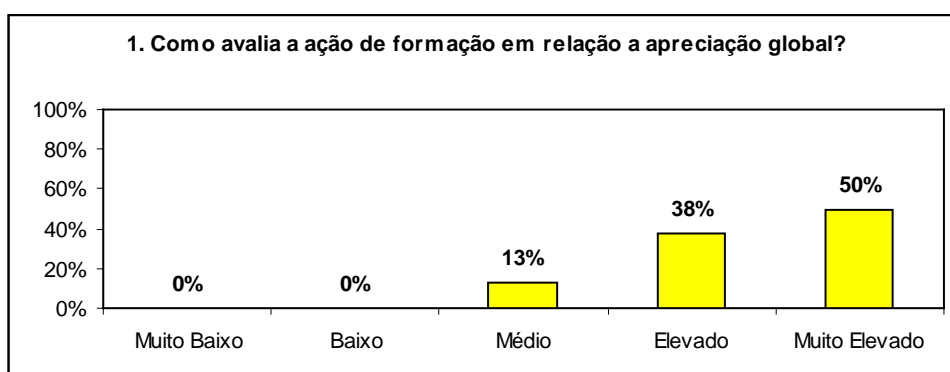
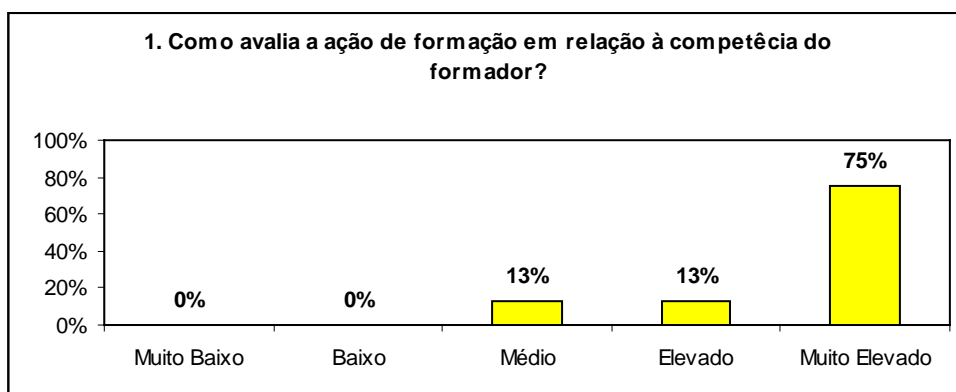
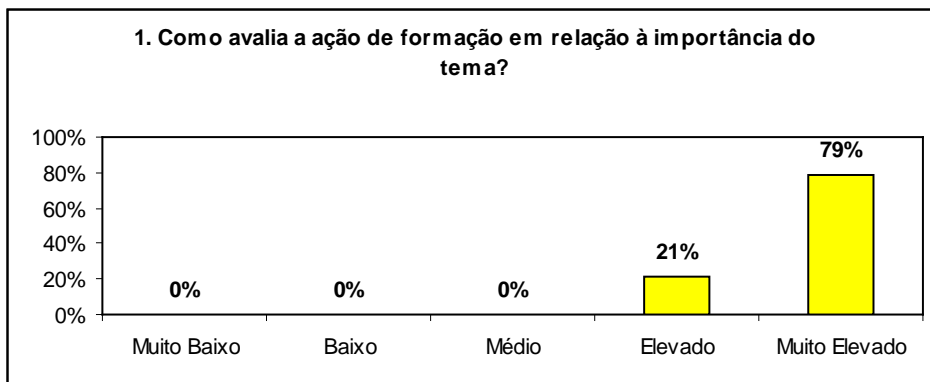


## **APÊNDICE IX**

**ANÁLISES DOS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE  
FORMAÇÃO: Avaliação da dor na UCI/Escalas de avaliação**







## **APÊNDICE X**

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE LITERATURA: Comunicação com o doente idoso – importância & contributos dos enfermeiros na criação de laços de confiança





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**COMUNICAÇÃO COM O DOENTE IDOSO: IMPORTÂNCIA & CONTRIBUTOS  
DOS ENFERMEIROS NA CRIAÇÃO DE LAÇOS DE CONFIANÇA**

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**



***Professora: Patrícia Pontífice***

*Aluno: Elvira Inmaculada Chamizo Acedo*

***Nº 192012005***

*Lisboa, Abril de 2013*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	161
METODOLOGIA UTILIZADA .....	162
A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO.....	162
COMUNICAÇÃO ENTRE IDOSOS E ENFERMEIROS: .....	163
PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	168

## **Introdução**

As sociedades modernas têm enfrentado, nos últimos anos, o envelhecimento progressivo da sua população. Assim, impõe-se novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde. O caso de Portugal não é diferente.

O envelhecimento é uma realidade que desde sempre atraiu a atenção e a preocupação da humanidade. O envelhecimento da população mundial pode ser considerado resultado da vitória das inovações técnico-científicas, das medidas políticas, das melhorias sanitárias, da introdução de técnicas diagnósticas e da evolução dos comportamentos humanos.

Alguns autores encaram o envelhecimento como uma diminuição das capacidades; outros consideram-no como um período de crescente vulnerabilidade e de maior dependência; outros, ainda, vêem-no como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total. Esta nova etapa do desenvolvimento humano comporta, portanto, ganhos e perdas. Nesse sentido, a necessidade de aquisição de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e de como este influencia os indivíduos ganha progressivamente mais pertinência e atualidade.

Neste âmbito, foi realizada esta revisão bibliográfica. Sendo o envelhecimento um tema atual e visível no nosso país, é importante analisar a relação que se estabelece (ou que se pode vir a estabelecer) entre o enfermeiro e o idoso, salientando a comunicação como o processo chave dessa relação, no sentido de despertar a criação de laços de confiança.

## Metodologia Utilizada

Foram efetuadas diversas pesquisas, através de palavras-chave, no sentido de se obter informação consistente para a elaboração desta revisão bibliográfica.

Na plataforma de pesquisa *EBSCO*, foram selecionadas as bases de dados *Academic Search Premier*, *Library, Information, Science & Technology Abstracts*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Medic Latina* e *MEDLINE with Full Text*. O modo de pesquisa escolhido foi o booleano, no intervalo temporal de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2012. Foram introduzidas as palavras-chave “*enfermeiro*” or “*comunicação*” or “*idoso*”. Após selecionar Portugal como o país de referência, obteve-se 48 resultados, dos quais foram selecionados 2. Adicionalmente, ao inserir as palavras-chave “*enfermeiro*” e “*relação*” e “*idoso*” no *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)* e após limitar a pesquisa ao idioma português, retornaram 123 resultados, dos quais foram selecionados 5.

Os critérios de seleção adotados estão relacionados com a repetição de temas e/ou estudos, com a metodologia, abordagem e linguagem utilizada e com a relação direta da temática abordada pelo estudo em causa com o objetivo deste trabalho. Salienta-se por fim que apenas foram selecionados os estudos mais recentes e cuja origem fosse portuguesa.

A questão do envelhecimento

Tal como Marta Rosa (2003) expõe, o envelhecimento é caracterizado por um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que resultam da ação do tempo sob a pessoa e manifestam-se de várias formas. Essas mudanças podem ser verificadas ao nível biológico, social e/ou psicológico.

Sob o ponto de vista biológico, o processo de envelhecimento é caracterizado por uma involução física visível. O enfraquecimento dos músculos e tecidos, fomentando a lentidão e a exaustão ou a perda da visão e da audição, comprometendo a sensibilidade ao meio externo são apenas alguns exemplos de transformações que podem ocorrer. O processo de envelhecimento, ao nível físico, não é localizado e tem carácter difuso, podendo surgir mais cedo ou mais tarde, porém é, sem dúvida, progressivo.

