



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Catarina Fernanda Rodrigues Alves

**A DOR NO DOENTE TERMINAL:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO**

**I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos
Mestrado em Cuidados Paliativos**

**Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira**

Junho 2013

RESUMO

A dor é uma experiência pessoal, influenciada por vários fatores em que a percepção sensorial e emocional acrescenta dificuldades na sua avaliação.

A avaliação e o controlo da dor é um dever do enfermeiro e tem como objetivos proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida. A sua intervenção na vigilância da dor é fundamental pois é capaz de prever um evento doloroso intervindo com estratégias que aliviem ou reduzam a dor para níveis considerados aceitáveis para a pessoa.

Este estudo teve por finalidade contribuir para um conhecimento aprofundado sobre as estratégias e recursos, utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação e controlo da dor no doente terminal e como objetivos identificar as boas práticas e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação e no controlo da dor no doente terminal.

Trata-se de um estudo de nível 1 exploratório descritivo no qual estiveram envolvidos 18 enfermeiros dum serviço de medicina; realizadas 18 entrevistas semi-estruturadas; 36 observações não participadas das passagens de turno e 36 análises documentais aos registos de enfermagem.

Dos resultados das entrevistas realça-se que os enfermeiros utilizam como estratégias para a avaliação da dor a observação do doente, identificação de sinais somáticos e a utilização de escalas de avaliação. Para o controlo da dor utilizam medidas farmacológicas e não farmacológicas. Das passagens de turno sobressai que os enfermeiros apesar de fazerem referência ao fenómeno dor, não mencionam a estratégia utilizada na sua avaliação e nem sempre referem a estratégia utilizada no controlo da dor. Da consulta dos registos, verifica-se que apenas é registado a utilização das escalas da face ou numérica e que aplicam as intervenções físicas como o posicionamento e a massagem assim como a administração de medicação em SOS.

Verificou-se ainda que o registo da avaliação da dor no doente terminal se encontra limitado aos doentes conscientes e orientados, ficando por esclarecer como é registada a avaliação da dor nos doentes inconscientes e sem resposta verbal.

Este trabalho tem implicações para a prática dos cuidados, para a investigação e a formação, sendo que os resultados vêm reforçar a importância dos registos de enfermagem completos e a reflexão sobre a avaliação da dor nos doentes inconscientes ou sem resposta verbal.

Palavras-chave: Dor, Avaliação da Dor, Controlo da Dor, Doente Terminal, Intervenção do Enfermeiro.

Junho de 2013

ABSTRACT

The assessment and management of pain is not only a duty of the nurse but it also aims to provide comfort, dignity and quality of life. Its involvement in the monitoring of pain is essential since it can predict a painful event intervened with strategies to relieve or reduce pain to acceptable levels for the person.

This study aims to contribute to a deeper understanding of the strategies and resources used by nurses in the assessment and management of pain in terminal patients as well as to identify the best practices and strategies.

It is a level 1 study, exploratory and descriptive, in which 18 nurses of a medical service were involved; 18 semi-structured interviews were conducted, there was 36 observations not participated shift changes and 36 documentary analyzes of nurses' records.

In the results of the interviews it is noted that nurses use as strategies for assessing pain the observation of the patient, identification of somatic signs and the use of rating scales. To control pain they use pharmacological and non-pharmacological measures.

From the nurses' Shift changes stand that, despite making reference to the phenomenon pain, the nurses do not mention the strategy used in their evaluation and do not always refer the strategy used for pain management. From the consultation of the records, it appears that it is only recorded the use of the scales of the face or numerical and it is applied physical interventions such as positioning and massage as well as administration of medication in SOS.

It was also found that the record of the assessment of pain in terminall patients is limited to patients conscious and oriented, not being clear how is recorded the assessment of pain in unconscious and no verbal response patients.

This work has implications not only for nursing practice, but also for research and training, since the results reinforce the importance of complete nursing records and reflection on the assessment of pain in unconscious or no verbal response patients.

Key-Words: Pain, Pain Evaluating , Pain Control, Terminally Ill Patient, Intervention by Nurse.

A todos os que se preocupam com os que sofrem
e acreditam na qualidade de vida dos doentes terminais...

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira pela paciência, incentivo e dedicação na orientação deste trabalho;

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave por permitir desenvolver o estudo;

À Enfermeira Chefe, à Enfermeira Responsável e a todos os colegas do serviço de Medicina, do Centro Hospitalar do Médio Ave, unidade de Santo Tirso, que colaboraram na colheita de dados;

Às enfermeiras Sílvia Rocha e Ângela Raquel por terem ajudado a despertar o interesse nesta área, às colegas da pós-graduação de Cuidados Paliativos 2009/2010, na Escola de Enfermagem da Universidade do Minho, pelos momentos de aprendizagem proporcionados, e às colegas Dina, Rosa, Elsa, Filomena, Sara, Julieta, Mafalda e Inês pela preocupação e ajuda na elaboração do trabalho;

Ao Rogério pelo amigo disponível de sempre;

À minha família pelos momentos de ausência e paciência;

Ao Rui pelo apoio constante e sempre presente;

E a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para que se tornasse possível a conclusão deste trabalho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. DOR.....	15
1.1. Dor: Conceito e Evolução.....	15
1.2. Dor: Abordagem Fisiológica e Psicológica	17
1.3. Dor: Caraterísticas e Tipologia.....	19
1.4. Dor: Avaliação.....	22
1.5. Dor: Formas de Tratamento.....	25
1.5.1. Intervenção farmacológica.....	26
1.5.2. Intervenção não farmacológica.....	27
1.6. Dor: o 5º Sinal Vital.....	29
2. A DOR NO DOENTE TERMINAL.....	31
3. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR NO DOENTE TERMINAL.....	34
PARTE II – METODOLOGIA	37
1. METODOLOGIA	38
1.1. Tipo de Estudo	38
1.2. Objetivos do Estudo.....	39
1.3. Questões de Investigação	39
1.4. Campo de Pesquisa	40
1.5. População e Amostra	40
1.6. Métodos de Colheita de Dados	44
1.6.1. Entrevista semiestruturada	45
1.6.2. Assistir à passagem de turno dos enfermeiros	46
1.6.3. Consulta dos registos de enfermagem.....	46
1.7. Procedimento de Recolha de Dados	46
1.8. Tratamento de Dados	47

1.9. Considerações Éticas	48
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	49
1.A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS	50
1.1. Estratégias utilizadas na avaliação da dor.....	51
1.2. Momentos de avaliação da dor durante um turno de trabalho	59
1.3. Obstáculos na avaliação da dor.....	62
1.4. Importância da avaliação da dor	66
2. O CONTROLO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS	70
2.1. Estratégias farmacológicas utilizadas no controlo da dor.....	71
2.2. Estratégias não farmacológicas utilizadas no controlo da dor.....	76
CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	90
Anexo I Pedido de autorização formal para realização do estudo_ao Conselho de Administração e Comissão de Ética	91
Anexo II Consentimento Informado	93
Anexo III Guião da Entrevista	95
Anexo IV Quadro de Codificação.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Escala visual analógica (Portugal 2003)	23
Figura 2 – Escala numérica (Portugal, 2003)	23
Figura 3 – Escala qualitativa (Portugal, 2003)	24
Figura 4 – Escala de faces (Portugal, 2003)	24
Figura 5 - Escada analgésica da OMS (Portugal, 2010).....	26
Figura 6 – Triangulação das diferentes fontes de dados.....	45
Figura 7 - Escala Doloplus (DGS, 2010).....	85

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caraterização dos enfermeiros entrevistados	43
Quadro 2 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes das entrevistas aos enfermeiros sobre avaliação da dor no doente terminal	51
Quadro 3 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes das entrevistas aos enfermeiros sobre controlo da dor no doente terminal	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fontes de colheita de dados utilizados no estudo.....	44
Tabela Síntese 1 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal.....	56
Tabela Síntese 2 – Dados obtidos das passagens de turno sobre avaliação da dor	57
Tabela Síntese 3 – Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem sobre avaliação da dor	58
Tabela Síntese 4 - Momentos de avaliação da dor durante um turno de trabalho.....	61
Tabela Síntese 5 - Obstáculos na avaliação da dor.....	65
Tabela Síntese 6 - Importância da avaliação da dor	68
Tabela Síntese 7 - Estratégias Farmacológicas.....	73
Tabela Síntese 8 - Dados obtidos das passagens de turno sobre controlo da dor.....	74
Tabela Síntese 9 - Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem sobre controlo da dor.....	75
Tabela Síntese 10- Estratégias não farmacológicas utilizadas no controlo da dor.....	80

LISTA DE SIGLAS

CHMA - Centro Hospital do Médio Ave

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

IASP - Internacional Association for the Study of Pain

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNCD – Plano Nacional de Controlo da Dor

PNLCD - O Plano Nacional de Luta Contra a Dor

INTRODUÇÃO

A sociedade em que vivemos busca incessantemente a cura da doença, continuando a esconder e a negar a morte como um processo natural da vida. A incurabilidade e a morte são assim encaradas por alguns profissionais como uma derrota, uma área a não investir, tornando difícil o acompanhamento dos doentes incuráveis, com sofrimento intenso. A abordagem da fase final da vida continua a ser uma prática estranha e perturbadora, em alguns serviços de saúde, com a qual é difícil de lidar, existindo no entanto a necessidade de colmatar esta carência (Guerreiro, 2010).

Com o desenvolvimento da filosofia dos cuidados paliativos esta perspetiva começa a mudar. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os cuidados à pessoa em fim de vida uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada no alívio dos sintomas, no apoio psicológico, espiritual e emocional, no apoio à família, no luto e na interdisciplinaridade (Portugal, 2010a).

A dor é um dos sintomas mais temidos na fase final da vida, surgindo à medida que a doença em fase terminal progride. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a dor não tratada é uma realidade e um problema, pelo que o primeiro passo no seu controlo é o seu reconhecimento (Smeltzer & Bare, 2005).

Um estudo desenvolvido com doentes idosos, doentes crónicos e graves, que morreram no hospital, revelou que cerca de 40% destes doentes sofreram de dor moderada a intensa nos últimos três dias de vida (Brunner & Suddarth, 2005). Verificamos desta forma que o controlo da dor é uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados a doentes em fase terminal, sendo um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Torna-se assim fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para avaliar a dor de forma eficaz em qualquer tipo de doentes. É neste sentido que os enfermeiros têm um papel essencial, pois são os profissionais que pela proximidade que têm com o doente, avaliam e planeiam estratégias adequadas e individualizadas.

O controlo da dor pode ser realizado através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que as últimas se evidenciam porque podem ser realizadas de forma autónoma pelo enfermeiro. Sousa (2009) no seu estudo sobre a aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor revela que apesar de os enfermeiros possuírem informação sobre estas técnicas, poucos são os que as aplicam na prestação de cuidados.

O contacto diário com doentes em fim de vida hospitalizados suscita algumas dúvidas e inquietações em relação à avaliação e controlo da dor, pelo que consideramos pertinente estudar esta temática. Assim, desenvolvemos um estudo qualitativo, para o qual foram delineados os seguintes objetivos: identificar as estratégias, utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação da dor perante o doente terminal; identificar estratégias e recursos, utilizados pelos enfermeiros, no controlo da dor no doente terminal e identificar boas práticas, por parte dos enfermeiros, na avaliação e controlo da dor perante o doente terminal.

Este estudo encontra-se organizado em quatro partes: o enquadramento teórico, onde se apresenta a revisão da literatura sobre o fenómeno dor, doente terminal e o papel do enfermeiro na avaliação e controlo da dor; a metodologia, onde se descreve o processo de investigação passo a passo com a respetiva justificação; a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos; e por fim as conclusões, limitações e sugestões do trabalho.

Com este trabalho pretendemos promover boas práticas na avaliação e controlo da dor, por parte dos enfermeiros, perante o doente terminal, de forma a proporcionar a todos os doentes em fim de vida os melhores cuidados de enfermagem.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOR

A dor é um fenómeno fisiológico desencadeado por um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, capaz de desencadear respostas reflexas ou cognitivas para prevenir ou evitar o aparecimento de lesões. Depois de cumprir a sua função vital de sinal de alarme, a dor pode persistir e evoluir, provocando sofrimento e redução da qualidade de vida. O seu controlo torna-se um desafio para os profissionais de saúde, pelo que é fundamental o conhecimento de conceitos relacionados com a dor, assim como das estratégias de controlo da mesma (McGillion & Watt-Watson, 2010).

Neste capítulo pretendemos compreender melhor o fenómeno dor abordando a evolução da sua definição, fisiologia e componente psicológica, características, tipologia, instrumentos de avaliação, tratamento e a dor como 5º sinal vital.

1.1. Dor: Conceito e Evolução

O conceito de dor evoluiu ao longo dos tempos, resultado de vários estudos e trabalhos de investigação, na tentativa de encontrar uma definição mais completa e satisfatória, para um fenómeno que se revela subjetivo.

A dor acompanha o ser humano desde a sua existência, tendo sido já considerada como uma entidade sobrenatural controlada por poderes divinos, até que no século XVI, o filósofo francês René Descartes descreve a teoria científica em que a dor é representada no cérebro e não no coração, permitindo à neurociência iniciar a explicação dos mecanismos da dor (Witte & Stein, 2010).

O início da abordagem ao fenómeno dor deve-se a John Bonica, em 1953, ao referir que a dor não é simplesmente um sintoma, mas pode tornar-se numa patologia específica quando se prolonga no tempo (Cailliet, 1999). Posteriormente, em 1968, Sternbach avança com uma definição de dor como sendo algo abstrato, resultado de uma sensação pessoal negativa, um estímulo prejudicial perante a ameaça ou presença de lesão, ou um conjunto de reações que protegem o organismo (Melzack & Hall, 1987).

Em 1973, a Internacional Association for the Study of Pain (IASP) deu um contributo importante para o desenvolvimento do interesse da terapia da dor, tendo sido essencial na construção de uma definição completa do fenómeno dor, apresentada em

1979, como “ uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano”(Witte & Stein, 2010).

A definição da IASP revela que o fenómeno dor é influenciado por diversos fatores que intervêm e contribuem para a sua subjetividade, confirmando assim uma anterior definição de McCaffery (1989) ao referir que a dor “... é aquilo que a pessoa que está a sentir diz que é...” (Azevedo, Maia, Pedro, Ribeiro & Barbosa, 2008, p. 4).

Twycross (2003, p.83) evidencia ainda que a dor “... é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do paciente, pelo moral do paciente e pelo significado que a dor assume para o paciente.”.

Uma vez que a dor é considerada uma experiência individual e subjetiva torna-se difícil uma definição que abranja todas as dimensões. Ferreira (2009) refere que “... a dor é entendida como um fenómeno multifatorial, resultado da interação de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais.”(p.7).

Neste sentido, a direção geral de saúde (DGS) (Portugal, 2003, p.1), baseada na definição da IASP, considera a dor o 5º sinal vital definindo como “... uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que sofre. A dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão concreta ou potencial.”.

Em 2011, o Conselho Internacional de Enfermeiros, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) assumiu o fenómeno dor como uma “Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”.

Depois de conhecer e analisar as várias definições descritas na literatura, a definição de dor adotada para este trabalho será a da IASP. De seguida, abordamos os aspetos fisiológicos e psicológicos do fenómeno dor.

1.2. Dor: Abordagem Fisiológica e Psicológica

A dor é um sinal de alerta que ajuda o ser humano a proteger o seu corpo de estímulos potencialmente agressivos, desempenhando uma função essencial à sobrevivência. O sistema nervoso é o mecanismo do corpo humano responsável pela deteção de estímulos dolorosos, que podem ser de origem térmica, mecânica ou química, através da ativação dos aferentes nociceptivos primários (Cailliet, 1999).

A nociceção é o processo sensorial desenvolvido perante a presença de uma lesão, e a dor é a perceção ou sensação, resultante deste mesmo processo sensorial, que permite à pessoa descrever e caracterizar este fenómeno. Uma vez que se trata de processos distintos, pode acontecer uma pessoa ter sensação de dor e não ter nenhuma lesão evidente. Tal situação é justificada pelo processo de modulação da dor, já que a nociceção conduz à dor, que pode aparecer e desaparecer, mas uma pessoa pode continuar com a sensação de dor sem atividade nociceptiva evidente. Esta situação encontra-se contemplada na definição de dor pela IASP, ao referir que se trata de uma sensação sensorial e emocional associada a danos nos tecidos, efetivos ou potenciais (Powell, Downing, Ddungu, & Mwangi-Powell, 2010).

O processo de nociceção é ativado quando os nociceptores, terminações nervosas livres não mielinizadas, dispersas pelo corpo humano, recebem o estímulo de uma potencial lesão e transmitem variados estímulos através de fibras nervosas para o cérebro (Witte & Stein, 2010).

Na tentativa de compreender os mecanismos do fenómeno dor, ao longo dos anos, foram desenvolvidas várias teorias, todas elas com limitações, até que surge em 1965 a teoria do portão. Desenvolvida por Melzack e Wall (1987) teve grande impacto ao permitir perceber a existência de um mecanismo neural que se comporta como portão, capaz de controlar a passagem dos impulsos nervosos, transmitidos desde as fibras periféricas até sistema nervoso central através da medula. Esta teoria deu contributos para entender as quatro fases que compõem o processo da dor: transdução, transmissão, modulação e perceção (Witte & Stein, 2010).

De acordo com McGillione Watt-Watson (2010) a fase da transdução, ou ativação do recetor, consiste na conversão do estímulo doloroso num impulso, que é transportado desde a periferia do corpo até ao sistema nervoso central. Este estímulo aos nociceptores, constituídos por neurónios aferentes não mielinizados ou ligeiramente mielinizados, cria um potencial de ação e ativa as fibras nervosas a enviar o impulso através da medula.

