



Instituto Português de Oncologia – Porto



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar  
Universidade do Porto



Thomas Jefferson University - USA

**CURSO DE MESTRADO EM ONCOLOGIA**

## **DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL**

### **Análise de uma Experiência de Cuidar**

Dissertação de Mestrado da Licenciada:

**MARIA DA CONCEIÇÃO JASMIN PEREIRA  
LOPES DOS SANTOS**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Oncologia, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Luís Manuel Cunha Batalha.

**PORTO, 2008**



À Ana Soraia e ao Eduardo João

Ao Eduardo

Aos meus pais



*“A morte deve apenas tornar-se a saída discreta, mas digna, (...) sem dor nem sofrimento e finalmente sem angústia”*

*Philippe Ariés*



## **AGRADECIMENTOS**

Embora a concretização desta dissertação tenha resultado de um esforço pessoal, a verdade é que só foi possível graças aos apoios e incentivos de várias pessoas, que nela participaram directa ou indirectamente, a quem aproveito para endereçar os meus sinceros agradecimentos.

Ao Professor Doutor Luís Batalha, pela orientação e acompanhamento ao longo deste estudo.

Ao professor Doutor José Manuel e à Professora Maria do Céu, pelo apoio e disponibilidade.

Aos enfermeiros, que colaboraram neste estudo, pela disponibilidade demonstrada e por partilharem connosco as suas vivências.

Ao Conselho de Administração do Hospital onde foi efectuado o estudo, ao Director de Enfermagem, Director de serviço, e ao Enfermeiro responsável, pela colaboração e facilidades concedidas.

Ao meu pai, pessoa de fundamental importância na minha formação pessoal, a minha gratidão pela disponibilidade e apoio demonstrados, pelas sugestões e críticas construtivas e pela revisão do texto.

À minha colega Catarina, pela colaboração, amabilidade e disponibilidade.

À Marta e à Fátima, pela colaboração, amizade, e incentivo com que sempre me presentearam.

Aos meus amigos Lina e Carlos, pela amizade com que sempre me distinguiram e por estarem sempre presentes.

Às minhas amigas, Paula Miguel e Judite, pela amizade, apoio e palavras de incentivo nos momentos de desânimo.

À minha família pelo apoio e compreensão.

À Dona Edite, pela disponibilidade demonstrada e pelo apoio informático.

A todos aqueles, que, de algum modo, me incentivaram e contribuíram para a realização deste estudo.



## **ABREVIATURAS**

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**TENS**- Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea

**IASP** - Internacional Association for the Study of Pain

**SFAP** – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

**EVA** – Escala Visual Analógica

**EN** – Escala Numérica

**MPQ** – MacGill Pain Questionary

**QDSA** – Questionary Douleur Saint- Antoin

**EF** – Escala de Faces

**EQ** – Escala Qualitativa

**AAMC** – Association of American Medical Colleges



## RESUMO

A dor é um sintoma, que surge com mais frequência nos doentes oncológicos, podendo ser encontrada em todas as fases da doença, essencialmente, na fase terminal.

A prevenção e o tratamento da dor são um dever dos profissionais de saúde e um direito das pessoas, que dela sofrem, pelo que é primordial envidar esforços, no sentido de melhorar o nosso desempenho, adquirindo competências específicas para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

Os objectivos deste estudo consistiram em compreender os sentimentos e emoções, que os enfermeiros vivenciam, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal; em analisar os princípios orientadores das acções desenvolvidas pelos enfermeiros, para dar resposta às necessidades da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal; em identificar os modos de agir quotidiano dos enfermeiros, que cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal e em identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

Optou-se por um estudo enquadrado no domínio da investigação qualitativa, tendo recaído a nossa escolha na etnometodologia.

O estudo foi realizado num hospital central da zona centro, com base numa amostra por saturação, constituída por 13 enfermeiros com idades compreendidas entre os 25 e os 43 anos, através de entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados mostram-nos que os enfermeiros vivenciam sentimentos e emoções, durante a prática de cuidar e reconhecem o seu envolvimento emocional.

Os enfermeiros identificam a dor utilizando diversos métodos. A avaliação é feita mediante a utilização de escalas, contemplando ainda outros aspectos, que descrevem a dor. Os enfermeiros, para aliviarem a dor da pessoa doente, utilizam medidas quer farmacológicas, quer não farmacológicas, das quais destacamos a massagem e os posicionamentos antiálgicos. No que respeita às necessidades sentidas pelos enfermeiros cuidadores, salientamos a necessidade de formação pessoal e em equipa, a valorização de conhecimentos na área da dor, a comunicação, os recursos humanos e a humanização.