Relativamente à vertente social, condições adversas apresentam-se ao idoso, quer pela recente circunstância da inatividade laboral - reforma -, quer pelas alterações de

relações com amigos e família. Sentimentos de inutilidade e desvalorização podem ser vivenciados pelo idoso em consequência do afastamento do seu trabalho, no qual investiu a maioria dos seus anos, da possível perda de poder económico e, ainda, do abandono de que pode ser alvo, por parte da família ou dos amigos.

A nível psicológico podem surgir alterações da aprendizagem, diminuição da memória, capacidade de fixação e distúrbios do sono. Note-se que o desenvolvimento das condições de fragilidade dificulta a adaptação do idoso a novas realidades.

## **Comunicação entre idosos e enfermeiros:**

### **Criação de laços de confiança**

A comunicação é essencial nas relações interpessoais. Uma comunicação eficaz é um complexo processo que envolve a transmissão, reconhecimento, compreensão e interpretação de sinais verbais e não-verbais. Qualquer alteração na capacidade de empreender este processo comprometerá a comunicação. Tendo em consideração que o envelhecimento pode levar a alterações de capacidades, é necessário ter atenção redobrada em relações estabelecidas com idosos.

Em enfermagem, além da aplicabilidade curativa (utilização de técnicas específicas de modo a erradicar ou limitar uma doença) evidencia-se a aplicabilidade cuidativa (satisfação de necessidades de foro afetivo e psicológico). Assim, para cuidar torna-se premente humanizar os serviços prestados pelo enfermeiro. A vertente do “saber-fazer” deve ser, pois, complementada com a vertente do “saber-ser”, na qual a comunicação revela-se indispensável.

O enfermeiro surge tanto como emissor, como recetor de mensagens, adquirindo a capacidade de apreensão de mensagens significativas dos utentes, tentando responder às necessidades de cada um através do seu contato quotidiano. É, portanto, fulcral que o enfermeiro desenvolva competências de comunicação, visto que serão elas que permitiram estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente idoso.

Diversos autores descrevem a confiança como o elemento basilar de uma relação idoso-enfermeiro. Rogério Dinis (2006) revela que a confiança favorece um ambiente relacional agradável e alerta que, durante uma relação, é mais fácil manter a

confiança conquistada do que recuperar a confiança perdida. Por seu turno, a falta de confiança dificulta o ambiente relacional, podendo mesmo resultar em mal entendidos derivados da atribuição de significados diferentes às palavras ou da não partilha de informação.

Os idosos, ao não partilharem com os enfermeiros informações sobre o seu estado de saúde ou de como o próprio utente encara a situação que está a vivenciar, limitam a possibilidade e a eficácia da intervenção do profissional de saúde, dado que não lhe permite individualizar os cuidados prestados. O principal requisito para participação do doente idoso na promoção e proteção da própria saúde é proporcionar informações apropriadas, de modo a que, além do enfermeiro captar a mensagem corretamente, possa também ajudar a pessoa idosa a compreender o significado e o impacto que a doença tem na sua vida, auxiliando-o a lidar com a situação e prevenir os fatores que possam degradar o processo de envelhecimento, em harmonia com o seu estilo de vida.

Por outro lado, por vezes, os enfermeiros não se sentem à vontade com os idosos e são incapazes de apreciar a sabedoria e a singularidade de cada idoso. O receio da própria velhice leva alguns enfermeiros a evitar os idosos, pensando que assim podem perpetuar a sua juventude. Os sentimentos pessoais sobre o envelhecimento e a idade devem ser explorados, já que os sentimentos negativos ou estereotipados podem comprometer o cuidado que prestam. Atitudes estereotipadas como os pensamentos de que todas as pessoas idosas são confusas, doentes ou que não contribuem em nada com a sociedade, prejudicam o desenvolvimento relacional (Carvalhais, 2006). As rotinas de enfermagem, também não raras vezes, retiram o tempo necessário para promover e proporcionar uma relação de confiança. É necessário ter em mente que o diálogo autêntico é fundamental nesta relação.

Note-se que a utilização de termos técnicos pode não ser muito adequada neste tipo de comunicação. Tanto a demasiada simplificação da linguagem como a utilização de linguagem codificada pode fazer com que os idosos sintam que têm uma incapacidade para compreender, o que pode gerar um efeito constrangedor na relação. A diferente interpretação de significados pode levar à distorção de informação. Quando o idoso percebe, por parte do enfermeiro, uma preocupação crescente no sentido de agir preservando os interesses do utente, a relação torna-se mais agradável e, conseqüentemente, a comunicação mais fluída, propiciando o incremento da confiança entre os seus intervenientes.

Os cuidados de enfermagem no idoso devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos. Devem ser, portanto, cuidados multidisciplinares e multidimensionais (Carvalho, 2009).

O ambiente em que o utente idoso vive, exerce sobre este um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer a sua autonomia e independência. Atualmente, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar o cuidado aos idosos no domicílio. Para muitos idosos a sua casa e a sua família acaba sendo tudo o que possuem, logo é importante destacar os laços estabelecidos com os espaços, com os objetos e com as pessoas como fatores de garantia para a manutenção do seu equilíbrio e sentimento de segurança.

Em contexto de visita domiciliária, a comunicação apresenta-se de forma mais fluída e espontânea, o que permite por parte do enfermeiro observar as relações interpessoais entre o idoso e os membros da família, favorecendo uma avaliação mais aprofundada e real do panorama social e familiar. A interação entre o profissional de saúde e o idoso no seu próprio ambiente possibilita a fortificação relacional em termos de confiança, dado que o enfermeiro surge sempre como um recurso aquando do confronto com alguma dificuldade ou problema (Rosa, 2003). Desta maneira, encontra-se favorecida a interiorização, por parte dos utentes idosos, das recomendações e ensinamentos ministrados pelos enfermeiros.

Quando um idoso vive numa instituição, é importante perceber o que a velhice significa e pode implicar para ele. A par da perda de capacidade funcional e o aumento da dependência, a pessoa sente-se, frequentemente, inadaptada e vivencia sentimentos de solidão, não obstante o facto de viver rodeada de outras pessoas. Nesse caso, o enfermeiro deve analisar e desenvolver aspetos funcionais, sociais e emocionais, bem como promover a autonomia do utente através do incremento das capacidades comunicacionais e do interesse no meio envolvente. Deve promover o bem-estar quer a nível psicossocial quer ao nível da qualidade de vida.

Atualmente defende-se que a pessoa idosa deve viver no seu contexto familiar o máximo de tempo possível, afastando-se cada vez mais a hipótese do recurso à institucionalização, evitando assim a rutura com o meio social e familiar. É

na família que os aspetos físicos, sociais e afetivos são mais evidentes, o que será sem dúvida um fator que contribui para o equilíbrio do idoso e, conseqüentemente, para a sua saúde.

Já nos cuidados continuados, João Tavares e Alcione Silva (2010) esclarecem que, devido a falta de tempo decorrente da sobrecarga de trabalho e da falta de recursos humanos, a disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros aos idosos mostra-se reduzida. A prioridade é dada às atividades de planeamento e intervenção de cariz curativo, não havendo tempo para o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar das pessoas idosas ou a criação de laços relacionais. No entanto, também é notório que a maior parte dos enfermeiros compreendem a importância desta vertente e fazem um esforço redobrado para otimizar a comunicação e a relação de confiança que daí advém.

O serviço de urgência, pelas suas características intrínsecas, pela intensidade de trabalho físico e mental, pela responsabilidade profissional, pela confrontação contínua com a morte e pelas ameaças constantes de perda e fracasso é, por si só, indutor da despersonalização dos cuidados de enfermagem prestados. É indispensável que, ao cuidar de um doente idoso, o enfermeiro conduza as suas atuações de forma a salvaguardar os interesses do utente, respeitando a sua integridade física, psicológica, social e espiritual, o que toma ainda mais relevo quando tudo se reporta a um serviço de urgência (Catita, 2008).