Surge aqui a fase da transmissão na qual os impulsos são conduzidos através de dois tipos de fibras: as fibras A-delta, de condução mais rápida, ligeiramente mielinizadas, e as fibras C, não mielinizadas, de condução mais lenta. Os impulsos das fibras A-delta, de condução rápida, produzem uma dor aguda e rápida, enquanto as fibras C, de condução lenta, provocam sensação dolorosa retardada e pode aumentar com o tempo. Este padrão é explicado pela diferença na velocidade de propagação dos estímulos nervosos. As fibras entram na espinal medula através da raiz dorsal efetuando sinapse no corno dorsal. Antes do impulso nervoso começar a ascender ao cérebro, uma parte do estímulo atravessa uma densa região de fibras nervosas curtas e com conexões difusas, chamada substância gelatinosa, que é o principal local de modulação das informações nociceptivas onde são libertados vários mediadores, incluindo a substância P. Os impulsos de dor passam através da espinal medula e ligam-se a dois sistemas para o processamento dos sinais dolorosos para o encéfalo: o sistema espinotalâmico e o sistema espinoreticular. O sistema espinotalâmico transmite informação sobre a origem e localização do estímulo doloroso e estímulos térmicos normais até ao tálamo e depois córtex para sua interpretação, enquanto o sistema espinoreticular ativa as respostas autónomas e límbicas a nível do tronco cerebral e a parte do tálamo (Guyto & Hall, 2006).

A análise destes dois percursos nervosos poderá ajudar a compreender a dificuldade em avaliar a origem da dor do doente. Na presença de uma lesão tecidual são libertadas várias substâncias químicas que influenciam o grau de atividade nervosa e a intensidade da dor. A estimulação nervosa constante pode tornar as fibras periféricas mais sensíveis, causando a redução dos limiares de dor e provocando dor espontânea. Por outro lado, a libertação de mediadores químicos como a substância P, causa vasodilatação e tumefação, permitindo sinalizar a área lesionada de forma a afastar estímulos mecânicos ou outros. A dor assume desta forma uma função protetora (Patel, 2010).

A presença de diferentes respostas subjetivas perante um estímulo real objetivo deve-se ao facto de o organismo possuir fatores intrínsecos que modulam a dor. Considera-se que as células nervosas são capazes de sintetizar substâncias opiáceas endógenas que emitam a ação dos analgésicos – endorfinas (Cailliet, 1999). Estamos perante a fase da modulação, terceira fase do processo nociceptivo, onde a perceção da dor depende do tipo de condução do estímulo, podendo ser inibitório ou estimulado.

A última fase deste processo corresponde à perceção, na qual a dor é identificada de acordo com a experiência pessoal, sendo influenciada por fatores culturais, sociais e tradicionais (McGillion & Watt-Watson, 2010). As estratégias cognitivas e outras

estratégias utilizadas no controlo da dor desempenham um papel fundamental na sua perceção, contribuindo de forma positiva para o seu controlo (Patel, 2010).

Quando nos debruçamos sobre a abordagem fisiológica da dor é importante considerarmos o fenómeno dor como uma experiência pessoal, face a uma lesão real ou potencial, influenciada pela perceção sensorial e emocional da pessoa, tal como nos revela a definição de dor assumida pela DGS desde 2003.

Esta experiência pessoal de dor é caracterizada por quatro componentes essenciais à perceção: a componente sensório-discriminativa, a componente afetiva e emocional, a componente cognitiva e a componente comportamental (Metzger, Schwetta & Walter, 2002).

A componente sensório discriminativa corresponde à parte qualitativa e quantitativa da dor, sendo caracterizada pelo que a pessoa sente, onde sente, como sente e quanto sente. A componente afetiva e emocional corresponde à forma como a pessoa a sente, sendo influenciada pela personalidade e vivências pessoais, ou seja, a dor poder ser simplesmente descrita como uma sensação desagradável para uma pessoa, e para outra pessoa, essa mesma dor, pode ser descrita como algo horrível. A componente cognitiva representa os processos mentais da dor, os significados que o doente lhe atribui de acordo com os fatores socioculturais e a história pessoal e familiar da pessoa. O meio e a condição de vida são também condicionantes da componente cognitiva, uma vez que o tipo de educação que um indivíduo tem sobre a dor influencia comportamentos e atitudes. Depende também da origem ou natureza do processo doloroso e a forma como evolui. É diferente uma situação aguda e curável de uma evolução crónica e lenta. Por fim, a componente comportamental corresponde ao conjunto das manifestações de dor, quer sejam inconscientes, como as expressões não-verbais, mímica e atitude comportamentais passivas, ou as conscientes, através de relatos verbais, choro, gritos, palidez, taquicardia ou bradicardia (Metzger, Schwetta & Walter, 2002).

De acordo com a caracterização de todas as componentes psicológicas da dor verifica-se que perante o mesmo tipo de dor há perceções diferentes, ou seja, os indivíduos nunca se queixam todos da mesma forma. Assim, torna-se necessário considerar as características e os tipos da dor.

1.3. Dor: Características e Tipologia

O fenómeno dor apresenta várias características que devem ser identificadas pelo profissional de saúde quando faz uma primeira abordagem junto da pessoa com dor, nomeadamente em relação à intensidade, etiologia, duração da dor, localização, qualidade, significado pessoal e fatores de alívio e fatores agravantes de dor (Smeltzer & Bare, 2005).

A avaliação da dor começa por observar cuidadosamente a pessoa, a sua postura geral, a presença ou ausência de comportamento de dor e pedindo que descreva, com as suas próprias palavras, as características específicas do fenómeno doloroso (Smeltzer & Bare, 2005).

O fenómeno dor deve ser descrito a partir das palavras da pessoa que sente dor para que se estabeleça uma comunicação efetiva, e deve-se permanecer fiel a essa descrição nas avaliações seguintes. Algumas pessoas podem evitar o uso da palavra *dor*, negando o problema, preferindo utilizar outros termos como o *desconforto* (Kazanouski & Laccetti, 2005).

É fundamental conhecer a história, o tipo e a evolução da dor, de forma a adequar as estratégias de controlo. Saber quando surgiu e qual o tipo de dor, por exemplo, tipo picada, intermitente, contínua ou episódica, valorizando e estimulando a pessoa a utilizar palavras que melhor descrevem o processo doloroso. Depois, é necessário conhecer a localização da dor, descrever o local e perceber se irradia para outra parte do corpo. Outra característica prende-se com a intensidade, é necessário tentar quantificar essa dor através da ajuda de instrumentos de avaliação da intensidade (Mateus, 2008).

Só depois de conhecer a história da dor é possível classifica-la. Há dois tipos de dor que podem ocorrer de forma separada ou em conjunto: a dor aguda e a dor crónica. É importante conhecer as características de cada tipo, para ser possível essa diferenciação e evitar que se prestem cuidados à pessoa com dor crónica como se se tratasse de uma dor aguda (McGillion, & Watt-Watson, 2010).

A dor aguda é provocada por uma lesão cuja intensidade relaciona-se com o estímulo que a desencadeia. É localizada e tem como função informar a pessoa de que algo não está bem. Normalmente é um processo transitório, até cerca de 3 meses, o seu início é súbito e as áreas dolorosas são facilmente identificadas. Trata-se de uma dor auto-controlável ou rapidamente corrigida com possibilidade de alívio total (McGillion, & Watt-Watson, 2010).

Na presença de dor aguda podem ser observados sinais físicos indicativos de dor como a face contraída, restrição da mobilidade, atitude de proteção, presença de gemidos e choro, ansiedade e agitação. Devido à hiperatividade do sistema nervoso autónomo podem

também estar evidenciados alterações a nível dos sinais vitais, nomeadamente a nível da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração (Kazanouski & Laccetti, 2005)..

De acordo com o Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCD) (Portugal, 2008), a dor aguda é o principal motivo de procura de cuidados de saúde da população em geral, pelo que se torna fundamental normalizar uma abordagem dos serviços de saúde de forma a obter ganhos evidentes na qualidade de vida das pessoas que sofre com dor.

A DGS (Portugal, 2003) define dor aguda, como dor pós-operatório ou a dor pós-traumática, que é habitualmente limitada no tempo. A dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é maioritariamente rebelde, que vai permanecendo ao longo do tempo levando a sequelas incapacitantes.

A dor crónica revela-se o oposto da dor aguda. É uma dor que persiste para além de um processo de cura e pode estar presente para mais de 6 meses. A localização pode ser desconhecida ou impossível de localizar, por ser uma sensação dolorosa difusa e a pessoa tem dificuldade em localiza-la objetivamente. Por outro lado, o seu tratamento torna-se difícil uma vez que não existe um local específico de dor e o doente pode sofrer profundas alterações na sua vida, quer psicológicas quer somáticas, que contribuem para o insucesso do controlo dor crónica (McGillion, & Watt-Watson, 2010).

O PNCD (Portugal, 2008) define dor crónica como uma dor recorrente ou persistente para além da cura da lesão que lhe deu origem, com duração igual ou superior a 3 meses. Neste contexto deixa de ser um sintoma para se tornar uma doença por si só. Refere ainda que com o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população, o aumento da longevidade de doente com patologias que frequentemente apresentam dor constante, faz prever um aumento da prevalência da dor crónica no futuro.

Um estudo realizado por Lopes, Saramago, Romão e Paiva (2010), na iniciativa Pain Proposal, refere que 36% da população portuguesa adulta é afetada pela dor crónica, com consequências graves no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano.

Podemos então constatar, que a dor crónica, com evolução igual ou superior a 3 meses é considerada um fenómeno importante, um problema que afeta muitas pessoas e um desafio para os profissionais de saúde por ser de difícil controlo.

Existem ainda outros tipos de dor classificados de acordo com a sua origem: dor nociceptiva, dor neuropática e dor psicogénica. A dor nociceptiva surge por estimulação dos nociceptores e pode ser provocada por um estímulo sem lesão aparente, como por exemplo o choque elétrico, ou derivar de uma lesão real como é o caso das queimaduras. A

dor neuropática surge em consequência de uma lesão do sistema nervoso central ou periférico, que resulta em diminuição ou disfunção dos mecanismos inibidores nociceptivos ou por dano de um destes elementos. A dor psicogénica não apresenta nenhum fator fisiológico, sendo caracterizada pela presença de patologia desconhecida ou uma psicopatologia (McGillion, & Watt-Watson, 2010).

Depois de identificar e caracterizar o tipo de dor, o profissional de saúde deve utilizar instrumentos de avaliação que o ajudam a quantificar a dor.

1.4. Dor: Avaliação

A avaliação da dor é o aspeto fundamental para obter o seu controlo eficaz, no entanto revela-se uma tarefa difícil para o profissional de saúde. Avaliar a dor é muito mais do que tornar objetivo algo subjetivo e pessoal. Trata-se de identificar a verdadeira natureza e o significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações fundamentais para a identificar e quantificar (Azevedo et al., 2008).

De acordo com Ferreira (2009) a abordagem da dor implica uma avaliação biopsicossocial do fenómeno proporcionando um diagnóstico e tratamento mais adequado. Uma história detalhada através da entrevista clínica e a avaliação das variáveis psicológicas, permite um entendimento mais profundo da dor.

Não existe uma forma única universalmente aceite para avaliar a dor, no entanto existem várias escalas e instrumentos de medida que devem ser adequados a cada situação. O sucesso para um controlo eficaz da dor passa pela correta monitorização e planeamento de estratégias individualizadas, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar (Sousa, 2009).

Em 14 de Junho de 2003, a DGS lançou a circular normativa nº 09 que identifica a dor como o 5º sinal vital, com o objetivo de avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços de saúde, definindo para esta avaliação a utilização de escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica”, convertida em escala numérica para efeitos de registo, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” (Portugal, 2003).

Para uma correta e objetiva avaliação da dor, a mesma circular normativa estabelece algumas diretrizes fundamentais: a avaliação da intensidade da dor pode realizar-se através de qualquer uma das escalas propostas e aplica-se a doentes conscientes

e colaboradores com idade superior a três anos, a intensidade da dor é sempre referida pelo próprio e refere-se ao momento da sua colheita, a escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma, a linguagem utilizada entre o profissional de saúde e o doente deve ser comum e compreensível, podendo ser necessário um ensino prévio à utilização da escala, e por fim, é fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreendeu corretamente o significado e a utilização da escala (Portugal, 2003).

De seguida são apresentadas as várias escalas de avaliação da dor propostas pela DGS, na circular normativa nº 09 de 2003:

Escala Visual Analógica

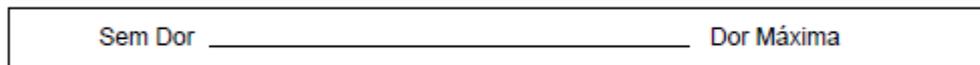


Figura 1 – Escala visual analógica (Portugal 2003)

Consiste numa linha horizontal ou vertical, com cerca de 10 centímetros, em que nas extremidades tem assinalado “Sem Dor” e “Dor Máxima”. O doente, perante esta figura deverá fazer uma cruz ou um traço, perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente mede-se em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se desta forma uma classificação numérica que poderá ser registada.

Escala Numérica

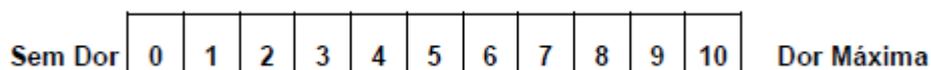


Figura 2 – Escala numérica (Portugal, 2003)

Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10, pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica, sendo que 0 corresponde a “Sem Dor” e o 10 corresponde a “Dor Máxima” (reforçar que dor máxima se refere a uma quantidade máxima de dor imaginável).

Escala Qualitativa

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

Figura 3 – Escala qualitativa (Portugal, 2003)

Neste tipo de escala solicita-se ao doente para classificar a sua dor de acordo com os adjetivos representados na escala: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa ou dor máxima.

Escala de Faces

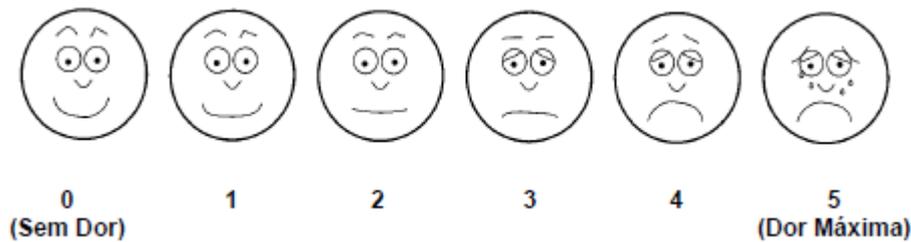


Figura 4 – Escala de faces (Portugal, 2003)

Na Escala das Faces é pedido ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a face de felicidade corresponde a “Sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor máxima”.

Quando estamos perante um doente inconsciente ou não colaborante, não é possível aplicar as escalas referidas, uma vez que este tipo de escalas estão indicadas para a pessoa classificar a sua própria dor. Torna-se assim fundamental respeitar a avaliação que a pessoa com dor faz, uma vez que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é, e a que o profissional de saúde realiza pelo doente quando o próprio não pode (Mateus, 2008).

Existem escalas de heteroavaliação para aplicar em grupos incapazes de verbalizar e classificar a intensidade da sua dor, como é o caso dos recém-nascidos, crianças pré-verbais, idosos e pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas (Mateus, 2008). Neste estudo apenas vamos abordar uma das escalas de avaliação aplicadas a idosos e pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas.

De acordo com a DGS (Portugal, 2010), a avaliação da dor nos doentes com dificuldade de comunicação nenhuma estratégia por si só é suficiente. É necessário conhecer os seus antecedentes pessoais, observar comportamentos, conhecer a patologia e a informação que é dada pelos prestadores de cuidados. O conjunto de todas estas informações é importante para a avaliação da dor.

De acordo com Powell et al. (2010) em doentes que não comunicam, a avaliação da dor é realizada com elementos de substituição baseados no comportamento, como a expressão facial, atividade diária, reações emocionais, o efeito causado pelo consolo e as reações vegetativas, em vez de confiar numa escala cujo uso se baseia apenas na comunicação.

Entre os vários instrumentos de heteroavaliação validados, a DGS recomenda a aplicação da Escala “Doloplus” (Portugal, 2010). Esta escala consiste na observação das alterações comportamentais e cognitivas, e das possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento e durante os cuidados, estando atento a: expressão facial, movimentos corporais, verbalizações ou vocalizações, alteração das relações interpessoais e alteração do estado mental.

De acordo com a DGS (Portugal, 2010), na ausência de autoavaliação, observar o comportamento do indivíduo é um método correto para avaliar a dor.

Verificamos que existem vários instrumentos de avaliação da dor que ajudam o profissional de saúde a efetuar uma correta apreciação da mesma de acordo com as características da pessoa que sofre, tornando possível estabelecer intervenções personalizadas para o controlo da mesma (Mateus, 2008). Para isso é fundamental conhecer as formas de tratamento da dor.

1.5. Dor: Formas de Tratamento

A dor, depois de identificada, classificada e avaliada necessita de intervenções eficazes para o seu controlo ou tratamento. Essas intervenções podem ser divididas em dois tipos: intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas (Portugal, 2010).

1.5.1. Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica resulta da administração de medicação. É um dos métodos mais utilizados no controlo da dor que tem como objetivo a melhoria da capacidade funcional da pessoa e da sua qualidade de vida (Portugal, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem descrita uma abordagem passo a passo da intervenção farmacológica, para selecionar o regime analgésico mais indicado para a pessoa com dor, baseado na intensidade do seu processo doloroso (Figura 5) (Pereira, 2006).