No estudo desenvolvido por Marta Rosa (2003) verificou-se que o utente idoso nota diferenças na execução técnica entre diferentes profissionais de enfermagem, não confiando tanto na execução técnica de enfermeiros desconhecidos, causando um certo desconforto e até frustração entre os elementos da equipa de enfermagem. É certo que a visita de um mesmo profissional facilitaria o ambiente relacional para o idoso, visto que a confiança que se estabelece entre os dois intervenientes se fortalece após cada encontro. O idoso tem a necessidade de comunicar, contudo é essencial que o profissional de saúde o escute e se mostre interessado. Cabe ao enfermeiro desenvolver a sua capacidade de escuta ativa.

O idoso pertence a um grupo populacional que necessita de um leque mais alargado e contínuo de cuidados, que deverão ser efetuados em clima de proximidade. A prática do enfermeiro, além da tecnicidade que lhe está implícita, também deve abordar características de natureza relacional ou psicoafectiva. Reconhecer a importância e conseguir identificar as intervenções que vão de

encontro a esta temática é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança duradoura entre o enfermeiro e o idoso. Segue-se uma listagem de alguns pontos-chave que facilitam a criação ou o desenvolvimento de laços de confiança:

- É essencial que o enfermeiro estimule no idoso a expressão de estados de espírito e sentimentos, sejam estes negativos ou positivos;
- O respeito, por parte do enfermeiro, pelas crenças ou pelas tomadas de decisão do idoso é fundamental;
- A execução correta dos procedimentos técnicos proporciona aos idosos um sentimento de segurança, e conseqüentemente, de confiança;
- O auxílio na resolução de conflitos ou o estímulo à descoberta de novos cenários sociais elevam a autoestima do utente;
- A demonstração de disponibilidade e assertividade por parte do enfermeiro causa impactos positivos na vertente relacional.

Somente através da otimização do processo comunicacional (com a utilização de linguagem verbal e não verbal) tornar-se-á possível a concretização das intervenções acima referidas. As competências de comunicação têm, pois, o potencial para desenvolver uma relação de afinidade entre o enfermeiro e o idoso, baseada na confiança, no suporte e no entendimento, facilitando a coincidência de objetivos entre o profissional de saúde e o utente.

### **Principais conclusões**

Numa sociedade em constante mudança, onde o envelhecimento da população atinge uma proporção relevante não só no nosso país, mas também a nível mundial, a exigência de um conjunto de competências, não exclusivamente técnicas, mas relacionadas com os aspetos sócio-afetivos, polivalentes de cada profissional, implica um conjunto de saberes e competências que se adequem a esta nova realidade.

Todas as alterações que têm ocorrido na área da saúde tendem a proporcionar a reflexão do cidadão acerca do valor e significado das suas tomadas de decisão em relação à sua saúde e da comunidade, no exercício de uma cidadania responsável que promova a dignidade de todos os idosos, onde se

incentiva a autonomia individual e se combate qualquer tipo de dependência ou exclusão social.

Cuidar da pessoa idosa representa uma tarefa complexa e exige polivalência. O enfermeiro deve procurar entender o processo de envelhecimento, como sendo um fenómeno normal que leva a um aumento da fragilidade, vulnerabilidade e conseqüente aumento do grau de dependência e diminuição de autonomia. O enfermeiro deve ainda estar consciente que nos idosos, qualquer agressão, ainda que mínima, à sua integridade, corre o risco de provocar um desequilíbrio global irreparável. No contexto de trabalho o enfermeiro deve dar igual ênfase à componente relacional e técnica, existentes no paradigma do cuidar. Esta nova perspectiva de cuidados, que implica um conjunto de respostas integradas e multidisciplinares, proporciona o desenvolvimento de serviços e recursos que possibilitam a manutenção da saúde física, psíquica e social do utente e permite responder à complexidade e diversidade de situações daí decorrentes.

O cerne desta questão está, pois, na consciencialização de toda a classe profissional, da necessidade de uma visão integral e personalizada dos cuidados ao idoso. Ser enfermeiro exige o desenvolvimento de competências a vários níveis. Além do “saber-fazer”, o “saber-ser” revela-se, neste âmbito, fulcral. Ao desenvolverem o “saber-ser”, os enfermeiros promovem o seu crescimento pessoal e o daquele a quem prestam cuidados, contribuindo sempre a melhoria da qualidade de vida. O reconhecimento pela pessoa idosa, da manifestação deste “saber-ser” evidencia-se pela referência à relação enquanto suporte de apoio, conforme deixam transparecer através da demonstração de confiança.

## **Referências bibliográficas**

[1] Carvalhais M. *Relação Enfermeiro-Idoso: Valores e Crenças*. Dissertação de Mestrado. 2006. Disponível em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt>

[2] Carvalho E. *Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade*. In *Encontro Psicogeriátrico do Porto*. 2009. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt>

[3] Catita P. *As Representações Sociais dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Face ao Doente Idoso*. Dissertação de Mestrado. 2008. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt>

[4] Dinis, R. *A Família do Idoso: O Parceiro Esquecido? - Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família: Perspetivas dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. 2006. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt>

[5] Ribeiro P, Costa M. *O Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar: Contributos Para Uma Revisão Sistemática da Literatura*. Rev. Enf. Ref. 2012. Vol. III, Nº 7, pp. 149-158. Disponível em SciELO.

[6] Rosa M. *O Enfermeiro e a Prestação de Cuidados Domiciliários: Um Estudo na Sub-região de Saúde de Santarém*. Dissertação de Mestrado. 2003. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt>

[7] Tavares J, Silva A. *Barreiras e Soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: Perceções de Enfermeiros (as)*. Rev. Enf. Ref. 2010. Vol. III, Nº 1, pp. 17-28. Disponível em SciELO.



**APÊNDICE XI**  
AÇÃO DE FORMAÇÃO NO HDO: Dor oncológica





## DOR

*“Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou descrita em função dessa lesão.”*

*International Association for the Study of Pain (IASP), 1979*

**Neoplasias não metastizadas - 15%**

**Neoplasia em fase terminal – 80%**

*International Association for the Study of Pain (IASP), 2009*

---



**TUMOR - 65-85%**

**TRATAMENTOS – 15-25%**

**CO-MORBILIDADES - 3-10%**

*International Association for the Study of Pain (IASP), 2009*

---



## IMPACTO DA DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO

Diminuição da autonomia

Desafio à dignidade

Sensação de morte próxima

Diminuição da qualidade de vida

Sensação de agravamento do prognóstico



## PATOGÉNESE

DOR NOCICEPTIVA

| SOMÁTICA

| VISCERAL

DOR NEUROPÁTICA



## DOR ONCOLÓGICA

DOR BASAL

DOR IRRUPTIVA

DOR “de final de dose”

## Dor IRRUPTIVA

- *A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação passageira da dor que se sobrepõe a um fundo de dor persistente estável*

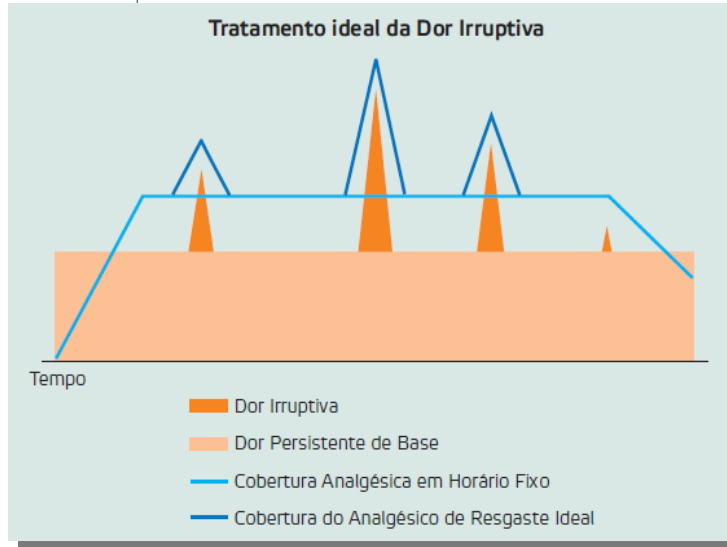
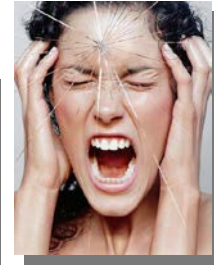
- *Pode ser dividida em :*

*Dor* Incidental: tem um evento precipitante identificável (ex., pôr-se em pé, andar, tossir)

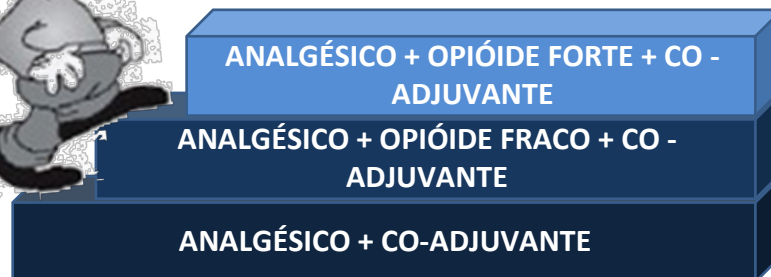
*Dor* Espontânea: surge sem causa precipitante identificável.

**“NUNCA UTILIZAR OPIOIDES DE ACÇÃO  
RETARDADA”**

## DOR IRRUPTIVA



## ESCALA ANALGÉSICA OMS



## OPIÓIDES



OPIÓIDES MINOR

OPIÓIDES MAJOR

## Opióides Minor

CODEÍNA

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

ORAL (Codaten<sup>®</sup>, Dolu-ron Forte<sup>®</sup>)

RETAL



Existe em associação com outras substâncias

Potência analgésica 10 X inferior à Morfina

Dose máxima diária recomendada: 240mg

TRAMADOL

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- ORAL/ORODISPERSIVEL
- IV
- IM
- SC
- RETAL



Várias dosagens e posologias

5 X menos potente que a Morfina

Dose máxima diária recomendada: 400mg

MORFINA

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- ORAL (MST®, Sevredol®, Oramorph®)
- IV
- IM
- RETAL
- INTRATECAL
- EPIDURAL



Todos os opióides são equiparáveis à potência analgésica da Morfina

FENTANILO

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- IV
- SUBLINGUAL (Abstral®-Intervalos de 4/4 horas)
- TRANSMUCOSA (Actiq®-Intervalos de 4/4 horas)
- TRANSDÉRMICA (Durogesic® :Aplicação 3/3 dias)



100 X mais potente que a Morfina

BUPRENORFINA

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- TRANSDÉRMICA (Transtec®, 3/3 dias e meios)



60 X mais potente que a Morfina

## HIDROMORFONA

### VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

ORAL (Jurnista®)

1 cp nas 24 horas



5 X mais  
potente que a  
Morfina

## TAPENTADOL



### VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

ORAL (Palexia®)

Aminisitração 12/12 h

## TARGIN- Oxicodona/naloxona

### VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

ORAL

Administração 12/12 h

## Curiosidades Práticas dos Opióides

### Administração de Metoclopramida EV como profilaxia de náuseas e vômitos induzidos por Analgésicos Opióides por via parentérica

#### Low Incidence of Nausea and Vomiting With Intravenous Opiate Analgesia in the ED

RICHARD PAOLONI, MBBS AND JANET TALBOT-STERM, MD

Two double-blind, placebo-controlled, prospective randomized trials in the emergency department (ED) setting have examined the use of metoclopramide for the prevention of opiate-induced nausea and vomiting. Both showed a low incidence of vomiting in the control groups. In a prospective observational study in 205 unselected ED patients with acute pain syndromes measured nausea and vomiting before intravenous opiate administration and 30 and 60 minutes posttreatment. Cumulative incidence of vomiting was 1.5% at 30 minutes and 2.4% at 60 minutes. Corresponding figures for nausea were 4.9% at 30 minutes and 9.3% at 60 minutes, with more than 75% of patients rating their nausea as mild. Prevalence of both nausea and vomiting were higher at baseline than after analgesia. These data support the findings of previous randomized trials that the incidence of nausea and vomiting after intravenous opiate analgesia in the ED is low and argues against routine use of prophylactic antiemetic administration in combination with opiate analgesia. (Am J Emerg Med 2002;20:604-608. Copyright 2002, Elsevier Science (USA). All rights reserved.)

Routine use of prophylactic metoclopramide with parenteral opiates has become common practice in many emergency departments (EDs). We recently conducted a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial that showed that prophylactic metoclopramide was unnecessary as an adjunct to intravenous (IV) morphine or pethidine (meperidine) used for pain relief in ED patients with an acute pain syndrome of any cause.<sup>1</sup> A similarly designed

parenteral morphine or pethidine (meperidine) were eligible for the study. Their criteria, with data also collected on parenteral antiemetics in conjunction with opiates period. Formal informed consent was not obtained because the study was observational in nature. It was limited to completion of a pain score of 3 or less, which they were free to decline medications, including orally administered parenteral nonopiate analgesics, were at the discretion of the treating physician.

Guidelines were developed to provide prescription of opiates and antiemetic were encouraged, but not obliged, to follow. Guidelines were as follows: (1) any patient with a pain score of 3 or less who was unable to be given IV and titrated to effect should not be given as a routine; and (2) reasonable for severe nausea, vomiting, which vomiting would have serious consequences, raised intracranial pressure, wound debridement, or who developed significant nausea or vomiting should be given antiemetic medication.

The incidence of vomiting after the administration of IV opiate analgesia for acute pain syndromes is 2.4% in an unselected ED population. Such a low risk of emesis does not warrant the prophylactic use of antiemetic medication, except in rare circumstances in which vomiting may have significant adverse effects on the clinical condition. Routine use of prophylactic antiemetics at the time of opiate administration should be abandoned.

### Administração de Metoclopramida EV como profilaxia de náuseas e vômitos induzidos por Analgésicos Opióides por via parentérica



Emergency Medicine Australasia (2011) 23, 452-457

doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01433.x

Establishing this baseline incidence would greatly assist in determining the generalizability of the results of this

### Não administrar Metoclopramida EV como profilaxia de náuseas e vômitos induzidos por Opióides (via parentérica)

the emergency setting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Paul M Simpson, Jason C Bendall and Paul M Middleton  
Ambulance Research Institute, Ambulance Service of New South Wales, Rozelle, New South Wales, Australia

side effects are not infrequent. Although Tamboek *et al.* and Bradshaw *et al.*<sup>23</sup> reported that there were no adverse side effects in their respective studies, Talbot-Stern and Paoloni<sup>4</sup> reported an adverse event rate of 8% in the metoclopramide group (including one dystonic reaction)

### Administração de Petidina no tratamento da Dor Crônica

#### Does pethidine still have a place in therapy?

Allan Molloy, Director, Chronic and Cancer Pain Program, University of Sydney Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, Sydney

#### SYNOPSIS

In chronic pain management, the general consensus at present is that pethidine has no role to play. There is a myriad of other options including spinal implants, long-acting opioid preparations for nociceptive pain or the newer drugs for neuropathic pain. In all cases ruling out new or undiagnosed pathology and early consideration of the role of psychosocial factors is important. Pethidine can be used to treat acute pain for a short time. After this time other options should be considered due to the risk of accumulation of norpethidine and the potential adverse sequelae. If pethidine is used in episodes of recurrent pain such as migraine, patients can become overly reliant on this medication. The resultant drug-seeking behaviour can be very difficult to treat.

taking monoamine oxidase inhibitors because of the risks of respiratory depression, hypertension and possibly coma.