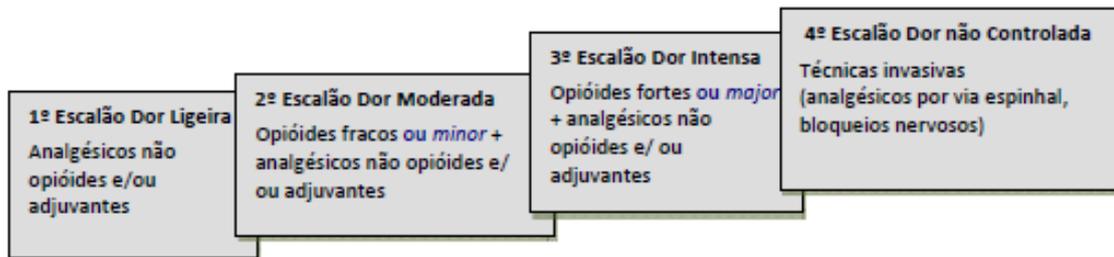


Figura 5 - Escada analgésica da OMS (Portugal, 2010)

A orientação da OMS está representada em escada, onde cada degrau corresponde a uma intensidade de dor, sendo o primeiro degrau o da dor ligeira e o último degrau da dor não controlada. À medida que a intensidade da dor for aumentando aumenta também o degrau da escada analgésica, uma vez que o grau de analgesia é proporcional ao aumento da intensidade da dor. O primeiro degrau corresponde à dor ligeira onde são utilizados fármacos não opióides (paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides), em que a sua ação é essencialmente periférica através da libertação de prostaglandinas. O segundo degrau é o da dor moderada onde já são utilizados fármacos opióides fracos em associação de analgésicos não opióides ou adjuvantes (por exemplo codeína e o tramadol). O terceiro degrau corresponde à dor intensa e utiliza opióides fortes em associação com analgésicos não opióides ou outros adjuvantes (morfina e buprenorfina). Por fim, o degrau quatro é o da dor não controlada, que surge quando os doentes não respondem aos três degraus anteriores e necessitam de uma intervenção invasiva na via espinal ou através de bloqueios nervosos. O grupo de fármacos mais referido é o dos opióides uma vez que são fármacos que atuam a nível central no sistema nervoso central e periférico, eficazes no controlo da dor, no entanto com alguns efeitos colaterais. Os fármacos adjuvantes são utilizados para potenciar o efeito dos analgésicos, como é o caso dos corticóides e relaxantes musculares (Pereira, 2006).

O controlo da dor através da intervenção farmacológica implica a utilização de associações medicamentosas que podem potenciar efeitos colaterais, como náuseas, vómitos e obstipação, aos quais o profissional de saúde deve estar atento para os prevenir ou evitar. A combinação de pequenas doses de diferentes grupos de fármacos permite obter o controlo da dor com menor risco de desencadear efeitos colaterais. (Portugal, 2010).

Apesar da aplicação correta da escala analgésica, a efetividade do tratamento farmacológico é maior quando associada com formas de tratamento não- farmacológico (Twycross, 2003).

1.5.2. Intervenção não farmacológica

A intervenção não farmacológica consiste na aplicação de técnicas físicas, cognitivo comportamentais e de suporte emocional com objetivo de alívio da dor sem recurso a medicação (Mateus, 2008).

Uma vez que a dor se trata de um fenómeno multifatorial há necessidade de complementar as várias terapias para um eficaz controlo da dor. A vantagem da utilização de técnicas não farmacológicas prende-se com o facto de poderem ser executadas de forma autónoma pelos profissionais de saúde e de não causarem qualquer efeito secundário, como às vezes acontece associado nos tratamentos farmacológicos (Dias, 2007).

Este tipo de técnicas podem provocar alterações fisiológicas que diminuem a ansiedade, o medo, a angústia e a tensão muscular (Twycross, 2003).

Já em 2001, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) subdividiu as técnicas não farmacológicas em dois tipos: comportamental e cognitivo.

As técnicas comportamentais incluem o relaxamento, a programação de atividades e o registo da dor e atividades. O relaxamento permite diminuir a tensão muscular ao mesmo tempo que distrai a pessoa levando-a a abstrair-se da sensação de dor. A programação de atividades surge de forma a ajudar a pessoa a planear o seu dia-a-dia, promovendo as suas capacidades e autonomia, combatendo desta forma a habitual diminuição de atividade da pessoa com dor. O registo da dor pode ser utilizado para registar a intensidade da dor e os momentos em que esta surge para posterior análise e planeamento de estratégias eficazes no controlo da dor (Portugal, 2001).

As técnicas cognitivas incluem as técnicas de distração, estratégias de conforto e reestruturação cognitiva. As técnicas de distração consistem em direcionar a pessoa para algo que não seja a sua dor e que goste de fazer, por exemplo ler ou ouvir música. As

estratégias de conforto destinam-se a alterar o pessimismo que envolve a dor, promovendo auto- afirmações e pensamentos positivos. A reestruturação cognitiva permite que a pessoa substitua concepções distorcidas associadas à dor, por formas de estar realistas e funcionais (Portugal, 2001).

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros, no seu guia orientador de boa prática relativo à dor avança outras técnicas não-farmacológicas para o controlo da dor. Ainda nas estratégias cognitivas comportamentais acrescenta o treino de habilidades que consiste em ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de coping, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de coping adaptativo e psicoterapia de grupo, de forma a desenvolver habilidades para controlar e gerir a dor e o stress. Como estratégias físicas aponta a aplicação de frio e calor, promovendo o relaxamento; a prática de exercício moderado e adequado, para minimizar a atrofia, desmineralização e alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores; a imobilização, para manter o alinhamento apropriado de uns pós - lesão; a massagem, para facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular; e a estimulação elétrica transcutânea, através da aplicação de corrente de baixa densidade em eléctrodos colocados na pele, provocando a estimulação dos recetores sensitivos de forma a libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Como estratégias de suporte emocional enumeram o conforto, sensação de tranquilidade física e bem- estar corporal, e o toque terapêutico, caracterizado como o realinhamento do campo energético através das mãos do terapeuta com fins terapêuticos de relaxamento, diminuição da ansiedade e controlo de sintomas.

A seleção da técnica deve ser efetuada tendo em conta as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível e deverá ser utilizada em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica (Mateus, 2008).

Ventura, Temtem, Belo e Silva (2012) salientam que o alívio da dor é uma das preocupações constantes dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, com necessidade de recorrer a terapias não farmacológicas, nomeadamente a massagem, como complemento à terapia medicamentosa. A massagem sendo uma das técnicas mais simples de alcançar e manter a saúde, revela-se uma forma construtiva de libertar tensões nervosas e acalmar a dor.

Sousa (2009) refere que o controlo da dor torna-se mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que estas têm a vantagem de ser de fácil aplicação, de baixo custo e podem ser ensinadas a doentes e familiares em meio hospitalar e no domicílio. Este estudo refere ainda que a maior parte dos enfermeiros

possuem informações sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, no entanto só os que possuem formação específica sobre dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo é que demonstram que as aplicam. Verifica-se desta forma que apesar de as técnicas não farmacológicas serem conhecidas destes profissionais de saúde só os que apresentam conhecimentos é que as aplicam.

Há diversos estudos que comprovam a eficácia das intervenções não farmacológicas nos doentes, e no caso concreto dos idosos não comunicantes com doença terminal, Marques (2010) conclui que a massagem terapêutica, como tratamento complementar da fisioterapia convencional, revela-se eficaz no alívio da dor neste tipo de doentes.

Também Santos (2008) no seu estudo sobre dor no doente oncológico terminal refere que os enfermeiros identificam a dor através de escalas, e utilizam estratégias farmacológicas e não farmacológicas, no controlo da dor, nomeadamente através da massagem e dos posicionamentos antiálgicos.

Neste trabalho iremos de encontro às técnicas não farmacológicas propostas pelo guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros, considerando a dor o 5º sinal vital.

1.6. Dor: o 5º Sinal Vital

A classificação da dor como 5º sinal vital implica que os profissionais de saúde efetuem o seu registo de forma sistemática, contínua e regular, em espaço próprio junto da folha de registo dos restantes sinais vitais. Este registo tem como objetivo otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e promover a qualidade de vida do doente (Portugal, 2003).

O enfermeiro, sendo o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente (Sapeta & Lopes, 2007), tem um papel fundamental na avaliação contínua do fenómeno dor e, em consequência, no seu registo real e objetivo. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 83º, na alínea d, pode ler-se “O enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Ainda no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais pode ler-se que o enfermeiro “comunica com consistência informação relevante, correta e

compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p 19).

Verifica-se desta forma a importância de um sistema de registos, que se encontra publicada nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados dessas intervenções. Os registos podem ainda ser úteis para obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação (Mateus, 2008).

Assim, o guia orientador de boas práticas proposto pela Ordem dos Enfermeiros recomenda que o registo do fenómeno dor deverá estar explícito: informação da história de dor na avaliação inicial, registar a intensidade de dor no suporte de registos dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados e registo sistemático das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos e mudanças do plano terapêutico. Recomenda ainda, para os cuidados no domicílio, a promoção de um diário de dor como facilitador de auto controlo e da continuidade de cuidados e a promoção junto do doente, família ou prestador de cuidados de uma estratégia simples para documentar o efeito da terapêutica analgésica e seus efeitos colaterais (Mateus, 2008).

O registo da dor como 5º sinal vital revela-se desta forma fundamental, para promover a continuidade de intervenções de controlo e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

2. A DOR NO DOENTE TERMINAL

Com o avanço tecnológico e da ciência, foi possível na medicina, combater a morte após um período de doença e promover a cura em contexto de enfermidades, nomeadamente nas doenças infecciosas. No entanto, tal progresso promoveu um aumento da longevidade e da esperança média de vida, dando origem a um novo fenómeno do mundo ocidental: a presença de doenças crónicas, evolutivas, mais prolongadas (Sapeta & Lopes, 2007). Deparamo-nos desta forma, cada vez mais, com doentes crónicos, incuráveis, em situação prolongada de doença, na fase final do ciclo vital.

De acordo com Neto (2006, p.30), em concordância com os Estándards de Cuidados Paliativos do Servei Catalá de la Salut, o doente terminal é "... aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses."

A mesma autora, de acordo com a Australian National Sub-acute and Non-acute Patient Classification, descreve a fase terminal, como uma das quatro fases paliativas, classificadas em função do estadio da doença. A primeira fase corresponde à fase aguda e caracteriza-se pela evolução inesperada e negativa de um problema, a segunda fase é a deterioração em que se verifica um desenvolvimento gradual dos problemas, a terceira fase é a terminal, na qual a morte está eminente, numa precisão de horas ou dias e não se preveem intervenções agudas, e por fim a fase estável onde se incluem os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores (Neto, 2006).

Já Pacheco (2004) acrescenta que estes doentes encontram-se numa fase irreversível, na qual se verifica a proximidade da morte, deixando de ser vista como algo longínquo e como experiência de outra pessoa, passando a ser concreta, próxima e pessoal.

O conceito de doente terminal engloba um conjunto de critérios que o caracteriza e define como: a presença de uma doença avançada, incurável e terminal, possibilidade reduzida de resposta ao tratamento específico para a patologia de base, presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais, determina grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e com o processo de morte, a evolução é no sentido da degradação progressiva e falência

multiorgânica e o prognóstico de vida é limitado, mais ou menos 6 meses (Barón, 1999 citado por Sapeta & Lopes, 2007).

Para este trabalho, consideramos o doente terminal ou em fim de vida de acordo com a posição de Neto (2006, p.30) "... aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses."

O processo de doença inevitavelmente está associado a presença de sintomas que provocam desconforto e sofrimento, e no caso dos doentes terminais estes sintomas podem estar ainda mais exacerbados. A dor é um sintoma comum no doente em fase terminal, que vai para além do físico e do psíquico, abrangendo toda a pessoa num profundo sofrimento. Pode inclusive ser considerada uma dor inútil e desnecessária, uma vez que neste tipo de doentes não atua como mecanismo de defesa ou sinal de alerta (Pacheco, 2004).

De acordo com Kazanouski e Lacetti (2005) à medida que o momento da morte se vai aproximando, a dor do doente pode aumentar, diminuir ou permanecer no mesmo nível de intensidade. À medida que a doença terminal evoluiu muitos doentes experimentam dor.

A dor é também considerada um dos sintomas mais temidos na fase final da vida. Num estudo americano desenvolvido para compreender os prognósticos e preferências para os resultados e riscos do tratamento da dor, os investigadores observaram que 40% dos doentes com dor crónica e os doentes idosos, que morreram no hospital, sofreram de dor moderada a intensa nos últimos três dias de vida (Smeltzer & Bare, 2005).

Um outro estudo desenvolvido por Lynn, Teno, Phillips et al. (1997) citado por Smeltzer e Bare (2005), sobre a experiência de morrer, onde foram entrevistados 2451 familiares de doentes que morreram, 55% destes doentes estavam conscientes nos últimos três dias de vida, sendo que, 4 em cada 10 indicaram presença de dor máxima.

Apesar da existência de estratégias terapêuticas efetivas e de orientações para obter um controlo eficaz da dor, pesquisas evidenciam que mais de 40 a 50% dos doentes internados em instituições hospitalares não conseguem obter alívio satisfatório da dor (Kazanouski & Lacetti, 2005). Esta situação torna-se ainda mais evidente quando falamos no conceito de dor total.

Quando falamos de dor total, referimo-nos a todas as dimensões do sofrimento humano: físico, mental, social e espiritual, e o seu controlo não é alcançado sem dar a devida atenção a todas estas áreas. Como são dimensões indissociáveis o seu tratamento revela-se de grande importância (Neto,2006).

Verificamos desta forma que o controlo da dor é uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados a doentes em fase terminal, sendo um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Na Carta dos Direitos do Doente Terminal de 1975, são destacadas as necessidades prioritárias entre as várias que o doente pode manifestar e que exigem respostas adequadas. Salientamos a necessidade de não sofrer indevidamente, o que inclui o alívio da dor e da restante sintomatologia, a prestação de cuidados proporcionados em relação aos resultados esperados e também todo o apoio psicológico que possa contribuir para diminuir o sofrimento (Pacheco, 2004).

O doente em fim de vida necessita de uma avaliação da dor mais abrangente e cuidadosa, uma vez que esta pode ser prejudicada pela presença de confusão, delírio e consciência alterada. Em relação ao tratamento e controlo da dor no doente terminal pouco difere do tratamento e controlo da dor nos outros doentes (Smeltzer & Bare, 2005).

Verificamos desta forma que os cuidados à pessoa em fase terminal têm como objetivos a procura do conforto e bem-estar, alívio da dor e sofrimento, e todas as ações de saúde deverão estar centradas nas necessidades individuais do doente e da própria família (Sapeta & Lopes, 2007).

3. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR NO DOENTE TERMINAL

A dor sendo um fenómeno complexo e subjetivo torna-se difícil de avaliar e controlar de forma eficaz, revelando-se um desafio para os profissionais de saúde. Pela sua capacidade de passar de sinal de alerta ou sintoma para se tornar numa doença por si só, mostra-nos que estamos perante um problema multidimensional (Portugal, 2008).

O PNCD (Portugal, 2008) encara o controlo da dor como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, indispensável para a humanização dos cuidados, no qual deve ser assumido como um dos direitos humanos. Trata-se de um dever de todos os profissionais de saúde “... adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos diagnósticos ou terapêutica.” (p. 8).

Já em 2001, PNLCD alertava para o facto do controlo da dor ser um desafio presente no dia-a-dia dos profissionais de saúde. O enfermeiro é o profissional de saúde que, pela maior proximidade com o doente, identifica, avalia e regista a presença de dor, com o auxílio de escalas de medida, para posterior avaliação médica. A sua intervenção na vigilância e monitorização da dor é fundamental pois é capaz de prever um evento doloroso, minimizando ou prevenindo a ocorrência de dor (Fontes & Jaques, 2007).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Mateus, 2008) sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir adequando estratégias que a alivie ou reduza para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. Cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias.

Quando cuida, o enfermeiro deve acreditar sempre nas queixas do doente, avaliando as características da dor, os fatores físicos e psicossociais e o significado que a dor tem para o doente, estabelecendo progressivamente uma relação de confiança. A avaliação da dor é um desafio que cada enfermeiro deve enfrentar ao cuidar de doentes em fim de vida, na medida em que, sem a sua avaliação sistemática, dificilmente se controla a dor, sendo impossível delinear outros objetivos sem obter em primeiro o controlo dessa dor. Como o papel do enfermeiro exige um contacto efetivo e constante com os doentes, este deverá ser um perito nesta matéria de modo a transmitir o tipo de dor e a sua intensidade à restante equipa para que a prescrição seja a mais adequada (Grencho, 2009).

Por a dor ser um fenómeno pessoal e subjetivo, a sua avaliação deve ser feita de acordo com aquilo que o doente diz que é “A dor é uma sensação íntima e pessoal; é impossível conhecer com exatidão da dor d’outrem.” (Melzack, 1987, p. 62).

Em crianças ou adultos capazes de verbalizar, só a pessoa que experimenta a dor está em condições para a descrever ou avaliar. Os autorrelatos dos doentes sobre a dor que sente são a chave de um controlo eficaz, no entanto os doentes nem sempre admitem dor! Não sabem necessariamente como, e quando, dizer-nos que estão a sentir dor e/ou “esperam dor violenta”, pelo que não se queixam. Também pode acontecer os doentes não distinguirem entre dor e o que a dor significa para eles, ou seja o sofrimento. Por isso a focalização, nestas duas dimensões, sublinha a importância de se escutar atentamente o doente, e valorizar as informações que ele dá, para se entender, o melhor possível a sua experiência de dor (McGillion & Watt-Watson, 2010).

No caso de estarmos perante doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal, como é o caso das crianças e idosos com alterações cognitivas e os doentes em fim de vida, devemos estar particularmente atentos aos sinais de presença de dor (Portugal, 2008).

No doente terminal, que nem sempre verbaliza, o enfermeiro deverá ter uma atenção redobrada para uma avaliação correta da dor. Deverá perceber a história da dor e efetuar uma observação cuidadosa do doente, detetando possíveis alterações fisiológicas e reações comportamentais adotadas face à presença de dor. Barón, Ordóñez, Feliu, Zamora, e Espinosa (2007) defendem que é necessário dedicar mais tempo à avaliação da dor nos pacientes com deterioração cognitiva, dando especial atenção às atitudes verbais e não-verbais, às alterações nos hábitos e à opinião dos cuidadores.

Em 2007, um estudo brasileiro aborda o tema do papel do enfermeiro frente à monitorização da dor como 5º sinal vital e conclui que a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na monitorização da dor, pois a sua intervenção face à gestão da dor é capaz de influenciar todo o trabalho multidisciplinar. Refere ainda que é imprescindível a sensibilização dos enfermeiros para a formação nesta área, para que possam desempenhar um papel ativo e eficaz, conduzindo assim para o sucesso da gestão da dor (Fontes & Jaques, 2007).