#### Acute pain

Pethidine is effective for intra-operative and postoperative analgesia and is used as a premedication. In acute pain pethidine acts on opioid receptors to inhibit pain-generating impulses in afferent Aδ and C fibres. At equi-analgesic doses pethidine produces less smooth muscle contraction in the biliary tract and less of a rise in the common bile duct pressure than morphine.<sup>1</sup> It also causes less urinary retention and constipation than morphine. Pethidine is not recommended for conditions such as migraine.<sup>2</sup>

#### Alternatives to pethidine for acute pain

### Administração de Petidina no tratamento da Dor Crónica

#### Dolantina®

Cloridrato de petidina

Uso intramuscular, subcutâneo ou intravenoso

Uso adulto

Compos

Infere

Indic

etiolo

da m

durar

ao pr

### Não administrar Petidina no tratamento da Dor Crónica

**Contraindicações** - DOLANTINA não deve ser utilizada em pacientes com alterações do centro respiratório, aumento da pressão intracraniana, alteração da consciência, dependência de drogas, medicamentos ou álcool, ou em casos de hipotensão devido à hipovolemia. A petidina não deve ser administrada para tratamento da dor crónica. A petidina deve ser administrada somente no tratamento de episódios agudos de dor moderada a grave, para prevenir reações adversas secundárias devido ao acúmulo do metabólito norpetidina. A petidina deve ser administrada com cuidado a pacientes com as seguintes condições: Dano craniano ou aumento da pressão intracraniana; função respiratória prejudicada. Hipotensão e hipovolemia; taquicardia supraventricular; diminuição da consciência; histórico de convulsões; hipotireoidismo; os analgésicos opioides podem diminuir a produção de tiotropina pelo hipotálamo. Insuficiência adrenocortical: os opioides podem diminuir a produção de cortisol. Hipertrofia prostática ou estreitamento anormal da uretra devido ao risco de retenção urinária; condições abdominais agudas: a administração de petidina, ou outros narcóticos, pode mascarar o diagnóstico ou o tratamento clínico em pacientes nessas condições. Combinação com depressores do sistema nervoso central (SNC): quando a petidina é usada com depressores do SNC como morfina, barbitúricos, benzodiazepínicos, há um aumento do risco de depressão respiratória que pode ser fatal. A petidina tem um potencial para produzir dependência. Podem ocorrer tolerância, dependência

**Precauções e advertências** - DOLANTINA não deve ser utilizada em pacientes nos quais a depressão respiratória deve ser evitada e em pacientes com alterações do centro respiratório, aumento da pressão intracraniana, alteração da consciência, dependência de drogas, medicamentos ou álcool, ou em casos de hipotensão devido à hipovolemia. A petidina não deve ser administrada para tratamento da dor crónica. A petidina deve ser administrada somente no tratamento de episódios agudos de dor moderada a grave, para prevenir reações adversas secundárias devido ao acúmulo do metabólito norpetidina. A petidina deve ser administrada com cuidado a pacientes com as seguintes condições: Dano craniano ou aumento da pressão intracraniana; função respiratória prejudicada. Hipotensão e hipovolemia; taquicardia supraventricular; diminuição da consciência; histórico de convulsões; hipotireoidismo; os analgésicos opioides podem diminuir a produção de tiotropina pelo hipotálamo. Insuficiência adrenocortical: os opioides podem diminuir a produção de cortisol. Hipertrofia prostática ou estreitamento anormal da uretra devido ao risco de retenção urinária; condições abdominais agudas: a administração de petidina, ou outros narcóticos, pode mascarar o diagnóstico ou o tratamento clínico em pacientes nessas condições. Combinação com depressores do sistema nervoso central (SNC): quando a petidina é usada com depressores do SNC como morfina, barbitúricos, benzodiazepínicos, há um aumento do risco de depressão respiratória que pode ser fatal. A petidina tem um potencial para produzir dependência. Podem ocorrer tolerância, dependência



## Os enfermeiros devem

Conhecer as **várias apresentações de Opióides existentes no mercado**, para que possa fazer correctamente **o ensino ao doente, no que diz respeito à forma de administração, nomeadamente dos cuidados a ter na administração de medicamentos por via sublingual, transmucosa e transdérmica**

---

## Os enfermeiros devem

- Reconhecer **os efeitos secundários possíveis e efectivos dos opióides, para que ajude o doente a gerilos, nomeadamente a obstipação- porque quando mal controlada gera um desconforto tão grande ou maior que a dor do doente**
  - **Desmistificar os mitos e ideias erradas que os doentes possam ter acerca dos opioides**
-

## Os enfermeiros devem

- **Incentivar e ajudar o doente na adesão e gestão do seu regime terapêutico, nomeadamente explicando a necessidade de cumprir os Opióides a horas certas, ou no caso dos SOS com intervalos mínimos obrigatórios, explicando ao próprio doente os riscos de ele próprio fazer uma incorrecta gestão do regime terapêutico**
- 
- 

## Os enfermeiros devem

- **Explicar ao doente a importância de se empenhar na avaliação correcta da sua dor, explicando-lhe que uma subavaliação condiciona a um subtratamento e que uma sobreavaliação condiciona a um sobretratamento, pois os riscos de uma sobredosagem podem ser evitados mediante ensinamentos de enfermagem**
- 
-

## Analgésicos de ação central, para o tratamento da Dor Crônica

Substância	Formas de Apresentação	Dosagens	Posologia	Terapêutica para tratar
Buprenorfina	Transdérmica	35 µg/h; 52,5 µg/h; 70 µg/h	de 96 h em 96 h; ou 2 dias fixos da semana	Dor Basal
Fentanilo	Transdérmica	12 µg/h; 12,5µg/h; 25 µg/h; 50 µg/h; 75 µg/h; 100 µg/h	De 72 horas em 72 horas	Dor Basal
	Transmucoso	200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg, 1200 µg, 1600 µg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
	Sub-lingual	100 µg, 200 µg, 300 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
	Hidromorfona	Comprimidos de Liberação Prolongada (sistema OROS)	4 mg, 8 mg, 16 mg, 32 mg, 64 mg	1 comprimido / dia
Sulfato de Morfina	Comprimidos de Liberação Prolongada	10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
	Comprimidos de Liberação Rápida	10 mg, 20 mg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
	Solução Oral	Ampolas bebíveis de 10 mg e 30 mg Gotas: 20 mg/ml (4 gotas = 5 mg)	De 4 h em 4 h De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva Dor Irruptiva
Tapentadol	Comprimidos de Liberação Prolongada	50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
Tramadol	Comprimidos de Liberação Prolongada	100 mg, 150 mg, 200 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
	Cápsulas	50 mg	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor Irruptiva
	Solução Oral	Gotas orais, solução (com conta-gotas ou bomba doseadora) de 50 mg por 0,5 ml = correspondente a 20 gotas ou 4 actuações da bomba doseadora	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor Irruptiva
	Supositórios	100 mg	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor Irruptiva
	Solução injectável	100 mg/2 ml	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Irruptiva

pain is inevitable  
suffering is optional

- haruki murakami -



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

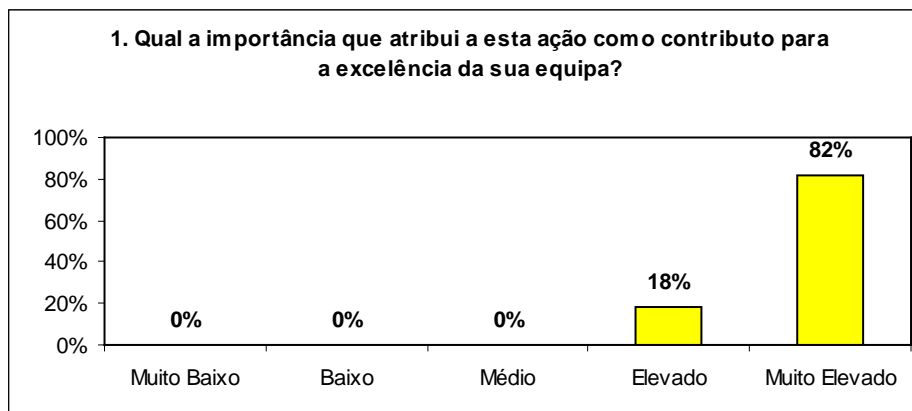
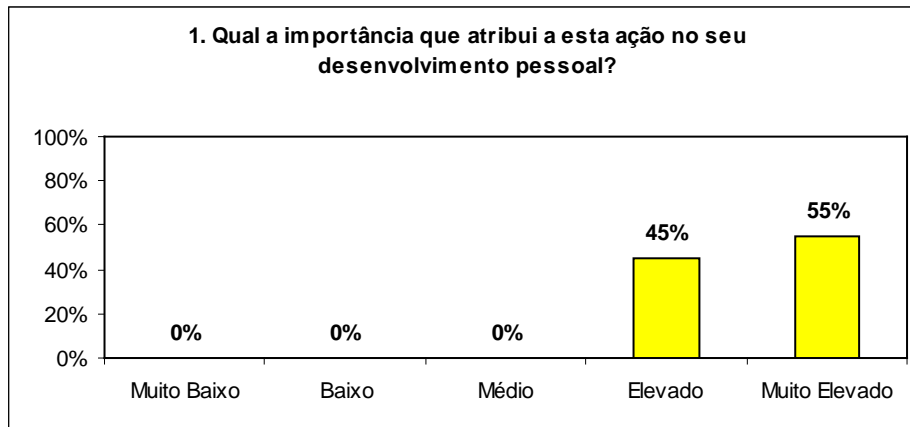
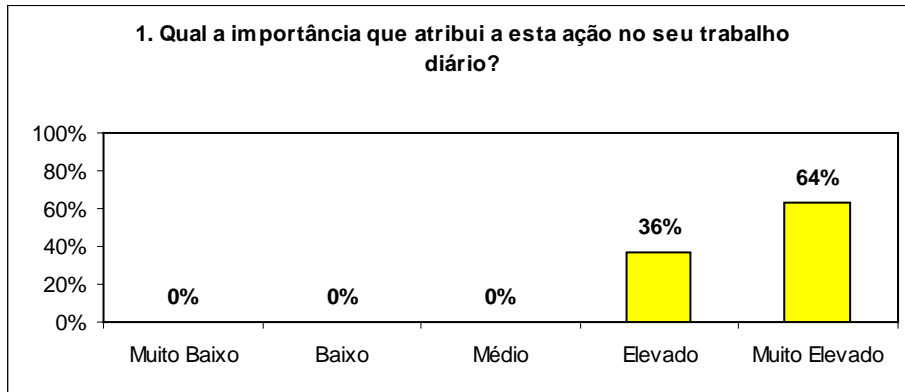
- *International Association for the Study of Pain (IASP), 1979*
  - *International Association for the Study of Pain (IASP), 2009*
  - *Despacho n.º 10279/2008, de 11 de Março, do Ministério da Saúde, publicado na Parte C do DR, IIª Série n.º 69, de 8 de Abril*
  - *Despacho n.º 5824/2011, do Ministério da Saúde, publicado na Parte C do DR, Iª Série 66, de 4 de Abril*
- 
- 

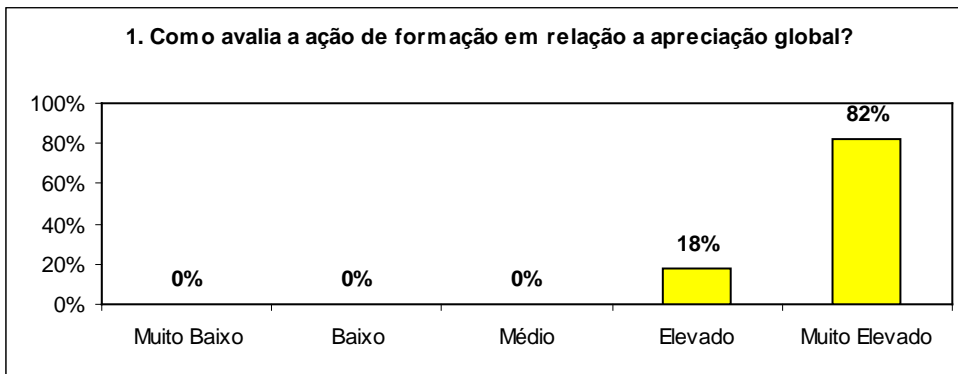
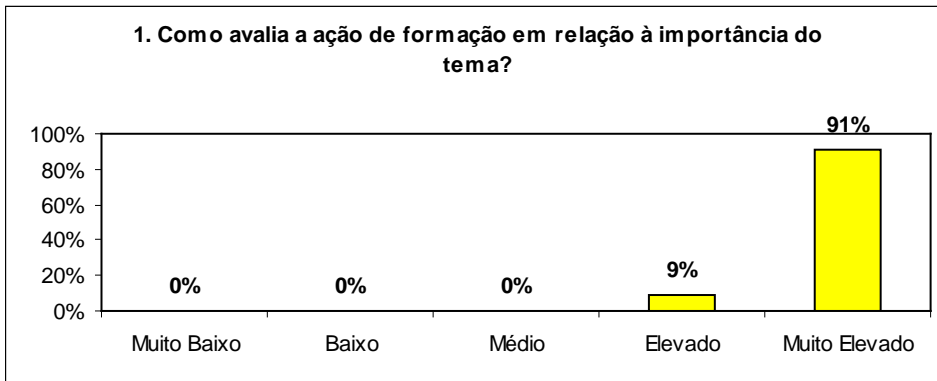
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *Ângela Sofia Lopes Simões. Artigo de Revisão. Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):166-71. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):166-71.*
  - *Carla Alves Costa et al. Artigo de Revisão. Dor Oncológica. Rev Port Pneumol 2007; XIII (6): 855-867*
- 
-

**APÊNDICE XII**  
ANÁLISES DOS RESULTADOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: Dor  
oncológica







## **APÊNDICE XIII**

**CARTAZ – ANALGÉSICOS–OPIÓIDES DE AÇÃO CENTRAL**



## Analgésicos – OPIÓIDES- de ação central, para o tratamento da Dor Crónica- Oncológica

Substância	Formas de Apresentação	Dosagens	Posologia	Terapêutica para tratar
Buprenorfina	Transdérmica	35 µg/h; 52,5 µg/h ; 70 µg/h	de 96 h em 96 h; ou 2 dias fixos da semana	Dor Basal
Fentanilo	Transdérmica	12 µg/h; 12,5µg/h; 25 µg/h; 50 µg/h; 75 µg/h; 100 µg/h	De 72 horas em 72 horas	Dor Basal
	Transmucoso	200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg, 1200 µg, 1600 µg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
	Sub-língual	100 µg, 200 µg, 300 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
Hidromorfona	Comprimidos de Libertação Prolongada (sistema OROS)	4 mg, 8 mg, 16 mg, 32 mg, 64 mg	1 comprimido / dia	Dor Basal
Sulfato de Morfina	Comprimidos de Libertação Prolongada	10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
	Comprimidos de Libertação Rápida	10 mg, 20 mg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
	Solução Oral	Ampolas bebíveis de 10 mg e 30 mg	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
		Gotas: 20 mg/ml (4 gotas = 5 mg)	De 4 h em 4 h	Dor Irruptiva
Tapentadol	Comprimidos de Libertação Prolongada	50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
Tramadol	Comprimidos de Libertação Prolongada	100 mg, 150 mg, 200 mg	De 12 h em 12 h	Dor Basal
	Cápsulas	50 mg	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor irruptiva
	Solução Oral	Gotas orais, solução (com conta-gotas ou bomba doseadora) de 50 mg por 0,5 ml = correspondente a 20 gotas ou 4 actuações da bomba doseadora	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor irruptiva
	Suositórios	100 mg	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Basal e/ou Dor irruptiva
	Solução injectável	100 mg/2 ml	de 6 h em 6h ou de 8 h em 8 h	Dor Irruptiva