O Centro Nacional de Observação em Dor, no relatório final de Julho 2010, reforça a necessidade de desenvolver mais campanhas de consciencialização e de formação que alertem para a necessidade e as vantagens associadas à boa implementação da norma “A dor como 5º sinal vital” (Portugal, 2003). Esta recomendação deriva da conclusão do

relatório onde se verifica que, sete anos após a publicação da circular normativa que equipara a dor a 5º sinal vital, averigua-se que está a ser cumprida num número significativo de serviços hospitalares, mas ainda não constitui uma prática generalizada

A Ordem dos Enfermeiros recomenda como boa prática profissional, no controlo da dor, os seguintes aspetos (Mateus, 2008):

- Colaboração com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenções para o controlo da dor, de acordo com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos de vias de administração;
- Envolver a pessoa, cuidador e família na definição e reajuste do plano terapêutico;
- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e os recursos disponíveis;
- Conhecer as indicações, contra-indicações e efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais da medicação analgésica;
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos;
- Conhecer as indicações, contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Utilizar as intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Podemos verificar que o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, no qual o enfermeiro possui um papel fundamental por ser o profissional que mais tempo passa com o doente.

O doente em fim de vida apresenta elevadas necessidades de saúde, pelo que o enfermeiro deverá estar atento ao alívio da dor e da restante sintomatologia, de forma a proporcionar todo o conforto e bem-estar na fase final do ciclo vital.

PARTE II – METODOLOGIA

1. METODOLOGIA

A avaliação e o controlo da dor é um dever do profissional de saúde e tem como objetivo planear e executar estratégias de tratamento apropriadas, para proporcionar aos doentes o máximo de conforto e qualidade de vida (Pereira, 2006).

Desde sempre a dor tem despertado o interesse da comunidade científica. Nos últimos anos têm sido desenvolvidos vários estudos, contextualizando o fenómeno dor como uma experiência pessoal, subjetiva e multifatorial, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento e colocando novos desafios à prática de cuidados (Mateus, 2008). É neste contexto, que surge este trabalho de investigação com o propósito de identificar as estratégias e os recursos, utilizados pelo enfermeiro, na avaliação e controlo da dor perante o doente terminal.

Assim, neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada no desenvolvimento do mesmo. Começamos por apresentar o tipo de estudo, depois os objetivos e as questões de investigação, o campo de pesquisa, a população e amostra, o procedimento de recolha de dados, os métodos de colheita e de tratamento de dados e por fim, abordar as questões éticas implícitas.

1.1. Tipo de Estudo

O nível dos conhecimentos no domínio de um estudo determina a escolha do paradigma de investigação, no qual, as questões de investigação ditam o tipo de estudo apropriado à problemática (Fortin, 2009).

Este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, uma vez que se pretende explorar e descrever um fenómeno, neste caso o fenómeno da dor no doente terminal. Estamos perante um estudo de nível I do tipo exploratório descritivo, sendo que o perfil descritivo atribui-se ao delineamento da realidade, procurando descrever o papel do enfermeiro na avaliação e controlo da dor no doente terminal, completando-se com o perfil exploratório que pretende aprofundar e compreender o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Para dar resposta ao nosso estudo apresentamos os objetivos orientadores da investigação.

1.2. Objetivos do Estudo

Os objetivos de um estudo indicam o motivo pelo qual se realiza a investigação, e orientam o investigador para a problemática levantada (Fortin, 2009).

A finalidade deste trabalho é contribuir para um conhecimento aprofundado sobre as estratégias e recursos, utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação e controlo da dor no doente terminal. Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal;
- Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal;
- Identificar boas práticas, por parte dos enfermeiros, na avaliação da dor no doente terminal;
- Identificar boas práticas, por parte dos enfermeiros, no controlo da dor no doente terminal.

Com os objetivos do estudo definidos surgem as questões de que incluem diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados (Fortin, 2009).

1.3. Questões de Investigação

As questões de investigação emergem dos objetivos definidos e consistem na interrogação clara e precisa do tema em estudo, inclui a população alvo e a informação que se pretende obter, e ainda, determina o nível de investigação estabelecido e os métodos utilizados para obter uma resposta (Fortin, 2009).

De acordo com o tema em estudo e com os objetivos delineados surgem as seguintes questões de investigação:

- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal?
- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal?
- Será que os enfermeiros apresentam boas práticas na avaliação da dor no doente terminal?

- Será que os enfermeiros apresentam boas práticas no controlo da dor no doente terminal?

1.4. Campo de Pesquisa

A colheita de dados foi realizada no Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), unidade de Santo Tirso, no serviço de medicina, por pretender conhecer como é que os enfermeiros avaliam e controlam a dor no doente terminal, de forma a dar contributos e assinalar a importância da dor como 5º sinal vital num serviço de medicina.

Este serviço possui 51 camas de internamento. É um serviço misto e polivalente, uma vez que incorpora três camas como “unidade de acidente vascular cerebral”, três camas de “cuidados intermédios” e quatro camas em quartos para isolamentos.

Nos últimos 12 meses, a média da faixa etária dos doentes internados é de 73 anos, e a taxa de mortalidade 11,05%, 186 falecidos em 1683 episódios de internamento.

No que diz respeito aos recursos humanos a equipa de enfermagem é constituída por 46 enfermeiros, dos quais dois são responsáveis pela gestão do serviço, dois são enfermeiros especialistas de reabilitação, que desempenham funções específicas nesta área, três elementos são especialistas de saúde mental, e três elementos encontram-se neste momento a frequentar cursos de pós-licenciatura de especialização de enfermagem, um em saúde materna e obstétrica, outro em médico-cirúrgica e outro a frequentar mestrado em cuidados paliativos.

Com a exceção dos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço e os enfermeiros de reabilitação, todos os restantes elementos estão na prestação direta de cuidados de enfermagem e utilizam o método individual de trabalho. Por ser um campo vasto em experiências, com doentes de variadas patologias, e por apresentar uma população acessível e numerosa, considerou-se um campo de pesquisa adequado para desenvolver o estudo.

1.5. População Alvo de Estudo

Depois de definir o tipo de estudo, os objetivos e questões de investigação, e o campo de pesquisa foi necessário definir a população e a amostra.

A população estudada, designada população alvo, é constituída por um grupo de pessoas que têm características comuns (Fortin, 2009). Neste estudo a população é composta pelos enfermeiros do serviço de medicina do CHMA, na unidade de Santo Tirso, da qual foi retirado uma amostra, que representa a fração da população sobre a qual se fez o estudo, devendo esta ser representativa da população (Fortin, 2009) e que para nós foi assumida como a população alvo.

Existem vários métodos de amostragem, tendo sido utilizada neste trabalho, a amostragem por conveniência, caracterizada por um conjunto de indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão definidos (Fortin, 2009).

Assim, foram definidos como critérios de inclusão: ser enfermeiro no serviço de medicina do Centro Hospitalar do Médio Ave, na unidade de Santo Tirso, prestador de cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal e com experiência profissional de seis meses, por ser o período de tempo adequado, neste contexto, para os enfermeiros desenvolver as suas competências no âmbito da sua prática profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008).

Assim, inicialmente foram considerados todos os enfermeiros do serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, excluindo os dois enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço e os dois enfermeiros da reabilitação, pelo facto de estes não estarem na prestação direta de cuidados.

O número dos enfermeiros entrevistados foi determinado pela saturação de dados, que de acordo com Fortin (2009) é atingida quando as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno. Assim, neste estudo foi atingida a saturação de dados com a realização de 18 entrevistas.

De seguida é apresentada a caracterização dos 18 enfermeiros entrevistados (quadro 1), sendo três elementos do sexo masculino e quinze do sexo feminino, com uma média de idades de 29 anos. Dois elementos possuem Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica e os restantes são titulares de Licenciatura, com um tempo de exercício profissional que coincide com o tempo a exercer funções no serviço de medicina, entre 6 meses e 16 anos.

Em relação a formação na área da dor, todos os enfermeiros têm formação do curso base, e nenhum enfermeiro tem formação específica na área da dor. No que diz respeito a formação em técnicas não farmacológicas na área da dor, todos os 18 enfermeiros tiveram formação no curso base e dois têm formação diferenciada, um em massagem terapêutica e outro em Reiki.

Quadro 1 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Enfermeiros	Sexo	Idade	Habilitações Académicas	Tempo de Profissão	Tempo de Serviço de Medicina	Formação específica na área da dor		Formação em técnicas não farmacológicas controlo da dor	
						Curso Base	Outras	Curso Base	Outras
E1	F	25	Licenciatura Enfermagem	3 anos	3 anos	x		x	
E2	F	30	Licenciatura Enfermagem	7 anos	7 anos	x		x	
E3	F	28	Licenciatura Enfermagem	5 anos	5 anos	x		x	
E4	F	33	Mestrado Saúde Mental e psiquiatria	9 anos e 6 meses	9 anos e 6 meses	x			
E5	F	27	Licenciatura Enfermagem	5 anos	5 anos	x		x	
E6	F	31	Licenciatura Enfermagem	7 anos	6 anos	x		x	
E7	F	30	Licenciatura Enfermagem	7 anos	7 anos	x			Reiki
E8	F	28	Licenciatura Enfermagem	4 anos e 9 meses	4 anos e 3 meses	x		x	
E9	M	28	Licenciatura Enfermagem	7 anos	7 anos	x		x	
E10	F	34	Licenciatura Enfermagem	3 anos e 6 meses	3anos e 6 meses	x			Massagem terapêutica
E11	F	28	Licenciatura Enfermagem	5 anos	5 anos	x		x	
E12	F	28	Licenciatura Enfermagem	1ano e 6 meses	1 ano	x		x	
E13	F	27	Licenciatura Enfermagem	5 anos	5 anos	x		x	
E14	F	26	Licenciatura Enfermagem	4 anos	3 anos	x		x	
E15	F	40	Mestrado Saúde Mental e Psiquiatria	16 anos	15 anos	x		x	
E16	M	30	Licenciatura Enfermagem	7 anos	6 anos	x		x	
E17	F	26	Licenciatura Enfermagem	6 meses	6 meses	x		x	
E18	M	32	Licenciatura Enfermagem	5 anos	5 anos	x		x	

1.6. Estratégias de Colheita de Dados

Na investigação qualitativa podem ser utilizadas várias estratégias de obtenção de dados de acordo com os objetivos do trabalho (Streubert, 2006). Assim, neste estudo foram utilizados três fontes de colheita de dados (tabela 1):

- Entrevista semiestruturada;
- Observação não participada;
- Análise documental.

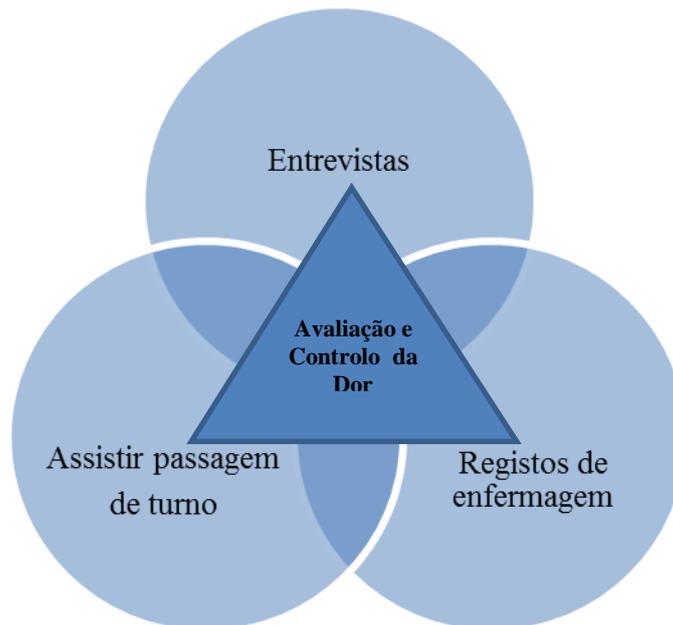
Tabela 1 - Estratégias de colheita de dados

Estratégia	Objetivos da investigação
- Entrevista semiestruturada - Observação não participada (Assistir à passagem de turno dos enfermeiros)	- Identificar as estratégias, utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação da dor no doente terminal - Identificar as estratégias e recursos, utilizados pelos enfermeiros, no controlo da dor no doente terminal
- Análise documental (Consulta dos registos de enfermagem)	- Identificar boas práticas, por parte dos enfermeiros, na avaliação da dor no doente terminal - Identificar boas práticas, por parte dos enfermeiros, no controlo da dor no doente terminal.

Do resultado de cada estratégia de colheita de dados foi realizada triangulação (figura 6) uma vez que foram utilizadas diferentes fontes de informação para estudar o mesmo fenómeno (Nolan, 1996).

A aplicação da triangulação de fontes representa uma ferramenta poderosa para os investigadores no sentido de melhor descrever e conceptualizar o fenómeno em estudo, tal como é defendido por Knafl e Breitmayer (1991) citados por Nolan (1996).

Figura 6 – Triangulação das diferentes fontes de dados



1.6.1. Entrevista semiestruturada

A entrevista foi um dos métodos de colheita de dados utilizado porque se trata de um instrumento de recolha de informação que permite ao participante no estudo, transmitir de forma oral as suas vivências acerca de um determinado fenómeno (Latimer, 2005).

Optamos pela entrevista semiestruturada (Anexo 3) porque permite ao investigador ter algum controlo sobre o decurso de todo o processo de recolha de dados. A ordem das questões foi flexível, no entanto a entrevista começou com questões mais simples e avançou progressivamente para questões mais complexas (Fortin, 2009) Ao longo da entrevista houve necessidade de reformular algumas questões de acordo com o discurso do entrevistado.

A entrevista foi gravada através de um gravador e de imediato transcrita, através do Windos Media Player, de forma a minimizar a falha de dados e descrever aspetos da comunicação não-verbal.

A realização das entrevistas decorreu por um período de quatro meses, entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013.

1.6.2. Observação não participada das passagens de turno

A observação não participada consiste na recolha de dados num momento considerado oportuno onde se verifica grande flexibilidade e a possibilidade de considerar outros fenómenos que surgem no decorrer da observação (Fortin,2009).

Com esta estratégia propusemo-nos assistir às passagens de turno dos enfermeiros do serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, para avaliar se, perante o doente terminal, os enfermeiros referem o 5º sinal vital e qual a sua quantificação atribuída, de acordo com as escalas de avaliação e as intervenções adotadas para obter o seu controlo.

Previamente acordado com as enfermeiras responsáveis pelo serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, por motivos organizacionais relativos ao local do estudo, foram assistidas 36 passagens de turno, num intervalo de seis meses, entre Setembro de 2012 e Fevereiro 2013, durante o período da manhã e da tarde.

Ao assistir às passagens de turno, foi possível verificar como é que o enfermeiro responsável refere o fenómeno dor perante o doente terminal. Posteriormente foram consultados os registos de enfermagem dos mesmos enfermeiros da passagem de turno, relativos à avaliação da dor e às estratégias utilizadas para obter o seu controlo.

1.6.3. Análise documental dos registos de enfermagem

Após assistir às passagens de turno consideramos importante realizar uma análise documental através da consulta dos registos de enfermagem, dos mesmos enfermeiros, e verificar como foi feito o registo do fenómeno dor e quais as estratégias e recursos utilizadas na avaliação e no controlo do mesmo. Assim, foram consultados os registos dos enfermeiros no processo do doente, utilizando as notas de evolução de enfermagem e a administração de terapêutica em SOS, registo este efetuado à margem das notas de evolução do doente

1.7. Procedimento de Recolha de Dados

Após a seleção do local de colheita de dados, o serviço de medicina do CHMA na unidade de Santo Tirso, foi necessário efetuar pedido de autorização formal, ao Conselho de Administração do CHMA e à comissão de ética, para a realização do estudo e

apresentação do projeto de investigação, assim como os objetivos, finalidades e métodos de colheita de dados (Anexo 1).

Foi agendado encontro com as enfermeiras responsáveis pela gestão do serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, para dar a conhecer o projeto de investigação, pedir a sua colaboração e dos enfermeiros da sua equipa e articular melhor forma para assistir às passagens de turno e consulta dos registos de enfermagem.

Para a realização das entrevistas, foi efetuado um contacto pessoal com os enfermeiros observados na passagem de turno de forma a explicar os objetivos do trabalho de investigação, pedir sua colaboração e consentimento informado (anexo 2).

1.8. Tratamento de Dados

O tratamento de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia, uma vez que o investigador simultaneamente colhe, codifica, analisa e verifica o que ainda lhe resta descobrir sobre o fenómeno em estudo durante todo o processo de recolha de informação (Fortin, 2009).

Neste trabalho de investigação os dados obtidos através da entrevista semiestruturada, da observação da passagem de turno e da consulta dos registos de enfermagem, foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A técnica de análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 44). Assim, a análise de conteúdo pressupõe a produção de um sistema de categorias, de forma a conseguir uma representação mais simplificada dos dados obtidos. Esta ideia foi também reforçada por Gauthier (2003) quando refere que a análise de conteúdo interpreta o material com a ajuda de algumas categorias analíticas, realçando e descrevendo as suas particularidades, residindo a sua significação na especificidade das mensagens analisadas mantendo os investigadores fiéis aos conteúdos. As categorias são desta forma um elemento fundamental para a organização dos dados e um elemento chave para o investigador (Gauthier, 2003; Bardin, 2011).

Neste trabalho optamos por seguir as orientações de Bardin (2011) em relação à técnica de análise de conteúdo, após verificar a saturação dos dados, pelo que se elaborou um quadro de codificação (Anexo 4), onde as áreas temáticas foram distribuídas em categorias e subcategorias.

1.9. Considerações Éticas

Ao longo do processo de investigação foram sempre assegurados e protegidos os direitos humanos, quer do ponto de vista ético quer moral (Streubert, 2006).

Antes de iniciar a investigação foi pedido autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do CHMA e à comissão de ética (Anexo 1), assim como aos responsáveis pelo serviço de Medicina, na unidade de Santo Tirso, havendo parecer positivo de ambas as partes.

No contato com os participantes do estudo foi pedido participação voluntária e o consentimento informado (Anexo 2), para a colheita de dados e gravação da entrevista, respeitando o princípio da autonomia, e assegurando a confidencialidade e o anonimato, cumprindo assim o princípio de beneficência e justiça do Protocolo de Helsínquia (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

1. A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

Após a colheita de dados realizada aos enfermeiros do serviço de medicina do CHMA, unidade Santo Tirso, através das entrevistas, das passagens de turno e da consulta dos registos de enfermagem, avançamos para a apresentação, análise e discussão dos dados.

O tratamento e a interpretação da informação recolhida baseou-se na análise de conteúdo, através da qual, os dados foram agrupados de acordo com áreas temáticas, categorias e subcategorias.

A análise de conteúdo das entrevistas fez sobressair quatro áreas temáticas, relativas à avaliação da dor no doente terminal, tal como é apresentado no quadro 2:

- Estratégias utilizadas na avaliação da dor
- Momentos de avaliação durante um turno de trabalho
- Obstáculos na avaliação da dor
- Importância da avaliação da dor

Estas áreas temáticas emergiram das entrevistas, tendo por base a revisão teórica e o manual de boas práticas na avaliação e controlo da dor apresentado pela Ordem dos Enfermeiros.

Quadro 2 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes das entrevistas aos enfermeiros sobre avaliação da dor no doente terminal

OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR		
ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
- Estratégias utilizadas na avaliação da dor	- Observação do doente	- Expressão facial - Vocalizações - Movimentos corporais
	- Identificação de sintomas somáticos	- Hipersudorese - Taquicardia - Tremores - Alteração frequência respiratória
	- Utilização de escalas de avaliação	- Escala das faces - Escala numérica
- Momentos de avaliação durante um turno de trabalho	- Início do turno	
	- Ao longo do turno	
- Obstáculos na avaliação da dor	- Estado consciência do doente	- Doente consciente - Doente não consciente
	- Subjetividade da dor	
	- Desvalorização da dor	
	- Formação insuficiente	
- Importância da avaliação da dor	- Promoção da qualidade de vida	- Medidas de conforto - Controlo de sintomas
	- Valorização da dor	

1.1. Estratégias utilizadas na avaliação da dor

Para esta área temática, da análise de conteúdo do discurso dos enfermeiros entrevistados surgem três categorias:

- Observação do doente
- Identificação de sintomas somáticos
- Utilização de escalas de avaliação

Para a primeira categoria “Observação do doente”, os enfermeiros destacam três aspetos, tendo sido agrupados em três subcategorias:

- Expressão facial
- Vocalizações
- Movimentos corporais.

De acordo com a tabela síntese 1, dos 18 enfermeiros entrevistados, 16 referem que a expressão facial é uma das estratégias mais utilizadas na avaliação da dor no doente terminal, como se pode comprovar pelos seguintes discursos:

- (E1) “...o doente exprime-se perfeitamente, se tem um fâcies de dor ou não...”
- (E5) “Observação direta da face do doente para realmente avaliar a expressão se tem fâcies de dor ou não...”
- (E6) “... é através da expressão facial consegue-se aperceber ... se tem dor ou não...”
- (E12) “ ... a nível da face, uma das partes do corpo que nitidamente demonstra dor.”
- (E16) “Normalmente através da fâcies de dor que o doente possa apresentar...”
- (E17) “É mais pela fâcies de dor...”
- (E18) “Estratégias é mesmo a nível da avaliação da fâcies de dor...”

Seis enfermeiros entrevistados referem a presença de vocalizações como indicativo de dor no doente terminal:

- (E5) “... o facto de estar com gemidos...”
- (E8) “...então no doente que não verbaliza acabamos por não ter tanto essa perceção, a não ser que emita sons eu possa indicar dor.”
- (E16) “... através de gemidos denuncia dor e apresenta dor.”

Sete enfermeiros entrevistados indicam os movimentos corporais como estratégia de avaliação da dor no doente terminal:

- (E2) “...e a posição que adota no leito.”
- (E5) “...pela postura que ele adquire no leito...”
- (E15) “... um desconforto manifestado também através de alguma mudança de posição no leito...”
- (E18) “...de resto, desconforto, estar agitado, constantemente estar a posicionar-se...”

Os entrevistados referem a observação do doente, através da expressão facial, da presença de vocalizações e da posição corporal, como estratégia de avaliação da dor indo de encontro à posição de Powell et al. (2010) ao referir que em doentes que não comunicam, a avaliação da dor é realizada com elementos baseados no comportamento, como a expressão facial e as reações emocionais.

Verificamos também que na ausência ou dificuldade de comunicação com os doentes em fim de vida, incapazes de realizar autoavaliação da dor, os enfermeiros entrevistados, recorrem à observação comportamental para avaliar a dor, indicando alguns aspetos da escala Doloplus, nomeadamente a expressão facial, movimento e posição antiálgica em repouso e a comunicação.

Esta escala, apresentada pelo Ministério da Saúde, é utilizada nos doentes com dificuldade de comunicação e baseia-se na observação de alterações comportamentais e cognitivas, e nas possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento ou durante a prestação de cuidado (Portugal, 2010b).

Os comportamentos referidos pelos entrevistados, a expressão facial, a presença de vocalizações e os movimentos corporais, são indicadores da presença do fenómeno dor e estão contemplados da escala Doloplus.

Na continuidade dos discursos dos enfermeiros verificamos a “Identificação de sintomas somáticos” como elementos indicadores de dor. Desta categoria emergem quatro subcategorias:

- Hipersudorese;
- Taquicardia;
- Tremores;
- Alteração da frequência respiratória.

Apenas quatro entrevistados fizeram referência às subcategorias acima descritas, existindo apenas uma descrição para cada uma das quatro subcategorias:

(E5) “... se está com hipersudorese também poderá ser um dos sintomas que nos poderá indicar que o doente não esteja muito confortável...”

E9) “... pelos sinais vitais, pela taquicardia que também possa ter, também dá para ver se tem dor ou não.”

(E12) “... às vezes tremores...”

(E15) “... outras formas de expressão... alteração frequência respiratória...”

Os enfermeiros entrevistados aos identificarem sinais e sintomas somáticos, tais como o choro, gritos, palidez, taquicardia ou bradicardia, como formas de manifestação de dor, confirmam a presença da componente comportamental da dor de acordo com a

interpretação de Metzger et al (2002), que se caracteriza pela presença dos referidos sinais e sintomas somáticos.

Por outro lado, na escala Doloplus, a presença de queixas somáticas, quer sejam ocasionais, quer sejam contínuas, é um indicativo comportamental da presença de dor (Portugal, 2010b), confirmando desta forma o discurso dos enfermeiros.

Ao longo das entrevistas, verificamos que a utilização de escalas de avaliação é mais uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação dor, de onde emergiram duas subcategorias:

- Escala das faces;
- Escala numérica.

Três dos enfermeiros entrevistados referem a utilização da escala das faces:

(E3) “Principalmente humm... a escala das faces, hum...”

(E4) “...muitas vezes é difícil eles dizerem-nos na escala numérica então geralmente é pela escala de faces...”

(E14) “... escala facial da dor.”

Quatro enfermeiros entrevistados referem a utilização da escala numérica:

(E4) “... muitas vezes é difícil eles dizerem-nos na escala numérica então geralmente é pela escala de faces...”

(E7) “...existe cá no serviço, está implementada, a escala de avaliação da dor numérica... avalio a escala duas vezes por dia...”

(E9) “... através da escala de dor e ele avalia a sua dor, e refere de 0 a 10 quanto é que tem...”

(E17) “... e se o doente tiver resposta verbal questionar escala da dor.”

O fenómeno dor apresenta várias características que devem ser identificadas pelo profissional de saúde quando faz uma primeira abordagem junto da pessoa com dor. Estas características permitem identificar a natureza e o significado da experiência dolorosa, para que o profissional de saúde possa classificar a dor e obter a sua intensidade tal como nos refere Azevedo et al. (2008). De acordo com Mateus (2008) é fundamental conhecer a intensidade do fenómeno dor, para a tentar quantificar através de instrumentos de avaliação da intensidade.

Verificamos que os enfermeiros entrevistados utilizam escalas de mensuração da dor propostas pela DGS: a escala numérica (4 entrevistados) e a escala das faces (3 entrevistados), que se encontram validadas internacionalmente, para avaliar de forma correta a intensidade da dor.

Os enfermeiros entrevistados, ao interrogar o doente terminal sobre a sua dor, estão a cumprir as diretrizes da DGS (Portugal, 2003), uma vez que a intensidade da dor é sempre referida pelo doente.

Verificamos também a presença de boa prática na avaliação da dor a utilização do auto-relato, como fonte de informação privilegiada da presença do fenómeno dor, na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas (Mateus, 2008).

Depois da análise de dados resultantes das entrevistas sobre as “estratégias de avaliação da dor no doente terminal”, debruçamo-nos de seguida na apresentação e discussão dos dados resultantes da passagem de turno e consulta dos registos de enfermagem.

Tabela Síntese 1 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal

Entrevistados	Observação do doente			Identificação de sintomas somáticos				Utilização de escalas	
	Expressão Facial	Vocalizações	Movimentos corporais	Hipersudorese	Taquicardia	Tremores	Alteração Frequência Respiratória	Escala Faces	Escala Numérica
1	X	X							
2	X		X						
3	X		X					X	
4								X	X
5	X	X	X	X					
6	X								
7	X	X	X						X
8	X	X							
9	X								X
10	X								
11	X								
12	X								
13	X								
14								X	
15	X	X	X				X		
16	X	X	X						
17	X								X
18	X		X						

Depois de assistir às 36 passagens de turno dos enfermeiros entrevistados, no serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, verificamos ao longo dos seus discursos verbais, que apesar de 15 enfermeiros fazerem referência à presença do fenómeno dor, nenhum dos enfermeiros refere as estratégias utilizadas na avaliação da dor.

Os enfermeiros fazem referência à presença do fenómeno dor em 26 passagens de turno, mas em 10 passagens de turno não referem o fenómeno dor, tal como se pode observar na tabela síntese 2.

Tabela Síntese 2 – Dados obtidos das passagens de turno sobre avaliação da dor

Enfermeiros	TURNO MANHÃ		TURNO TARDE	
	Avaliação da dor		Avaliação da dor	
	Fazem referência ao fenómeno dor		Fazem referência ao fenómeno dor	
	Sim	Não	Sim	Não
E1	X		X	
E2	X		X	
E3	X		X	
E4	X		X	
E5	X		X	
E6	X			X
E7	X		X	
E8	X			X
E9		X		X
E10	X		X	
E11		X		X
E12	X		X	
E13	X			X
E14	X		X	
E15	X		X	
E16	X			X
E17		X		X
E18	X		X	

Após consulta de 36 registos de enfermagem verificamos que os enfermeiros utilizam as escalas de avaliação da dor utilizadas no CHMA, como estratégia de avaliação da dor, registando o fenómeno dor na escala numérica e na escala das faces, complementando essa avaliação nas notas de evolução sempre que é necessário.

De acordo com os registos consultados, onze enfermeiros efetuam a avaliação da dor na escala das faces, nove enfermeiros faz o registo na escala numérica e quatro enfermeiros associam uma nota explicativa da avaliação da dor, de acordo com a tabela síntese 3.

Tabela Síntese 3 – Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem sobre avaliação da dor

Enfermeiros	TURNO MANHÃ			TURNO TARDE		
	Avaliação da dor			Avaliação da dor		
	Escala Faces	Escala Numérica	Notas de Evolução	Escala Faces	Escala Numérica	Notas de Evolução
E1	X		X	X		
E2		X			X	
E3		X			X	
E4	X		X	X		
E5		X			X	
E6		X			X	
E7	X			X		
E8	X		X	X		
E9		X			X	
E10	X			X		
E11	X			X		X
E12	X				X	
E13		X		X		
E14	X			X		
E15		X			X	
E16	X			X		
E17	X			X		
E18		X			X	

Em síntese:

Em relação à área temática “estratégias utilizadas na avaliação da dor”, de acordo com a análise dos dados das entrevistas, verificamos que os enfermeiros referem utilizar várias estratégias na avaliação da dor no doente terminal, nomeadamente, observação do doente (16 entrevistados), identificação de sinais e sintomas somáticos (4 entrevistados), utilização de escalas de avaliação da dor (6 entrevistados) e questionar o doente (11 entrevistados). Estas informações confirmam a utilização de várias estratégias na avaliação da dor validadas pelo Ministério da Saúde para o contexto nacional: observação comportamental (Escala Doloplus) e avaliação da dor através de escalas de avaliação (Portugal, 2010b;Portugal, 2003).

Depois de assistir às passagens de turno, e de acordo com os dados resultantes das mesmas, verificamos que apesar de os enfermeiros mencionarem, aquando das entrevistas, a utilização de várias estratégias na avaliação da dor, ao longo da passagem de turno não são referidas as estratégias utilizadas por nenhum dos enfermeiros.

Da consulta dos registos de enfermagem verificamos que os enfermeiros apenas registam as escalas de avaliação da dor, numérica e das faces, e não fazem referência a mais estratégias utilizadas na avaliação da dor.

Curiosamente, 16 dos entrevistados referem utilizar a observação comportamental como estratégia de avaliação, no entanto os registos de enfermagem não refletem essa estratégia. Verificamos que as escalas de avaliação utilizadas são escalas de autoavaliação, não existindo disponível escala comportamental para o enfermeiro efetuar a avaliação da dor quando o doente terminal não comunica verbalmente.

1.2. Momentos de avaliação da dor durante um turno de trabalho

A segunda área temática resultante das entrevistas permite identificar em que momentos é realizada a avaliação da dor no doente terminal, durante um turno de trabalho dos enfermeiros entrevistados. Da análise de conteúdo foram identificadas duas categorias:

- Início do turno;
- Ao longo do turno.

Como é possível observar na tabela síntese 4, cinco dos enfermeiros entrevistados referem fazer a avaliação da dor logo no início do turno:

(E1) “... logo de início do turno quando chego para fazer a primeira avaliação, tenho, tenho (*repetição*) uma noção, não é, consigo avaliar se o doente está naquele momento com dor ou não.”

(E2) “... principalmente logo no início do turno... no primeiro contacto com o doente.”

(E6) “Hum ... no primeiro impacto...”

(E15) “Geralmente na primeira abordagem que eu tenho com o doente, logo quando início o meu trabalho...”

(E16) “... na altura que vamos ver o doente pela primeira vez, percebendo sempre se tem dores ou não...”

No entanto, três dos cinco enfermeiros que referem avaliar a dor logo no início do turno de trabalho, referem também que avaliam o 5º sinal vital ao longo do turno. Para além destes, mais 13 referem efetuar essa avaliação ao longo do turno:

- (E1) “Sempre que estou ao pé do doente consigo ter essa avaliação...”
- (E2) “... um pouco durante todo o turno...”
- (E3) “Ou ao posicionar, ou a dar medicação, ou a avaliar o doente se está confortável, se precisa de algum cuidado.”
- (E4) “Sempre que tenho contato com doente, sempre que mobilio sempre que me aproximo para fazer algum tipo de intervenção de enfermagem.”
- (E8) “Sempre, sem horário!”
- (E13) “Ao longo do turno, ao longo das horas do turno...”
- (E14) “Ao longo do turno...”
- (E18) “Continuamente, não há horários definidos, ou pré-definidos, vai-se vendo ao longo do turno, sempre que se está junto do doente...”

De acordo com os dados das entrevistas é possível constatar que todos os enfermeiros entrevistados avaliam a dor no seu turno de trabalho, de uma forma constante e sistemática, tal como é preconizado pela DGS (Portugal, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros revela ainda como boa prática na avaliação da dor que esta deve ser feita de forma regular e sistemática, e deve ser realizada desde o primeiro contacto com o doente, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos nas instituições de saúde (Mateus, 2008).

Tabela Síntese 4 - Momentos de avaliação da dor durante um turno de trabalho

Entrevistados	Momento de avaliação da dor durante um turno de trabalho	
	Início do turno	Ao longo do turno
1	X	X
2	X	X
3		X
4		X
5		X
6	X	X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X
14		X
15	X	
16	X	
17		X
18		X

Depois de assistir às 36 passagens de turno, verificamos que os enfermeiros não referem em que momentos fazem a avaliação da dor, limitando-se a referir a presença do fenómeno dor no doente terminal (tabela síntese 2).

A consulta dos 36 registos de enfermagem permitem verificar que o registo do fenómeno dor é sempre avaliado no turno da manhã e da tarde, logo no início do turno, não se verificando avaliação da dor no turno da noite nem reavaliações durante o resto do turno (tabela síntese 3). Parte desta situação poderá ser justificada pela norma em vigor do registo da dor no CHMA, em que apresenta carácter obrigatório para o registo nos turnos da manhã e da tarde, e no turno noite apenas se for necessário.

Em síntese:

Verificamos que todos os enfermeiros efetuam o registo da dor no seu turno de trabalho, no entanto apesar de referirem na entrevista que a avaliação da dor é feita ao longo do turno, os registos evidenciam apenas uma avaliação, não existindo reavaliações.

De acordo com o manual de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros do CHMA, unidade de Santo Tirso avaliam a dor de forma regular, pelo menos uma vez por turno de acordo com o protocolo instituído (Mateus, 2008).

1.3. Obstáculos na avaliação da dor

Da análise de conteúdo das entrevistas, esta área temática contempla os constrangimentos sentidos pelos enfermeiros na avaliação da dor, de onde surgem quatro categorias da análise de conteúdo:

- Estado de consciência do doente
- Subjetividade da dor
- Desvalorização da dor
- Formação insuficiente.

Na categoria “estado de consciência do doente”, das entrevistas efetuadas foi ainda possível destacar duas subcategorias:

- Doente consciente
- Doente não consciente.

Dos enfermeiros entrevistados apenas um se enquadra na subcategoria “doente consciente”, tal como pode ser observado na tabela síntese 3:

(E1) “... mas estando facilmente despertável consegue-se perfeitamente ter essa noção.”

Na subcategoria “doente não consciente”, foram seis os enfermeiros que apontam esta característica como obstáculo na avaliação da dor:

(E1) “... muitas vezes está num estado de coma é assim um bocadinho complicado de avaliar...”

(E8) “... por vezes torna-se difícil ele referir quando é que tem mais dor, ou então o doente que não verbaliza acabamos por não ter tanto essa perceção, a não ser que emita sons eu possa indicar dor.”

(E9) “Sim, sim... muitas vezes numa fase mais adiantada em que não estão... não estão tão comunicativos é difícil avaliar.”

(E12) “... outras vezes até nem estar colaborante para isso, pode não conseguir transmitir-nos...”

(E16) “Especialmente num doente terminal é mais complicado avaliarmos a dor, muitas vezes pelo estado de prostração que eles já apresentam.”