## **APÊNDICE XIV**

**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE REVISÃO SISTEMÁTICA  
DE LITERATURA: Mitos em relação à utilização de opióides para o  
controlo da dor**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**MÓDULO III: ESTÁGIO HDMO- HBA**

*Aluna: Elvira Inmaculada Chamizo Acedo*

*Orientador: Enf. Pedro Vivas*

*Professora: Patrícia Pontífice*



# MITOS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES PARA O CONTROLO DA DOR

## Mitos em relação à utilização de opióides para o controlo da dor

*Revisão literária que tem por objetivo principal determinar os mitos em relação à utilização de opióides para o controlo da dor.*

*Palavras-chave: opióides, dor, mitos.*

## Metodologia



*“Quais os mitos (outcome) em relação à utilização dos opióides no controlo da dor (intervention) em adultos (population)?”*

*Método PI(C)O*

## Metodologia

EBSCO

SciELO

### *Critérios de inclusão:*

- ❖ *Real relação com a temática abordada;*
- ❖ *Metodologia utilizada;*
- ❖ *Explicação das ideias e conceitos através de linguagem clara e objetiva.*

### *Critérios de exclusão:*

- ❖ *Repetição de temas e/ou abordagens;*
- ❖ *Data de publicação anterior a 2008;*
- ❖ *Informação dispersa ou pouco consistente.*

## Metodologia

EBSCO

SciELO

De um total  
de 54  
resultados

Foram  
selecionados  
9 estudos

## Resultados



### *Opioids, pain management and LTC (2012)*

- ❖ *Nível de evidência VI - evidência obtida através da opinião de autoridades respeitadas e/ou consenso de painéis de peritos.*
- ❖ *n = 3 especialistas no campo da gestão da dor.*
- ❖ *Entrevista estruturada, tendo por base questões pré-determinadas.*
- ❖ *São desvendados alguns mitos associados à dor na população idosa, destacando os desafios nas unidades de cuidados de longa duração e também é abordada a questão da prescrição de opióides.*

## Resultados



### *Opioid-induced hyperalgesia: fact or fiction? (2008)*

- ❖ *Nível de evidência V - relatórios de cuidados/avaliação de programas, revisões bibliográficas narrativas.*
- ❖ *n = 15 estudos.*
- ❖ *Revisão da literatura sobre hiperalgesia induzida por opióides.*
- ❖ *Reunião de provas que sugerem que os opióides podem causar hiperalgesia induzida. Conclui que a diferenciação clínica entre hiperalgesia induzida por opióides e tolerância por vezes pode se tornar complicada.*

## Resultados



### *Opioids in Cancer Pain (2010)*

- ❖ *Nível de evidência V - relatórios de cuidados/avaliação de programas, revisões bibliográficas narrativas.*
- ❖ *Revisão do livro "Opioids in Cancer Pain", de Janet Hardy, Columba Quigley, Paul Glare e Mellar Davis.*
- ❖ *Elucidação sobre a necessidade da avaliação precisa das questões complexas relacionadas com a dor em pacientes que sofram de cancro, seguida de escolhas racionais na prescrição de medicação, que muitas vezes incluiu a terapêutica opióide.*

## Resultados



### *Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide (2008)*

- ❖ *Nível de evidência V - relatórios de cuidados/avaliação de programas, revisões bibliográficas narrativas.*
- ❖ *Revisão do livro "Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide" de Scott Fishman.*
- ❖ *Conclui que a correta gestão de opióides para o controlo da dor fornece melhorias significativas na qualidade de vida de muitos pacientes. Fazer isso de forma eficaz e segura torna-se fulcral.*

## Resultados



### *Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica (2012)*

- ❖ *Nível de evidência IV - estudos não experimentais.*
- ❖ *n = 53 estudos.*
- ❖ *Pesquisa de literatura sobre a influência dos opióides nas respostas imunológicas, publicada na base de dados Medline.*
- ❖ *São identificados mecanismos de liberação dos opióides endógenos e a modulação da resposta imune aos opióides exógenos na dor aguda e crónica, sempre associados às implicações clínicas e sua aplicabilidade na rotina de atendimento.*

## Resultados



### *Uso e rotação de opióides para dor crónica não oncológica (2012)*

- ❖ *Nível de evidência IV - estudos não experimentais.*
- ❖ *n = 23 estudos.*
- ❖ *Revisão de artigos sobre o uso e rotação de opióides para dor crónica não oncológica, na última década.*
- ❖ *Verificação do facto de que o uso de opióides potentes é controverso e que não são recomendados como medicamentos de primeira linha devido à possibilidade de dependência.*

## Resultados



### *Dependência de opióide em pacientes com dor crônica (2011)*

- ❖ *Nível de evidência IV - estudos não experimentais.*
- ❖ *n = 36 estudos.*
- ❖ *Revisão de artigos sobre o uso de opióides em pacientes com dor crônica não oncológica, nos últimos 12 anos.*
- ❖ *Revela que embora os opióides sejam úteis no tratamento da dor crônica não oncológica, há reservas, principalmente devido ao abuso e dependência.*

## Resultados



### *Opióides, sexo e gênero (2011)*

- ❖ *Nível de evidência IV - estudos não experimentais.*
- ❖ *n = 41 estudos.*
- ❖ *Revisão da literatura sobre a relação entre opióides, sexo e gênero, nos últimos anos.*
- ❖ *Demonstração de que a experiência à dor difere entre homens e mulheres, bem como na resposta à ativação do sistema opióide e seus efeitos analgésicos.*

## Resultados



### *Hiperalgisia induzida por opióides - HIO (2010)*

- ❖ *Nível de evidência IV - estudos não experimentais.*
- ❖ *n = 40 estudos.*
- ❖ *Revisão da literatura sobre hiperalgisia induzida por opióides, nas últimas décadas.*
- ❖ *Revela que a circunstância pela qual os opióides, utilizados para o controle da dor, podem ser causadores de hiperalgisia não está inteiramente esclarecida.*

## Bibliografia



- ❖ *Mito. Definição em Britannica Encyclopedia. Online version. 2013*
- ❖ *Dor. Definição em Britannica Encyclopedia. Online version. 2013*
- ❖ *Das K. Opioids, pain management and LTC. Long-Term Living: For the Continuing Care Professional. 2012. Vol. 61 Issue 9, pp. 26-30. Disponível em Academic Search Premier.*
- ❖ *Fallon M, Colvin L. Opioid-induced hyperalgisia: fact or fiction? Palliative Medicine. 2008. Vol. 22 Issue 1, pp. 5-6. Disponível em Academic Search Premier.*
- ❖ *Selvaggi K. Opioids in Cancer Pain. Journal of Palliative Medicine. 2010. Vol. 13 Issue 7, pp. 909. Disponível em Academic Search Premier.*
- ❖ *Fishman S. Responsible Opioid Prescribing: A Physician's Guide. Pain Medicine. 2008. Vol. 9 Issue 6, pp. 759-760. Disponível em Academic Search Premier.*

## Bibliografia



- ❖ Garcia J, Cardoso M, Santos M. Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2012. Vol. 62 n°. 5. Disponível em SciELO.
- ❖ Kraychete D, Sakata R. Uso e rotação de opióides para dor crônica não oncológica. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2012. Vol. 62 n°. 4. Disponível em SciELO.
- ❖ Nascimento D, Sakata R. Dependência de opióide em pacientes com dor crônica. *Rev. Dor.* 2011. Vol. 12 n°. 2. Disponível em SciELO.
- ❖ Palmeira C, Ashmawi H, Junior J, Posso I. Opióides, sexo e gênero. *Rev. Dor.* 2011. Vol. 12 n°. 2. Disponível em SciELO.
- ❖ Leal P, Clivatti J, Garcia J, Sakata R. Hiperálgia induzida por opióides (HIO). *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2010. Vol. 60 n°. 6. Disponível em SciELO.