(E17) “... ele pode estar a sofrer em silêncio e aí torna-se difícil de avaliar.”

Verificamos desta forma, que o estado de consciência do doente dificulta a avaliação da dor, uma vez que, nos doentes com dificuldade de comunicação, idosos com demência ou doentes com deterioração da cognição, nenhuma estratégia por si só é suficiente para avaliação da dor, de acordo com o Ministério da Saúde (Portugal, 2010b).

Esta dificuldade pode trazer como consequência a necessidade de mais tempo para avaliação da dor nos doentes com deterioração cognitiva, uma vez que nem sempre é possível obter o auto-relato tal como nos refere Barón (2007).

Na categoria “subjetividade da dor”, foram doze os enfermeiros que referiram este aspeto:

(E2) “Às vezes sim, mas nem sempre é objetivo e detetável logo.”

(E6) “Um pouco, porque por vezes podem demonstrar outras situações, não só de dor, medo, anseio, ansiedade pelos familiares, um conjunto de situações.”

(E7) “... nesses doentes sinto-me assim um bocado frustrada porque acho sempre que eles poderão ter dor e o meu sentido é sempre atuar como se eles tivessem dor.”

(E9) “... a sensação, a perceção que nós temos do doente, se tem desconforto ou não, às vezes é complicado de saber exatamente...”

(E10) “Por vezes sinto, porque por vezes não demonstram tão facilmente...”

(E12) “... às vezes não quer dizer exatamente que é dor, mas um desconforto...”

(E16) “Há sempre uma subjetividade associada, principalmente nos últimos momentos em que ele já não emitem... já não verbalizam...”

A própria definição de dor não foi consensual ao longo dos anos devido a diferentes perceções do fenómeno doloroso. Só em 1979, após a IASP avançar com uma definição mais completa “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano”(Witte & Stein, 2010), é que foi possível começar a compreender, na sua totalidade, o fenómeno dor. No entanto, a subjetividade da dor está sempre presente, tal como nos é confirmado pelos enfermeiros

entrevistados, uma vez que a sensação dolorosa é percebida de diferentes formas, de acordo com a experiência pessoal, sendo influenciada por fatores culturais, sociais e tradicionais (McGillion & Watt-Watson, 2010).

A terceira categoria desta área temática é a “desvalorização da dor” e é referida por dois enfermeiros como sendo um obstáculo de avaliação do 5º sinal vital:

(E9) “... além disso, também acho que a gente desvaloriza um bocadinho, ou pelo menos, não temos uma perceção do ideal do que é a dor e quanto limitativa é a dor, e também desvalorizamos um bocado!”

(E11) “... por vezes não querem dizer se estão com dor, não querem chatear, temos de estar constantemente a perguntar se tem dores ou não.”

A negação ou desvalorização da dor do outro é um erro ético e uma falha na excelência do exercício profissional, que se encontra presente no dia-a-dia dos enfermeiros. Sendo um sintoma subjetivo, mas necessário e inevitável, o dever do enfermeiro é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como “5º sinal vital”, avaliar e atenuar sempre que necessário (Mateus, 2008).

Dos 18 enfermeiros entrevistados, dois referem a desvalorização do fenómeno dor como um obstáculo na avaliação do 5º sinal vital. Esta posição dos enfermeiros entrevistados poderá ser interpretada como um reflexo da posição adotada pelas instituições hospitalares, tal como nos revelam as conclusões do relatório da implementação da dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses. Sete anos após a publicação da circular normativa da DGS nº 09, de 14 de Junho de 2003, que equipara a dor a 5º sinal vital, verificou-se que está a ser cumprida num número significativo de serviços hospitalares, mas ainda não constitui uma prática generalizada. É recomendado desenvolver mais campanhas de consciencialização e de formação que alertem para a necessidade e as vantagens associadas à boa implementação da norma (Centro Nacional de Observação da Dor, 2010).

A quarta categoria identificada pelos enfermeiros como obstáculo na avaliação da dor diz respeito à “formação insuficiente” e é referida por dois entrevistados:

(E3) “... ainda tenho alguma dificuldade principalmente na escala de avaliação das faces, e de vez em quando, ainda sinto alguma dificuldade.”

(E13) “... ou eu não consigo medi-la no doente terminal...”

Apesar de nesta categoria apenas dois enfermeiros revelarem formação insuficiente como obstáculo na avaliação da dor no doente terminal, verificamos uma necessidade de formação manifestada. De acordo com Pereira (2006) muitos profissionais, já em atividade, receberam uma formação limitada nesta área, e nem todos reconhecem esta limitação, no entanto os enfermeiros entrevistados reconhecem formação insuficiente como um obstáculo na avaliação da dor no doente terminal.

A Ordem dos Enfermeiros indica ainda como boa prática que a competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua, de forma assegurar uma avaliação correta e fidedigna do fenómeno, assim como a compreensão dos ensinamentos realizados à pessoa com dor, cuidador principal e família (Mateus, 2008).

Dos 18 enfermeiros entrevistados, dois referiram que não apresentam qualquer tipo de dificuldade na avaliação da dor (E5 e E15).

Tabela Síntese 5 - Obstáculos na avaliação da dor

Entrevistados	Estado de consciência do doente		Subjetividade da dor	Desvalorização da dor	Formação insuficiente
	Doente consciente	Doente Não Consciente			
1	X	X			
2			X		
3					X
4			X		
5					
6			X		
7			X		
8		X			
9		X	X	X	
10			X		
11				X	
12		X	X		
13			X		X
14			X		
15					
16		X	X		
17		X	X		
18			X		

Das 36 passagens de turno assistidas, os enfermeiros não fazem referência aos obstáculos sentidos na avaliação da dor no doente terminal.

Da consulta dos 36 registos de enfermagem não foram encontrados registos das dificuldades sentidas, pelos enfermeiros, na avaliação da dor no doente terminal.

Em síntese:

De acordo com a área temática “obstáculos na avaliação da dor”, os enfermeiros ao longo das entrevistas enumeram vários obstáculos, nomeadamente o estado de consciência do doente (6 entrevistados), subjetividade da dor (12 entrevistados), desvalorização da dor (2 entrevistados) e formação insuficiente (2 entrevistados), mas nas passagens de turno e nos registos de enfermagem não são referidos nem registados estes obstáculos.

No entanto, pelo facto dos enfermeiros entrevistados referirem as dificuldades descritas poderemos concluir, que os mesmos, sentem a necessidade de formação na área da avaliação da dor, de forma a colmatar estes obstáculos e dificuldades. De acordo com o manual de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros a aquisição e atualização de conhecimentos sobre o fenómeno dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente, para garantir a atualização de conhecimentos e incorporar novas práticas (Mateus, 2008).

1.4. Importância da avaliação da dor

Já desde 2003 que a dor é considerada o 5º sinal vital, no entanto, pretendemos conhecer qual a importância da avaliação da dor para os 18 enfermeiros entrevistados. Da análise de conteúdo foram identificadas duas categorias:

- Promoção da qualidade de vida
- Valorização da dor.

Na categoria “promoção da qualidade de vida”, os discursos dos enfermeiros entrevistados centram-se sobretudo em duas medidas, o que nos levou a registar duas subcategorias:

- Medidas de conforto
- Controlo de sintomas.

Dez dos enfermeiros entrevistados referem as “medidas de conforto” como uma forma de promover a qualidade de vida nos doentes terminais (tabela síntese 6):

(E1) “...manter as medidas de conforto no doente em fase terminal, não é, promover o máximo de qualidade de vida no tempo restante e não o deixar a sofrer.”

(E8) “Sim, sim!...nós se estamos com dor não estamos bem... mas se não tivermos dor, convivemos melhor no nosso dia-a-dia... a dor é impeditivo de qualidade de vida.”

(E9) “Sim, porque uma situação de dor... é incapacitante e não dá qualidade de vida, e nós queremos numa fase terminal o doente tenha a máxima qualidade de vida, e não tenha dor.”

(E16) “Acho que é extremamente importante... pelo conforto, pela humanização dos cuidados.”

Relativamente ao “controlo de sintomas”, são quatro os enfermeiros entrevistados que referem este aspeto:

(E5) “...sem dúvida alguma, porque se tivermos com dor todos os outros sinais vitais poderão também estar alterados, logo por aí...”

(E7) “ Sim, porque a dor dói muito!”

(E15) “... comparado com outros sinais vitais, a dor manifesta-se de uma forma que causa mais transtorno ao doente.”

(E18) “Sim... por vários fatores... dor provoca desconforto, agitação... agitação, subida da tensão arterial, frequência cardíaca, pode agravar outras patologias.”

Verificamos que os enfermeiros entrevistados reconhecem a importância da avaliação da dor, como elemento de promoção da qualidade de vida do doente em fase terminal, tal como é preconizado pela DGS (Portugal, 2003).

A prestação de cuidados de Enfermagem tem como finalidade a promoção do bem-estar da pessoa, e neste caso concreto ao doente em fase terminal, verificando a presença da filosofia dos cuidados paliativos através do controlo de sintomas e medidas de conforto. Salientamos no entanto que a prática dos cuidados paliativos não se esgota nestes aspetos e vais mais para além dos mesmos (Neto, 2006).

A categoria “valorização da dor” é apenas referida por quatro enfermeiros entrevistados:

(E2) “... acho que influencia e muito no processo de recuperação do doente.”

(E3) “...porque acho que devemos valorizar a dor...”

(E11) “ Sim acho que a dor é tão importante como os outros sinais vitais, um doente com dor não consegue estar bem.”

(E13) “Sim, porque é um sinal vital...”

Assumir a dor como 5º sinal vital é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo importante na humanização das unidades de saúde (Portugal, 2003).

Os enfermeiros entrevistados manifestam a valorização da dor, reconhecendo ser um ponto de partida para a satisfação do doente, promoção do seu bem- estar e intervenção eficaz no seu controlo (Mateus, 2008).

Tabela Síntese 6 - Importância da avaliação da dor

Entrevistados	Promover a qualidade de vida		Valorização da dor
	Medidas de conforto	Controlo de sintomas	
1	X		
2			X
3			X
4	X		
5		X	
6	X		
7		X	
8	X		
9	X		
10	X		
11			X
12	X		
13			X
14	X		
15		X	
16	X		
17	X		
18		X	

Depois de assistir às 36 passagens de turno verificamos que a maioria dos enfermeiros faz referência ao fenómeno dor. Em 26 passagens de turno o fenómeno dor foi referido pelos enfermeiros, no entanto, em 10 passagens de turno, não fazem referência alguma ao fenómeno dor no doente terminal, tal como se pode verificar na tabela síntese 2.

Da consulta dos registos de enfermagem verificamos o registo da avaliação da dor, nos turnos da manhã e da tarde, não se encontrando outros registos que evidenciem a importância da avaliação da dor.

Em síntese:

Os enfermeiros entrevistados salientam a importância da avaliação da dor, referindo ser uma forma de promoção da qualidade de vida e de valorização do fenómeno dor. No entanto, quer na passagem de turno, quer na consulta dos registos de enfermagem não se encontra evidente essa mesma importância.

Esta situação demonstra a necessidade de sensibilização dos enfermeiros para a importância da avaliação e registo da dor, indo de encontro às conclusões do estudo desenvolvido por Fontes e Jaques (2007) e do relatório final do Centro Nacional de Observação em Dor (2010), ao reforçar a necessidade de desenvolver mais campanhas de consciencialização e de formação que alertem para a necessidade e as vantagens associadas à monitorização da dor como o 5º sinal vital.

2. O CONTROLO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

Verificamos que no doente em fase terminal, avaliação da dor é fundamental para que seja possível estabelecer estratégias e intervenções apropriadas para obter o seu controlo.

Assim, depois de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a avaliação da dor, debruçamo-nos sobre a opinião dos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal, através dos dados resultantes das entrevistas, das passagens de turno e da consulta dos registos de enfermagem.

O tratamento e a interpretação dos dados serão baseados na análise de conteúdo, de acordo com as áreas temáticas, categorias e subcategorias identificadas.

A análise de conteúdo das entrevistas fez sobressair duas áreas temáticas, relativas ao controlo da dor no doente terminal, tal como é apresentado no quadro 3:

- Estratégias farmacológicas utilizadas no controlo da dor
- Estratégias não farmacológicas utilizadas no controlo da dor

Estas áreas temáticas emergiram das entrevistas, em concordância com a bibliografia existente e o manual de boas práticas na avaliação e controlo da dor apresentado pela Ordem dos Enfermeiros.

Quadro 3 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes das entrevistas aos enfermeiros sobre controle da dor no doente terminal

OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE CONTROLO DA DOR		
ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
- Estratégias farmacológicas	- Administração de medicação em SOS	
	- Ajuste do plano terapêutico	
- Estratégias não farmacológicas	- Intervenções Físicas	- Posicionamento - Massagem - Aplicação de frio/calor - Exercício
	- Intervenções de Suporte Emocional	- Conforto - Toque terapêutico
	- Intervenção Cognitivo-Comportamental	- Distração

2.1. Estratégias farmacológicas utilizadas no controlo da dor

Da análise de conteúdo realizada às entrevistas dos enfermeiros surge a área temática “estratégias farmacológicas”, da qual surgem duas categorias:

- Administração de medicação em SOS
- Ajuste do plano terapêutico.

Na categoria “administração de medicação em SOS”, cinco enfermeiros revelam que o fazem:

(E7) “...alguns casos que os doentes têm prescrito em SOS e eu tenho sempre o cuidado de ... tento dar sempre essa medicação...”

(E10) “...se tiver analgesia em SOS nós devemos salvaguardar isso...”

(E11) “...se puder fazer medicação analgésica, vejo que medicação analgésica tem...”

(E13) “... gerir analgesia...”

(E15) “Habitualmente se tem analgesia prescrita em SOS recorro à analgesia prescrita em SOS...”

Apesar da prescrição farmacológica ser da responsabilidade do médico, cabe aos enfermeiros a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos (Mateus, 2008). A medicação em SOS surge como medicação em dose de resgate e deve ser administrada em episódios de dor intensa que surja apesar das doses regulares de base (Pereira, 2006).

Os enfermeiros entrevistados revelam que recorrem de forma frequente à administração de medicação em SOS, de forma a aliviar a dor do doente em fim de vida.

A segunda categoria identificada nos inquiridos é o “ajuste do plano terapêutico”, dos quais cinco fazem referência:

(E1) “... estando o médico assistente, nós voltamos a falar que achamos que o doente está em desconforto...”; “Nos turnos da manhã, quando à visita médica aproveitamos a presença dos médicos, para referir aquilo que nós, enfermeiros vamos debatendo ao longo das passagens de turno.”

(E5) “...tenho que realmente de recorrer a outro profissional, para passarmos então às farmacológicas e gerir a analgesia que possa ter prescrito ou então solicitar que prescreva alguma coisa nesse sentido.”

(E8) “...determinados médicos que são atentos a este sinal e então prescrevem logo medicação analgésica e com eles conseguimos discutir, pedir e chegar a um consenso...”

(E9) “...discutir com os médicos às vezes se necessitam de mais medicação...”; “... ou solicitar ao médico assistente alguma analgesia...”

(E16) “...se o doente tem medicação analgésica, para controlo, a primeira atitude que faço é a administração dessa medicação!”

A Ordem dos Enfermeiros indica, como boa prática na avaliação e controlo da dor, o papel ativo dos enfermeiros no reajuste do plano terapêutico do doente, em colaboração

com outros profissionais de saúde, com o objetivo de proporcionar um controlo eficaz da dor (Mateus, 2008).

Para além da sua intervenção autónoma, os enfermeiros têm intervenções interdependentes, nomeadamente com o médico, que devem ser de complementaridade de forma a proporcionar a melhor qualidade de vida ao doente em fase terminal com dor (Mateus, 2008), tal como é possível verificar nos discursos apresentados pelos enfermeiros entrevistados.

Tabela Síntese 7 - Estratégias Farmacológicas

Entrevistados	Administração de medicação em SOS	Ajuste do plano terapêutico
Enfermeiros		
1		X
2		
3		
4		
5		X
6		
7	X	
8		X
9		X
10	X	
11	X	
12		
13	X	
14		
15	X	
16		X
17		
18		

Os dados das passagens de turno revelam que os enfermeiros apenas comunicam a administração de medicação em SOS, não fazendo referência à colaboração no reajuste do plano terapêutico.

Depois de assistir às 36 passagens de turno, em 15 passagens de turno, os enfermeiros referiram a administração de terapêutica em SOS, para controlo da dor no doente terminal, tal como se pode confirmar na tabela síntese 8.

Tabela Síntese 8 - Dados obtidos das passagens de turno sobre controlo da dor

Enfermeiros	TURNO MANHÃ			TURNO TARDE		
	Controlo da dor			Controlo da dor		
	Intervenção Farmacológica	Intervenção Não farmacológica		Intervenção Farmacológica	Intervenção Não farmacológica	
	Administração Medicação em SOS	Posicionamento	Massagem	Administração Medicação em SOS	Posicionamento	Massagem
E1	X	X				
E2	X	X		X	X	
E3	X	X		X	X	
E4	X	X		X		X
E5		X				
E6	X			X		
E7	X	X			X	
E8		X			X	
E9	X			X		
E10	X	X		X		
E11	X	X		X		
E12				X		X
E13		X				
E14	X			X		
E15	X	X	X	X	X	X
E16				X	X	
E17	X	X		X		
E18	X			X		

A consulta dos 36 registos de enfermagem demonstra que 4 enfermeiros (E2, E7, E10 e E14) referiram, na passagem de turno, que administraram medicação em SOS, no entanto o registo da terapêutica não foi efetuado (tabela síntese 8 e 9). Em relação, às intervenções não farmacológicas, nomeadamente o posicionamento e a massagem, o registo efetuado pelos enfermeiros está maioritariamente de acordo com o que foi referido na passagem de turno.

Não foram encontrados registos que evidenciem o ajuste do plano terapêutico.