**APÊNDICE XV**  
INFORMAÇÃO DE APOIO AO CLIENTE/FAMÍLIA EM TRATAMENTO  
COM SISTEMAS TRANSDÉRMICOS



## **INFORMAÇÃO DE APOIO AO CLIENTE/FAMÍLIA AO TRATAMENTO COM OPIOÍDES EM SISTEMAS TRANSDÉRMICOS**

### **1. PREPARAÇÃO DA PELE**

- Aplicar sobre pele não irritada e numa superfície lisa, sem pelos e cicatrizes.
- Os pelos devem ser cortados com uma tesoura e não rapados para não danificar a pele
- A pele deve estar seca e limpa antes da aplicação para assegurar uma aderência adequada
- A pele deve ser lavada apenas com água não devendo ser utilizado sabão ou qualquer outro produto de limpeza
- Secar a pele sem friccionar
- Antes da aplicação evitar a utilização de produtos de cuidados da pele (cremes, óleos, etc.) pois podem reduzir a aderência do sistema

### **2. LOCAIS DE APLICAÇÃO**

- Colocar numa zona de onde a pele seja menos sensível (ex. costas, braços, pernas, tórax)
- Alternar local em cada troca do sistema para permitir a regeneração da pele;

### **3. COMO COLOCAR**

- Aplicar imediatamente após ter sido retirado da saqueta;
- Retirar cuidadosamente metade da película do STD
- Colocar o STD na zona seleccionada e retirar o resto da película
- Pressionar firmemente sobre a pele com a palma da mão durante cerca de 30 segundos;

### **4. REMOÇÃO**

- Remover devagar puxando na diagonal, em paralelo com a superfície da pele.

## 5. CUIDADOS A TER

- Limpar com água e aplicar um produto para cuidados da pele
- Aplicar um novo STD em local diferente do anterior
- O STD não é afectado por banho, duche ou natação;
- Não expor a calor excessivo (sauna, praia, solário, radiação infravermelha)
- Esperar no mínimo sete dias para aplicação de novo sistema no mesmo local
- Se se esquecer de retirar o STD deve retirá-lo e aplicar um novo em local diferente;
- Se o STD cair deverá aplicar imediatamente um novo em local diferente mantendo o mesmo dia de mudança
- Mudar STD apenas segundo esquema indicado pelo profissional de saúde

**Aluno:** Elvira Chamizo Acedo

**Orientador:** Enf. Pedro Vivas

**Professora:** Patrícia Pontífice de Sous

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

TABELA PICO: Descrição da estratégia



**Tabela PICO**

<b>Acrónimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>P</b>	Paciente ou problema	Paciente isolado ou grupo de pacientes em condições específicas ou com problemas ao nível da saúde.
<b>I</b>	Intervenção	Tipo de intervenção face ao problema apresentado. Intervenção terapêutica; preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada com questões económicas.
<b>C</b>	Controlo ou Comparação	Caracteriza-se como um tipo de intervenção padrão, sendo na mais usual ou nenhuma intervenção.
<b>O</b>	Desfecho ( <i>outcomes</i> )	Resultado esperado.

Fonte: *Elaboração própria*



**ANEXO II**  
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

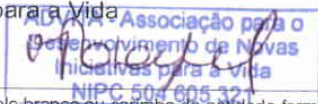


## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Elvira Inmaculada Chamizo Acedo, natural de Espanha, nascido/a a 24/10/1976, nacionalidade Espanhola, portador do bilhete de identidade nº 52966930 emitido pelo Arquivo de Identificação de Badajoz em 05/10/2007, concluiu com aproveitamento em 25/05/2013, o Curso de Formação Profissional Curso de Suporte Básico de Vida 2013 que decorreu em 25/05/2013 no/a Hospital Beatriz Ângelo com a duração total de 3 horas, tendo obtido a classificação final de Aprovado numa escala de aprovado/reprovado.

Lisboa, 25 de Maio de 2013

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida



ADVITA - Associação para o  
Desenvolvimento de Novas  
Iniciativas para a Vida  
NIPC 504 605 321

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 1960/2013

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



**ANEXO III**

CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WORKSHOP PAIN EDUCATION



# PAIN EDUCATION

## Workshop



### CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que ELVIRA INMACULADA CHAMIZO ACEDO  
participou no Workshop PAIN EDUCATION que se realizou no dia 04 de Outubro de 2013, em Lisboa,  
com a duração de 4 horas.

Dr.<sup>a</sup> Rita Santos  
Coordenadora do Curso

Dr. José Tempero  
Fundação Grinthal

#### PROGRAMA

- Classificação da Dor
- Fisiologia da Dor
- Cronificação da Dor
- Avaliação da Dor
- Farmacologia da Dor



**ANEXO IV**  
CERTIFICADO DE PRESENÇA NO IV CONGRESSO  
INTERDISCIPLINAR DE DOR

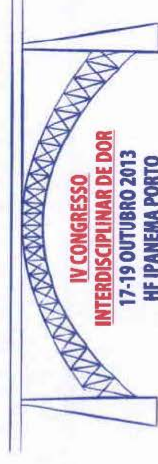




**APED**

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

**“ESTA DOR É  
INSUPORTÁVEL.”**  
— É possível mudar a vida dos nossos doentes.



**IV CONGRESSO  
INTERDISCIPLINAR DE DOR  
17-19 OUTUBRO 2013  
HF IPANEMA PORTO**

# CERTIFICADO

***Elvira Chanizo***

Participou no **IV CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DE DOR**, que se realizou  
no **HF IPANEMA PORTO**, nos dias 17, 18 e 19 de Outubro de 2013.

Porto, 19 de Outubro de 2013

**Dr. Duarte Correia**  
*Presidente da APED*



**ANEXO V**  
**ESCALA BPS**



### **Quadro I – A Behavioral Pain Scale Analisa:**

---

#### **Expressão facial**

- Relaxada: 1
- Parcialmente tensa: 2
- Totalmente tensa: 3
- Fazendo careta: 4

#### **Movimentos dos membros superiores**

- Relaxado: 1
- Parcialmente flexionado: 2
- Totalmente flexionado: 3
- Totalmente contraído: 4

#### **Ventilação mecânica**

- Tolerando movimentos: 1
  - Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2
  - Lutando contra ventilador: 3
  - Impossibilidade de controle do ventilador: 4
-



## **ANEXO VI**

### **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO**



### Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da ação de formação)

Designação do Curso: _____	Data: _____
Nome do formando (facultativo) _____	
Local formação: _____	

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

<b>Muito Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio</b>	<b>Elevado</b>	<b>Muito Elevado</b>
1	2	3	4	5

Por Favor assinala no respetivo  na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

#### 1 – Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário					
No seu desenvolvimento pessoal					
Na excelência da sua equipa					

#### 2 – Como avalia a ação de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta ação de formação

---



---

Pontos fracos desta ação de formação

---



---

Ações de formação em que gostaria de participar

---



---



**ANEXO VII**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 12º CONVÊNIO DA ASTOR



# 12<sup>o</sup> Convénio da ASTOR

21<sup>as</sup> Jornadas Unidade de Dor  
do Hospital Garcia de Orta



## Certificado

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

**ELVIRA INMACULADA CHAMIZO ACEDO**

*participou no 12<sup>o</sup> Convénio da Astor,  
21<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta,  
realizadas no dia 31 de Janeiro de 2014,  
na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.*

*Lisboa, 31 de Janeiro de 2014*

A Organização

*Rui Costa*  
Dr. Rui Costa