Tabela Síntese 9 - Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem sobre controlo da dor

Enfermeiros	TURNO MANHÃ			TURNO TARDE		
	Controlo da dor			Controlo da dor		
	Intervenção Farmacológica	Intervenção Não farmacológica		Intervenção Farmacológica	Intervenção Não farmacológica	
	Administração Medicação em SOS	Posicionamento	Massagem	Administração Medicação em SOS	Posicionamento	Massagem
E1	X	X				
E2		X		X	X	
E3	X	X		X	X	
E4	X	X		X		X
E5		X				
E6	X			X		
E7		X		X	X	
E8		X			X	
E9	X			X		
E10		X				
E11	X	X		X		
E12				X		X
E13		X				
E14		X			X	
E15	X	X	X	X	X	X
E16				X	X	
E17	X	X		X		
E18	X			X		

Em síntese

Verificamos que a “estratégia farmacológica” é utilizada pelos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal, sendo referida na passagem de turno, no entanto o registo da utilização desta estratégia nem sempre é realizado.

De acordo com Mateus (2008) a prescrição farmacológica é da responsabilidade do médico, mas cabe aos enfermeiros a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos. Verificamos que os enfermeiros administram medicação em SOS, em dose de resgate para obter um controlo eficaz da dor de acordo a posição defendida por Pereira (2006).

2.2. Estratégias não farmacológicas utilizadas no controlo da dor

Nesta área temática foram identificadas três categorias, de acordo com o discurso dos enfermeiros entrevistados:

- Intervenções físicas
- Intervenções de suporte emocional
- Intervenção cognitivo-comportamental.

Na categoria “intervenções físicas”, os enfermeiros entrevistados apontam quatro intervenções, tendo sido organizadas em quatro subcategorias:

- Posicionamento
- Massagem
- Aplicação de frio/calor
- Exercício.

De acordo com a tabela síntese 10, o “posicionamento” é a técnica não farmacológica mais referida pelos enfermeiros entrevistados no controlo da dor. São 13 os profissionais que a referem ao longo do seu discurso:

- (E1) “... se notar que é de desconforto de posição recorrer aos posicionamentos mais frequentemente...”
- (E3) “...é através do conforto, posicionamentos..”
- (E8) “Alternar posicionamentos, ... medidas de posicionamento,...”
- (E9) “Primeiro, às vezes consegue-se resolver com posicionamento...”
- (E10) “...caso contrário devemos proporcionar, quer o conforto, quer nos posicionamentos...”
- (E13) “...posicionar o doente mais frequentemente...”
- (E16) “...como posicionamento...tentar proporcionar algum conforto através de posturas em que ele se sinta mais confortável....”

Se seguida, a subcategoria “massagem” é referida por sete enfermeiros:

- (E1) “... recorrer... à massagem terapêutica que também é importante...”; “Quando vou posicionar, o simples facto de chegar creme não é só para eliminar algum tipo de rubor mas com o toque proporcionar algum conforto ao doente, nesse caso.”
- (E2) “... medidas não-farmacológicas talvez... massagem terapêutica.”

(E7) “... através da massagem ...”

(E9) “Primeiro, às vezes consegue-se resolver com uma massagem...”

(E13) “...alívio da dor com massagem...”

(E16) “.... massajar o doente...”

A técnica de “aplicação de frio/calor” apenas é referida por dois enfermeiros:

(E2) “... medidas não-farmacológicas talvez a crioterapia.”

(E8) “... às vezes do frio, do calor...”

E a subcategoria “exercício” apenas é indicada por um enfermeiro:

(E18) “... se necessita de levantar-se, de fazer alguma coisa, se há alguma coisa que possa aliviar essa dor...”

As intervenções físicas utilizadas no controlo da dor permitem uma atuação imediata do profissional de saúde de forma a atenuar ou aliviar a dor (Mateus, 2008). Os enfermeiros entrevistados referem o posicionamento e a massagem, como intervenções mais utilizadas no controlo da dor, podendo ser interpretado como intervenções que diminuem a tensão muscular provocada pela patologia associada ou imobilidade (Twycross, 2003).

Ventura et al. (2012) referem que a massagem é uma das técnicas mais simples de alcançar e manter a saúde, revelando-se uma forma construtiva de libertar tensões nervosas e acalmar a dor. Também Marques (2010), no seu estudo sobre a eficácia das intervenções não farmacológicas nos doentes, e no caso concreto dos idosos não comunicantes com doença terminal, conclui que a massagem terapêutica, como tratamento complementar da fisioterapia convencional, revela-se eficaz no alívio da dor neste tipo de doentes, tal como Santos (2008), ao concluir que a massagem e os posicionamentos antiálgicos são as estratégias não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor.

Na categoria “intervenções de suporte emocional”, sobressaem duas subcategorias do relato dos enfermeiros entrevistados:

- Conforto
- Toque terapêutico.

O “conforto” é referido por quatro enfermeiros:

- (E10) “...se a pessoa tem dor não podemos simplesmente abandoná-lo.”
 (E14) “...primordialmente dar conforto ao doente e depois se não obter...”
 (E15) “... é efetivamente promover o conforto do doente...”
 (E18) “...se necessita de algum conforto...”

Enquanto a subcategoria “toque terapêutico” apenas por um enfermeiro:

- (E6) “...sentar ao pé do doente e conversar um pouco, e agarrar a mão acho que alivia em certa parte a dor.”

As intervenções de suporte emocional são referidas pelos enfermeiros como intervenções capazes de promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele e promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, para além de outros sintomas que podem provocar desconforto (Mateus, 2008).

Na categoria “intervenção cognitivo-comportamental” foi possível identificar uma subcategoria “Distração”, referida por três enfermeiros:

- (E8) “... tentar dialogar com o doente...”
 (E10) “... como com discurso, por vezes apenas comunicando pode ser que alivie alguma parte dessa dor, essa dor pode ser psicológica...”
 (E18) “...algo que o distraía da situação em que está...”

As intervenções cognitivo-comportamentais têm como objetivo diminuir a atenção dada à dor, direcionando a pessoa para algo que goste de fazer (Mateus, 2008). A aplicação da distração é um exemplo deste tipo de intervenção.

Patel (2010) refere ainda que as estratégias cognitivas e outras estratégias utilizadas no controlo da dor desempenham um papel fundamental na perceção da dor contribuindo de forma positiva para o seu controlo.

A utilização de técnicas não-farmacológicas no controlo da dor deve ser utilizada em complementaridade com a terapêutica farmacológica (Mateus, 2008).

De acordo com Sousa (2009), a vantagem na utilização das técnicas não farmacológicas prende-se com o facto de serem de fácil aplicação, de baixo custo, com pouco efeitos adversos e podem ser ensinadas a doentes e familiares em meio hospitalar ou domicílio. Apesar de não conhecermos os motivos pelos quais os enfermeiros entrevistados

optam, em primeiro lugar, pela aplicação de técnicas não farmacológicas, as vantagens apresentadas por Sousa (2009) podem justificar essa utilização.

Outro motivo válido para aplicação das técnicas não farmacológicas como primeira opção é o facto de os enfermeiros possuírem formação específica em alguma destas técnicas, tal como nos revela o estudo de Sousa (2009), e pelo facto de serem intervenções autónomas do enfermeiro, logo são de exclusiva iniciativa e responsabilidade (Mateus, 2008).

A intervenção não-farmacológica é utilizada como segunda opção, ou em complementaridade com as técnicas farmacológicas, quando a efetividade do tratamento farmacológico se revela maior (Portugal, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros preconiza como boa prática no controlo da dor que os enfermeiros devem colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de controlo da dor e reajustar esse plano de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis (Mateus, 2008). Os enfermeiros entrevistados demonstram o planeamento de um plano de controlo da dor e seu reajuste de acordo com os resultados e a discussão com outros elementos da equipa.

Tabela Síntese 10- Estratégias não farmacológicas utilizadas no controlo da dor

Entrevistados	Intervenções Físicas				Intervenções de Suporte Emocional		Intervenção cognitivo-comportamental
	Posicionamento	Massagem	Aplicação Frio/calor	Exercício	Conforto	Toque terapêutico	Distração
1	X	X					
2		X	X				
3	X						
4							
5	X						
6						X	
7	X	X					
8	X		X				X
9	X	X					
10	X				X		X
11	X	X					
12	X						
13	X	X					
14	X				X		
15					X		
16	X	X					
17							
18	X			X	X		X

Em síntese

Apesar de os enfermeiros entrevistados referirem que utilizam várias estratégias não farmacológicas no controlo da dor no doente terminal, intervenções físicas, de suporte emocional e intervenções cognitivo comportamentais, verifica-se que apenas aplicam intervenções físicas: o posicionamento e a massagem. A utilização destas técnicas por parte dos enfermeiros reforça a conclusão do estudo de Santos (2008), ao concluir que a massagem e os posicionamentos antiálgicos são as estratégias não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor.

Através dos registos de enfermagem constatamos que as intervenções não farmacológicas não se encontram corretamente registadas, ocorrendo omissão de registo apesar do enfermeiro referir a aplicação da intervenção na passagem de turno. O manual de boas práticas na avaliação e controlo da dor da Ordem dos Enfermeiros indica que as intervenções utilizadas na avaliação e controlo da dor devem ser todas documentadas, que não se verifica na análise dos dados (Mateus, 2008).

CONCLUSÕES

A fundamentação teórica sobre avaliação e controlo da dor no doente terminal, apresentada na primeira parte deste trabalho, permite-nos confirmar a importância da avaliação do 5º sinal vital no doente em fim de vida e a necessidade da aplicação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, com a finalidade de proporcionar aos doentes em fim de vida os melhores cuidados baseados nas melhores práticas.

Em 2008, o PNCD indica que o controlo da dor é uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, indispensável para a humanização dos cuidados, no qual os profissionais de saúde têm o dever de adotar estratégias de prevenção e controlo da dor nas pessoas ao seu cuidado, dando particular atenção aos doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal (Portugal, 2008).

O enfermeiro, por ser o profissional de saúde, com maior proximidade com o doente tem um papel ativo na identificação, avaliação e registo do fenómeno dor. A sua intervenção na vigilância e monitorização da dor permite prever o acontecimento de um evento doloroso e atuar de forma autónoma ou interdependente no controlo da dor.

A Ordem dos Enfermeiros apresenta várias recomendações para a prática profissional dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor, que foram analisadas de acordo com os dados obtidos deste trabalho, de forma a identificar boas práticas na avaliação e controlo da dor no doente terminal, por parte dos enfermeiros do serviço de medicina, do CHMA, unidade de Santo Tirso.

Quando nos debruçamos no objetivo **identificar as estratégias utilizados pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal** podemos concluir que:

- Os enfermeiros referem utilizar várias estratégias de avaliação da dor (Observação do doente, Identificação de sintomas somáticos e Utilização de escalas de avaliação), no entanto verifica-se que apenas aplicam a estratégia das escalas de avaliação numérica e das faces;
- Os registos dos enfermeiros não evidenciam a estratégia utilizada nos doentes inconscientes ou com dificuldades na comunicação;
- Conclui-se que as estratégias de avaliação da dor são utilizadas no turno da manhã e da tarde, logo no início do turno, não havendo registos de reavaliações.

Quando nos situamos no objetivo de **identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal** concluímos que:

- Os enfermeiros referem que utilizam estratégias farmacológicas no controlo da dor como a administração de medicação em SOS e o ajuste do plano terapêutico em colaboração com outros profissionais, no entanto os registos de enfermagem apenas demonstram a utilização de medicação em SOS;
- Os enfermeiros revelam conhecer várias estratégias não farmacológicas no controlo da dor, no entanto os registos revelam que apenas aplicam as intervenções físicas como o posicionamento e a massagem.

Relativamente ao objetivo **identificar boas práticas na avaliação** da dor no doente terminal podemos concluir que os enfermeiros:

- Utilizam escalas de avaliação da dor validadas para o contexto nacional;
- Privilegiam o auto-relato como fonte de informação da presença de dor;
- Reconhecem a importância da avaliação da dor no doente terminal;
 - ❖ O registo da avaliação da dor está de acordo com o protocolo institucional, no entanto não se encontra adequado ao doente em fim de vida, nem ao doente inconsciente ou com dificuldade na comunicação.

Por último, e de acordo com o **objetivo identificar boas práticas no controlo da dor no doente terminal** podemos concluir que:

- Encontram-se sensibilizados para o controlo da dor;
- Utilizam estratégias farmacológica e não farmacológicas, de forma isolada ou em complementaridade;
- Administram medicação em SOS, como dose de resgate, quando o doente manifesta dor;
- Aplicam estratégias não farmacológicas como o posicionamento e a massagem, de forma autónoma;
- Os enfermeiros, na sua maioria, registam de forma sistemática as estratégias de controlo da dor

Este trabalho, pelo facto de se tratar de um estudo de caso, apresenta limitações, sobretudo ao nível da generalização e apresentação de conclusões definitivas, assim como os constrangimentos do tempo e pouca experiência no campo da investigação.

Uma das limitações apontadas prende-se com o facto de assistir às passagens de turno dos enfermeiros entrevistados em apenas dois momentos, no turno da manhã e da tarde. Tornar-se-ia interessante desenvolver o mesmo trabalho observando os enfermeiros nas várias passagens de turno (manhã, tarde e noite).

Por último consideramos importante apresentar sugestões para a prática da investigação, para a prática da formação e para a prática dos cuidados.

Relativamente à prática da investigação sugerimos estender o trabalho de investigação a todos os enfermeiros do CHMA e compreender as diferenças existentes entre registo de enfermagem e a comunicação oral na passagem de turno.

Para a prática da formação consideramos importante que as escolas e instituições de saúde desenvolvam workshops sobre avaliação e controlo da dor, para permitir a partilha de experiências, e ainda, incluir no curso de licenciatura em enfermagem, uma abordagem mais completa do fenómeno dor, permitindo que os enfermeiros interiorizem o quanto é importante avaliar e controlar a dor nas 24 horas de quem sofre.

Relativamente à prática dos cuidados sugerimos a realização de ações de formação sobre o controlo da dor no doente terminal, sensibilizando os enfermeiros do serviço de medicina do CHMA, unidade de Santo Tirso, para aplicação de técnicas não farmacológicas, e a implementação da escala Doloplus (figura 7), para avaliar de forma completa o fenómeno dor nos doente que não comunicam de forma verbal.

Figura 7 - Escala Doloplus (DGS, 2010)

ESCALA DOLOPLUS AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO:..... NOME PRÓPRIO: SERVIÇO:					DATAS 	
					Observação Comportamental	
REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas		0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais		2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas		3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica		0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional		1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz		2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz		3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção		0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados		1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados		2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação		3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual		0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação		1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação		2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)		3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual		0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer		1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)		2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA						
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
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa		3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)		1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)		2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL						
8. Comunicação	. sem alteração		0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)		1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)		2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação		3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)		0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades		2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social		3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual		0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas		1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes		2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)		3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos – Fevereiro 2006 – Híronidina Guarda					PONTUAÇÃO 	

REFERÊNCIAS

- Azevedo, A., Maia, I., Pedro, J., Ribeiro, J. & Barbosa, M., (2008). Intervenção autónoma do enfermeiro. *Ser Saúde, 11*, 1-19.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Barón, M. G., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P. & Espinosa, E. (2007). *Compendio del tratado de medicina paliativa*. Madrid: Médica Panamerican.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Cailliet, R. (1999). *Dor, mecanismos e tratamento*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Centro Nacional de Observação em Dor (2010). *Implementação da dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses*. Recuperado em 12 Maio 2013, de <http://www.aped-dor.com>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática da enfermagem (CIFE). Versão 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Dias, F. (2007). Combater o stress e a dor sem medicamentos. *Diário de Coimbra Suplemento Saúde, Novembro*, 4-5.
- Ferreira, M.S. M. (2009). *Variáveis psicológicas na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc cui saúde, 6*, 481-487.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.
- Garrido, A., Simões, J., Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Guerreiro, I. (coord.) (2010). *Proposta de revisão do programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Grencho, L. M. (2009). O enfermeiro na avaliação da dor. *Nursing. Revista de formação contínua em enfermagem*, 243,8-12.
- Guyton, A.C.& Hall, J. E. (2006). Sistema nervoso. In Guyton, A.C.& Hall, J. E., *Tratado de Fisiologia Médica* (11ª ed.) (pp. 555-570). Rio de Janeiro: Elsevier Ed.
- Kazanouski, M. K., Laccetti, M. S. (2005). *Dor, fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Latimer, J. (coord.) (2005). *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lopes, Saramago, Romão & Paiva (2010). *A dor crónica em Portugal*. Recuperado em 10 Maio 2012 de, http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20Publico/Noticias/Portugal_Country_%20Snapshot.pdf
- Marques, C.N.C (2010). *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Coimbra, Portugal.
- Mateus, A. M. L. (coord.). (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- McGillion, M. H. & Watt-Watson, J. (2010). Dor. In Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F. & Green, C. J.. *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (pp.343-368).Loures: Lusodidacta.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Neto, I. G. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa (ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 17- 48). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Nolan, M. (1996). Triangulação: o melhor de todos os mundos. *Investigação Nursing*, volume 9, 25-28.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Loures: Lusociência.
- Patel, N. B. (2010). Fisiologia da dor. In. A. Kopf & N. Patel (Ed.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp.9-13). USA: Associação internacional para o estudo da dor.
- Pereira, J. L (2006). Gestão da dor oncológica. In A. Barbosa (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 61- 113). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Portugal. Direção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direção Geral de Saúde (2010a). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direção Geral de Saúde (2010b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor*

crónica na pessoa idosa. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Powell, R. A., Downing, J., Ddungu, H & Mwangi- Powell, F. N. (2010). Antecedentes de dor e avaliação da dor. In A. Kopf & N. B. Patel (Ed.), *Guia de tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 65-81). USA: Associação internacional para o estudo da dor.
- Santos, M. F. J. P. L (2008). *Dor no doente oncológico em fase terminal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: processo de interação enfermeiro-doente. *Referência. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem*, 4, 35-60.
- Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2005). *Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Sousa, M. F. C. O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Streubert, H. J. (2006). *Investigação qualitativa e enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Twycross, Robert (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ventura, A. S. P. F., Temtem, I. E. C., Belo, L. M. N. & Silva, P. S. C. (2012). Massagem e sua aplicação na dor. *Sinais Vitais*, 102, 49-52.
- Witte. W. & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões actuais. In. A. Kopf & N. Patel (Ed.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp.1-5). USA: Associação internacional para o estudo da dor.

ANEXOS

Anexo 1

—

**Pedido de autorização formal para realização do estudo
ao Conselho de Administração e Comissão de Ética**

Exmo. Senhor,
**Presidente do Centro Hospitalar
do Médio Ave, E.P.E.**

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome: Catarina Fernanda Rodrigues Alves

Habilitações: Licenciatura em Enfermagem

Instituição onde Trabalha: Centro Hospitalar do Médio Ave, unidade de Santo Tirso

Aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Título do projeto de investigação: O controlo da dor no doente terminal

Objetivos do projeto de investigação:

- Conhecer como é que os enfermeiros avaliam a dor no doente terminal;
- Identificar as estratégias e recursos utilizados pelos enfermeiros para controlar a dor no doente terminal;
- Compreender se as medidas não farmacológicas são ou não são utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor no doente terminal.

Subscrevo este pedido solicitando a V. Excelência, na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projecto de investigação em epígrafe, a realizar em contexto hospitalar, serviço de medicina.

A referida colheita incidirá sobre os enfermeiros do serviço de medicina do Centro Hospitalar do Médio Ave, unidade de Santo Tirso.

O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

A Investigadora Principal,

Viana do Castelo, 9 Julho 2012

Anexo II
Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito do “Controlo da dor no doente terminal”, realizado por Catarina Fernanda Rodrigues Alves, a frequentar o Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Assinatura: _____

Anexo III
Guião da Entrevista

Guião da entrevista

Data: _____

Entrevista n° __

I. Dados Pessoais:

Sexo:

Idade:

Categoria Profissional:

Habilitações académicas:

Tempo de profissão:

Tempo de serviço de medicina:

II. Questões:

1. Que estratégias é que utiliza para avaliar a dor no doente terminal?
 - Em que momentos do seu turno o faz? No início, a meio, fim?
 - Sente dificuldades em avaliar a dor no doente terminal? Porquê?
 - Considera importante a dor como o 5º sinal vital? Porquê?

2. Que estratégias e recursos utiliza para controlar a dor da dor no doente terminal?
 - Utiliza medidas não farmacológicas? Quais? É a sua primeira opção? Porquê?
 - Tem formação específica sobre técnicas não farmacológicas no controlo da dor?
 - Discute com a restante equipa terapêutica as estratégias de controlo da dor

3. Tem alguma formação específica em dor para além do curso base? Qual?
 - Considera que esses conhecimentos são suficientes para fazer uma abordagem da dor de forma eficaz?
 - Que tipo de formação poderá ajudar os profissionais de enfermagem a avaliar a dor de forma eficaz?

Anexo IV

Quadro de Codificação

I. Opinião dos enfermeiros sobre a avaliação da dor

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	
- Estratégias utilizadas na avaliação da dor	- Observação do doente	- Expressão facial	<p>(E1) "...o doente exprime-se perfeitamente, se tem um fâcies de dor ou não..."</p> <p>(E2) "A nível visual, visualizo a fâcies do doente..."</p> <p>(E3) "...mesmo através da expressão do doente quando deitado."</p> <p>(E5) "Observação direta da face do doente para realmente avaliar a expressão se tem fâcies de dor ou não..."; "...a partir do momento que não consegue responder terá de ser pela observação,..."</p> <p>(E6) "... é através da expressão facial consegue-se aperceber ... se tem dor ou não..."; "...se o doente não falar, através do olhar, das expressões, acho que se consegue perceber se o doente tem dor."</p> <p>(E7) "... através de fâcies de dor..."</p> <p>(E8) "A fâcies... observação da face..."</p> <p>(E9) "...pode ser feita pela fâcies de dor..."</p> <p>(E10) "... se demonstrar algum tipo de face, uma fâcies de dor"</p> <p>(E11) ... muitas vezes pela fâcies de dor."</p> <p>(E12) " ... a nível da face, uma das partes do corpo que nitidamente demonstra dor."</p> <p>(E13) " ... basicamente é a fâcies do doente."</p> <p>(E15) "... outras formas de expressão: fâcies de dor..."</p> <p>(E16) "Normalmente através da fâcies de dor que o doente possa apresentar..."</p> <p>(E17) "É mais pela fâcies de dor..."</p> <p>(E18) "Estratégias é mesmo a nível da avaliação da fâcies de dor..."</p>
		- Presença de Gemidos	<p>(E1) "...emite gemidos ou não,..."</p> <p>(E5) "... o facto de estar com gemidos..."</p> <p>(E7) "... através de gemidos..."</p> <p>(E8) "...então o doente que não verbaliza, acabamos por não ter tanto essa perceção, a não ser que emita sons eu possa indicar dor."</p> <p>(E15) "... outras formas de expressão... gemidos..."</p> <p>(E16) "... através de gemidos denuncia dor e apresenta dor."</p>

		- Posição corporal	(E2) "...e a posição que adota no leito." (E3) "...aquando a mobilização do doente..." (E5) "...pela postura que ele adquire no leito..." (E7) "...quando mobilizamos manifesta sinais de dor..." (E15) "... um desconforto manifestado também através de alguma mudança de posição no leito..." (E16) "... também à mobilização..." (E18) "...de resto, desconforto, estar agitado, constantemente estar a posicionar-se..."
	- Identificação de sintomas somáticos	- Hipersudorese	(E5) "... se está com hipersudorese também poderá ser um dos sintomas que nos poderá indicar que o doente não esteja muito confortável..."
		- Taquicardia	(E9) "... pelos sinais vitais, pela taquicardia que também possa ter, também dá para ver se tem dor ou não."
		- Tremores	(E12) "... às vezes tremores..."
		- Alteração frequência respiratória	(E15) "... outras formas de expressão... alteração frequência respiratória..."
	- Utilização de escalas de avaliação	- Escala das faces	(E3) "Principalmente humm... a escala das faces, hum..." (E4) "...muitas vezes é difícil eles dizerem-nos na escala numérica então geralmente é pela escala de faces..." (E14) "... escala facial da dor."
		- Escala numérica	(E4) "... muitas vezes é difícil eles dizerem-nos na escala numérica então geralmente é pela escala de faces..." (E7) "...existe cá no serviço, está implementada, a escala de avaliação da dor numérica... avalio a escala duas vezes por dia..." (E9) "... através da escala de dor e ele avalia a sua dor, e refere de 0 a 10 quanto é que tem..." (E17) "... e se o doente tiver resposta verbal questionar escala da dor."

- Momentos de avaliação da dor durante um turno de trabalho	- Início do turno	<p>(E1) “... logo de início do turno quando chego para fazer a primeira avaliação, tenho, tenho (<i>repetição</i>) uma noção, não é, consigo avaliar se o doente está naquele momento com dor ou não.”</p> <p>(E2) “... principalmente logo no início do turno... no primeiro contacto com o doente.”</p> <p>(E6) “Hum ... no primeiro impacto...”</p> <p>(E15) “Geralmente na primeira abordagem que eu tenho com o doente, logo quando início o meu trabalho...”</p> <p>(E16) “... na altura que vamos ver o doente pela primeira vez, percebendo sempre se tem dores ou não...”</p>	
	- Ao longo do turno	<p>(E1) “Sempre que estou ao pé do doente consigo ter essa avaliação...”</p> <p>(E2) “... um pouco durante todo o turno...”</p> <p>(E3) “Ou ao posicionar, ou a dar medicação, ou a avaliar o doente se está confortável, se precisa de algum cuidado.”</p> <p>(E4) “Sempre que tenho contato com doente, sempre que mobilio sempre que me aproximo para fazer algum tipo de intervenção de enfermagem.”</p> <p>(E5) “Sempre que me desloco junto ao doente acabo por observar a globalidade do seu estado, logo a dor é um dos aspetos a ter em conta.”</p> <p>(E7) “... é sempre que estou junto do doente, por algum motivo sempre que vou junto do doente faço essa avaliação.”</p> <p>(E8) “Sempre, sem horário!”</p> <p>(E9) “ Sempre que tenho possibilidade, sempre que estou com o doente.”</p> <p>(E10) “ Normalmente quando estou junto do doente!”</p> <p>(E11) “Sempre que possível, sempre que se está com os doentes...”</p> <p>(E12) “ Sempre que estou com o doente.”</p> <p>(E13) “ Ao longo do turno, ao longo das horas do turno...”</p> <p>(E14) “Ao longo do turno...”</p> <p>(E17) “ Acho que é consecutivamente...”</p> <p>(E18) “Continuamente, não há horários definidos, ou pré-definidos, vai-se vendo ao longo do turno, sempre que se está junto do doente...”</p>	
	- Estado consciência do doente	Doente consciente	(E1) “... mas estando facilmente despertável consegue-se perfeitamente ter essa noção.”
		Doente não consciente	<p>(E1) “... muitas vezes está num estado de coma é assim um bocadinho complicado de avaliar...”</p> <p>(E9) “Sim, sim... muitas vezes numa fase mais adiantada em que não estão... não estão tão</p>

		<p>comunicativos é difícil avaliar.”</p> <p>(E12) “... outras vezes até nem estar colaborante para isso, pode não conseguir transmitir-nos...”</p> <p>(E16) “Especialmente num doente terminal é mais complicado avaliarmos a dor, muitas vezes pelo estado de prostração que eles já apresentam.”</p> <p>(E17) “... ele pode estar a sofrer em silêncio e aí torna-se difícil de avaliar.”</p>
<p>- Obstáculos na avaliação da dor</p>	<p>- Subjetividade da dor</p>	<p>(E2) “Às vezes sim, mas nem sempre é objetivo e detetável logo.”</p> <p>(E4) “... é assim a dor é uma coisa muito própria, não é... e então muitas vezes é difícil quantificar a dor que o doente possa ter e o tipo de atitudes que possamos ter perante aquela dor que ele nos refere.”</p> <p>(E6) “Um pouco, porque por vezes podem demonstrar outras situações, não só de dor, medo, anseio, ansiedade pelos familiares, um conjunto de situações.”</p> <p>(E7) “... nesses doentes sinto-me assim um bocado frustrada porque acho sempre que eles poderão ter dor e o meu sentido é sempre atuar como se eles tivessem dor.”</p> <p>(E9) “... a sensação, a perceção que nós temos do doente, se tem desconforto ou não, às vezes é complicado de saber exatamente...”</p> <p>(E10) “Por vezes sinto, porque por vezes não demonstram tão facilmente...”</p> <p>(E12) “... às vezes não quer dizer exatamente que é dor, mas um desconforto...”</p> <p>(E13) “... tenho muita dificuldade em saber o grau de dor do doente, a intensidade.”</p> <p>(E14) “... a dor é subjetiva, e se o doente comunicar comigo eu acredito naquilo que ele me disser... agora que é complicado é...”</p> <p>(E16) “Há sempre uma subjetividade associada, principalmente nos últimos momentos em que ele já não emitem... já não verbalizam...”</p> <p>(E17) “Sinto se o doente não referir dor, sinto sempre dificuldade em avaliar a dor... pode não se específico...”</p> <p>(E18) “...que conseguem descrever ou definir melhor a dor que têm...”</p>
	<p>- Desvalorização da dor</p>	<p>(E9) “... além disso, também acho que a gente desvaloriza um bocadinho, ou pelo menos, não temos uma perceção do ideal do que é a dor e quanto limitativa é a dor, e também desvalorizamos um bocado!”</p> <p>(E11) “... por vezes não querem dizer se estão com dor, não querem chatear, temos de estar constantemente a perguntar se tem dores ou não.”</p>

	- Formação insuficiente	(E3) "... ainda tenho alguma dificuldade principalmente na escala de avaliação das faces, e de vez em quando, ainda sinto alguma dificuldade." (E13) "... ou eu não consigo medi-la no doente terminal..."
- Importância da avaliação da dor	- Promover qualidade de vida	- Medidas de conforto (E1) "...manter as medidas de conforto no doente em fase terminal, não é, promover o máximo de qualidade de vida no tempo restante e não o deixar a sofrer." (E4) "Sim, fundamental! Porque a dor causa desconforto ao doente e muitas vezes, ou mau estar..." (E6) "... é importante porque a gente pode atenuar essa mesma dor." (E8) "Sim, sim!...nós se estamos com dor não estamos bem... mas se não tivermos dor, convivemos melhor no nosso dia-a-dia... a dor é impeditivo de qualidade de vida." (E9) "Sim, porque uma situação de dor... é incapacitante e não dá qualidade de vida, e nós queremos numa fase terminal o doente tenha a máxima qualidade de vida, e não tenha dor." (E10) "Sim, considero porque uma pessoa com dor não está confortável e não consegue agir normalmente..." (E12) "... uma das nossas intervenções é avaliar os sinais vitais como uma avaliação geral do utente e esse valor é importante, podes intervir com alguma alternativa para melhorar o estado do utente." (E14) "... danos a entender também um bocado o que o outro está a sentir, do desconforto ou não que sente, do grau de dor que sente..." (E16) "Acho que é extremamente importante... pelo conforto, pela humanização dos cuidados." (E17) "... sentir dor não é confortável, num doente terminal pior ainda, não podemos fazer muito por ele, aliviar a dor seria importante..."
		- Controlo de sintomas (E5) "...sem dúvida alguma, porque se tivermos com dor todos os outros sinais vitais poderão também estar alterados, logo por aí..." (E7) " Sim, porque a dor dói muito!" (E15) "... comparado com outros sinais vitais, a dor manifesta-se de uma forma que causa mais transtorno ao doente." (E18) Sim... por vários fatores... dor provoca desconforto, agitação... agitação, subida da tensão arterial, frequência cardíaca, pode agravar outras patologias

	Valorização da dor	(E2) “... acho que influencia e muito no processo de recuperação do doente.” (E3) “...porque acho que devemos valorizar a dor...” (E11) “ Sim acho que a dor é tão importante como os outros sinais vitais, um doente com dor não consegue estar bem.” (E13) “Sim, porque é um sinal vital...”
--	--------------------	---

II. Opinião dos enfermeiros sobre controlo da dor no doente terminal

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	
- Estratégias Não farmacológicas	- Intervenção Física	- Posicionamentos	(E1) “... se notar que é de desconforto de posição recorrer aos posicionamentos mais frequentemente...” (E3) “...é através do conforto, posicionamentos...” (E5) “... às vezes é suficiente um posicionamento mais correto do doente...” (E7) “Estratégias não farmacológicas através do posicionamento dos doentes...”; “... através da mudança de posição...” (E8) “Alternar posicionamentos, ... medidas de posicionamento,...” (E9) “Primeiro, às vezes consegue-se resolver com posicionamento...” (E10) “...caso contrário devemos proporcionar, quer o conforto, quer nos posicionamentos...” (E11) “...posicionar...” (E12) “...ou posicionamento...” (E13) “...posicionar o doente mais frequentemente...” (E14) “... posicionamentos...” (E16) “...como posicionamento...tentar proporcionar algum conforto através de posturas em que ele se sinta mais confortável...” (E18) “Posicionamento do doente...”

		- Massagem	(E1) "... recorrer... à massagem terapêutica que também é importante..."; "Quando vou posicionar, o simples facto de chegar creme não é só para eliminar algum tipo de rubor mas com o toque proporcionar algum conforto ao doente, nesse caso." (E2) "... medidas não-farmacológicas talvez... massagem terapêutica." (E7) "... através da massagem ..." (E9) "Primeiro, às vezes consegue-se resolver com uma massagem..." (E11) "... massajar..." (E13) "... alívio da dor com massagem..." (E16) "... massajar o doente..."
		- Aplicação de frio ou calor	(E2) "... medidas não-farmacológicas talvez a crioterapia." (E8) "... às vezes do frio, do calor..."
		- Exercício	(E18) "... se necessita de levantar-se, de fazer alguma coisa, se há alguma coisa que possa aliviar essa dor..."
	- Intervenção de Suporte emocional	- Conforto	(E10) "...se a pessoa tem dor não podemos simplesmente abandoná-lo." (E14) "...primordialmente dar conforto ao doente e depois se não obter..." (E15) "... é efetivamente promover o conforto do doente..." (E18) "...se necessita de algum conforto..."
		- Toque terapêutico	(E6) "...sentar ao pé do doente e conversar um pouco, e agarrar a mão acho que alivia em certa parte a dor."
	- Intervenção Cognitivo-comportamental	- Distração	(E8) "... tentar dialogar com o doente..." (E10) "... como com discurso, por vezes apenas comunicando pode ser que alivie alguma parte dessa dor, essa dor pode ser psicológica..." (E18) "... algo que o distraia da situação em que está..."

<p>- Estratégias Farmacológicas</p>	<p>- Administração de medicação Em SOS</p>	<p>(E2) “... e se tiver possibilidade também utilizo medidas farmacológicas prescritas.” (E3) “ Se tiver prescrição médica utilizo medicação...” (E4) “Geralmente se tiver alguma coisa a nível terapêutica é logo a primeira atitude...”; (E6) “... verificar se o doente possui analgésicos...” (E14) “...partir para medicação...” (E17) “É assim são mais as estratégias farmacológicas, tentar administrar a medicação que esteja prescrita nesse sentido.” (E7) “...alguns casos que os doentes têm prescrito em SOS e eu tenho sempre o cuidado de ... tento dar sempre essa medicação...” (E10) “...se tiver analgesia em SOS nós devemos salvaguardar isso...” (E11) “...se puder fazer medicação analgésica, vejo que medicação analgésica tem...” (E13) “... gerir analgesia...” (E15) “Habitualmente se tem analgesia prescrita em SOS recorro à analgesia prescrita em SOS...”</p>
	<p>- Ajuste do plano terapêutico</p>	<p>E1) “... estando o médico assistente, nós voltamos a falar que achamos que o doente está em desconforto...”; “Nos turnos da manhã, quando à visita médica aproveitamos a presença dos médicos, para referir aquilo que nós, enfermeiros vamos debatendo ao longo das passagens de turno.” (E5) “...tenho que realmente de recorrer a outro profissional, para passarmos então às farmacológicas e gerir a analgesia que possa ter prescrito ou então solicitar que prescreva alguma coisa nesse sentido.” (E8) “...determinados médicos que são atentos a este sinal e então prescrevem logo medicação analgésica e com eles conseguimos discutir, pedir e chegar a um consenso...” (E9) “...discutir com os médicos às vezes se necessitam de mais medicação...”; “... ou solicitar ao médico assistente alguma analgesia...” (E16) “...se o doente tem medicação analgésica, para controlo, a primeira atitude que faço é a administração dessa medicação!”</p>