O nosso estudo tem como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, no intuito de obter o alívio da sua dor, proporcionando-lhe, desta forma, uma melhor qualidade de vida.



## **ABSTRAT**

Pain is a symptom that emerges most frequently in cancer patients, and it could be found at any stage of the disease, essentially at the end of life.

The prevention and the treatment of pain are a duty of health professionals and a right of people that suffer from it, so it's primordial require efforts on the way to enhance performance by acquiring specific abilities to care for the person with pain and cancer at the end of life.

The aims of this study were to understand the feelings and emotions, experienced by nurse staff, when they take care of cancer patients with pain at the end of life; analyze the principles that accustom every actions developed by nurses to answer the needs of a person with pain and cancer at end of life; identify the routine ways of action of nurses that treat cancer patients with pain at the end of life; and identify the requires felt by the nurse staff when they care for a person with pain and cancer at the end of life.

This study is clustered in the domain of qualitative investigation and our option was intended for etnomethodology.

This investigation was performed through semi-structuralized interviews, in a central hospital of the centre region, based in a sample by saturation, constituted by 13 nurses with ages ranging from 25 years old to 43 years old.

Our results evidence that nurses experience feelings and emotions during care practice, and they recognize their emotional involvement.

Nurses identify pain by using several methods. Assessment is achieved by using scales and considering other aspects that describe pain, as well. With purpose of relieve patient pain, nurses use both pharmacologic and non-pharmacologic procedures, in which we detach the massage and antalgic positionings. Relating to the requires felt by care nurses, we point out the necessity of personal and health team education, the valuation of knowledge about pain, the communication, human resources and humanization.

The finality of our study is the improvement of the quality of care administered to cancer patient with pain at end of life, with intend of acquire the relieve of its pain, providing, by this way, one better quality of life.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>21</b>
<b>1 - DOR.....</b>	<b>23</b>
1.1 - CONCEITO.....	24
1.2 - CLASSIFICAÇÃO.....	25
<b>1.2.1 - Quanto à Etiologia e Origem.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.2 - Quanto à Duração .....</b>	<b>26</b>
<b>1.2.3 - Dor Nociceptiva, Neuropática e Mista .....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.4 - Quanto à intensidade .....</b>	<b>30</b>
<b>1.2.5 - Quanto à localização .....</b>	<b>31</b>
1.3 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR .....	31
1.4 - AVALIAÇÃO DA DOR.....	34
1.5 - O PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE A PESSOA DOENTE COM DOR ....	43
<b>2 - A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA TERMINAL .....</b>	<b>49</b>
2.1 - DOENÇA ONCOLÓGICA.....	49
2.2 - O DOENTE EM FASE TERMINAL.....	51
2.3 - CUIDADOS PALIATIVOS.....	54
<b>3 - CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR EM FASE TERMINAL/PAPEL DO ENFERMEIRO .....</b>	<b>57</b>
3.1- CUIDAR: A ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM.....	59
<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>67</b>
<b>1 - MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>69</b>
1.1 - PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS: QUESTÕES ORIENTADORAS.....	69
<b>2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>72</b>
2.1 - SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	75
2.2 - PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	78
2.3 - PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS .....	83
<b>3 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>85</b>

<b>PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>87</b>
<b>1 - SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NO SEU CUIDAR.....</b>	<b>89</b>
1.1 - SENTIMENTOS E EMOÇÕES VIVIDAS.....	89
1.2 - COMPETÊNCIAS DE AJUDA NO CUIDAR .....	100
1.3 - DIFICULDADES SENTIDAS NO CUIDAR.....	104
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DA DOR.....</b>	<b>117</b>
2.1- IDENTIFICAÇÃO DA DOR .....	117
<b>3- MÉTODOS UTILIZADOS PARA A AVALIAÇÃO DA DOR.....</b>	<b>124</b>
3.1 - AVALIAÇÃO DA DOR.....	125
<b>4 – RECURSOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PARA O ALÍVIO DA DOR.....</b>	<b>133</b>
4.1 - MEDIDAS FARMACOLÓGICAS .....	133
4.2 - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS.....	136
<b>5 – NECESSIDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS CUIDADORES .....</b>	<b>142</b>
5.1 - FORMAÇÃO.....	143
5.2 - COMUNICAÇÃO .....	147
5.3 - VISITAS .....	151
5.4 - RECURSOS HUMANOS.....	152
5.5 - RECURSOS MATERIAIS .....	154
5.6 - RECURSOS INSTITUCIONAIS .....	155
5.7 - HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	156
5.8 - NORMAS E PROCEDIMENTOS .....	159
<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>167</b>

## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Guião das entrevistas**

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos enfermeiros participantes .....	77
<b>Quadro 2</b> - Relação entre os objectivos e os blocos temáticos .....	81

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

<b>Diagrama 1</b> - Sentimentos e emoções vivenciadas pelos enfermeiros .....	90
<b>Diagrama 2</b> - Competências de ajuda no cuidar .....	101
<b>Diagrama 3</b> - Dificuldades sentidas no cuidar .....	105
<b>Diagrama 4</b> - Estratégias de alívio .....	108
<b>Diagrama 5</b> - Identificação da dor .....	118
<b>Diagrama 6</b> - Métodos de avaliação da dor .....	125
<b>Diagrama 7</b> - Recursos utilizados pelos enfermeiros para o alívio da dor .....	134
<b>Diagrama 8</b> - Necessidades sentidas pelos enfermeiros .....	142



## INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional, com implicações negativas para a pessoa, que dela sofre, constituindo um desafio para os profissionais de saúde, que lidam com ela, diariamente. Neste contexto, cada pessoa tem a necessidade de ser livre da dor e desconforto, sendo a ausência de dor uma necessidade fundamental e um direito do doente.

A dor é um dos sintomas mais temidos no final da vida (Smeltzer e Bare 2005). De acordo com as mesmas autoras, muitos doentes experimentarão dor à medida que a doença em fase terminal progride. Apesar dos avanços verificados na área da saúde, a dor não tratada continua a ser um problema, pelo que o primeiro passo para a sua resolução é o seu reconhecimento.

O tratamento inadequado da dor oncológica está bem documentado em vários estudos efectuados, onde os pesquisadores observaram que quase 40% dos doentes com doença crónica grave e os doentes idosos, que morreram no hospital, sofreram de dor moderada a intensa nos últimos três dias de vida (Smeltzer e Bare, 2005). Também num estudo efectuado por Lynn, Teno, Phillips et al, (1997), citados por Smeltzer e Bare (2005), sobre a experiência de morrer, foram entrevistados os familiares de 2451 doentes que morreram. Desses doentes, 55% estavam conscientes durante os últimos três dias de vida. Dos doentes conscientes, 4 em 10 apresentavam dor máxima a maior parte do tempo. Estes resultados sugerem que o alívio da dor em doentes em fase terminal, deve ser a principal meta.

O facto de, diariamente, contactarmos com doentes em fase terminal em contexto de trabalho, levanta-nos algumas inquietações pelo que consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre esta temática, que nos conduziu à questão central desta pesquisa: **Como é que os enfermeiros no seu quotidiano lidam com a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal?**

Desta forma, pretendemos conhecer a experiência vivenciada pelos enfermeiros, durante a prática de cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal. Assim, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, que faz uso de um modelo fundamentado em princípios etnometodológicos. Neste sentido, foram traçados os seguintes objectivos: compreender os sentimentos, que os enfermeiros vivenciam, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal; analisar os princípios orientadores das

acções desenvolvidas pelos enfermeiros, para dar resposta às necessidades do doente oncológico com dor em fase terminal; identificar os modos de agir quotidianos dos enfermeiros, que cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal; identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

O estudo encontra-se estruturado em três partes fundamentais. Na primeira parte desenvolvemos o enquadramento conceptual, destinado a enquadrar o problema em estudo que permite orientar a pesquisa. Neste contexto, foi efectuada uma revisão acerca da dor, avaliação da dor, o papel do enfermeiro perante a pessoa doente com dor, a pessoa com doença oncológica em fase terminal, cuidar do doente oncológico com dor em fase terminal / papel do enfermeiro e cuidar a essência da enfermagem. Na segunda parte apresentamos as opções metodológicas onde se faz a abordagem ao problema, às questões de investigação, aos objectivos da investigação, selecção dos participantes, processo de colheita de informação e como pretendemos tratar essa informação e, por último, as limitações do estudo. Na terceira parte apresentam-se, analisam-se e discutem-se os resultados obtidos.

Por fim, extraíram-se as conclusões, donde constam os principais resultados desta investigação e algumas sugestões consideradas pertinentes.

A finalidade deste estudo prende-se com a necessidade de mudança das práticas de cuidar a pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, no intuito de alcançar a excelência dos cuidados.

**PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

---

---



## 1 – DOR

A dor é um sintoma, que ocorre com frequência no doente oncológico, sendo o mais temido pelo doente e pela família. A sua frequência depende, essencialmente, do estágio da doença e do tipo de dor.

A dor está presente em 50% dos doentes, no entanto, quando nos referimos à fase final de vida, a dor atinge uma prevalência de 75 a 85% (Murillo, 1996; Gonçalves, 2002; Bastos, 2005; Pereira, 2006).

De acordo com Pimenta e Ferreira (2006), em cada 46 a 92% dos casos, a dor do doente oncológico está directamente relacionada com o próprio cancro, 12 a 29% relaciona-se com o cancro, 5 a 20% é secundária à aplicação do tratamento e cerca de 8 a 22% das dores, que aparecem nestes doentes, não está relacionada com a doença, nem com o seu tratamento.

A incidência da dor varia com as neoplasias, atingindo 85% dos doentes portadores de tumores ósseos primários, 52% dos doentes com cancro da mama, e 55% dos doentes com linfomas (Gonçalves, 2002).

Num estudo efectuado em Portugal por Portela e Dias (1999), foi notório o número reduzido de doentes assistidos. Cerca de 60% das unidades de dor não atinge os cem doentes por ano. De acordo com os mesmos autores, estes números evidenciam ainda uma fase pouco incisiva nesta actividade. A dor é, de facto, um dos aspectos mais temidos do cancro, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida do doente e família.

Com a criação do Plano Nacional da Luta Contra a Dor, previa-se, que até 2007, 75% dos hospitais públicos portugueses, possuíssem unidades de dor crónica e unidades de dor aguda pós-operatória.

Também a circular normativa da Direcção Geral de Saúde, publicada no dia 14 de Junho de 2003, instituiu a dor como quinto sinal vital. Esta equiparação significa que se considera uma boa prática clínica, fazer a avaliação e registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2003). Esta circular normativa faz alusão ainda às escalas, que deverão ser utilizadas, para fazer a avaliação da intensidade da dor, apresentando algumas instruções para a sua utilização.

Assim, é fundamental que a dor, bem como os efeitos da terapêutica sejam valorizados e, sistematicamente, diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem

das pessoas de todas as idades, que sofrem de dor aguda, ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem (Direcção Geral da Saúde, 2003).

## 1.1 – CONCEITO

Não existe uma definição satisfatória e universalmente aceite de dor. A International Association for the Study of Pain (IASP), citada por Muller e Schwetta (2002: 5), define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”. O conceito de dor é subjectivo, devendo ser entendido como uma sensação somatopsíquica, que está modulada por uma multiplicidade de elementos distintos de pessoa para pessoa, não havendo ninguém, que defina melhor que o próprio doente, a dor, a sua intensidade e o seu nível de bem-estar (Carvalho e Cardoso, 2000).

De facto a dor é de difícil definição, sendo descrita “como um conceito abstracto que se refere a sensações, estímulos. Há também uma emoção de dor, para além da sensação da dor” (Sternbach citado por Karb 1999:303). Sendo a dor uma experiência subjectiva, o doente é o único, que a pode explicitar com mais fidedignidade.

Neste sentido, a dor é “tudo o que a pessoa que sofre diz ser dor e existe sempre que a pessoa diz que existe” (McCaffery citado por Lobo, 1998: 22).

Também Gonzáles Rádío (1999), aludindo Jungler, considera que a dor é imutável, o que varia é a maneira como o ser humano a enfrenta.

A dor é uma queixa humana, que integra o dano físico e psíquico. O dano psíquico pode manifestar-se em forma de angústia e/ou depressão sendo a queixa dolorosa mais frequente e generalizada do ser humano. A dor é ainda vista como sendo uma vivência de dano, que afecta, indubitavelmente, o físico e o psíquico, mas a dor física como é mais concreta, é mais fácil de controlar (Leal Herero, 1999).

Renaud (1995:22) partilha da mesma opinião ao referir que “a dor física nunca é somente física, ela atinge o psíquico através do físico”.

Para Twycross (2003:83) “dor é aquilo que o paciente chama sofrimento”.

A dor é “uma sensação essencialmente física associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos” e sofrimento é “uma sensação psíquica que se associa a sentimentos de perda e/ou culpa que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano” (Gameiro, 1999:30).

Actualmente, a dor é definida como a ciência do sofrimento (Wall, 2007).

Como podemos constatar, a definição de dor, é muito difícil de explicar de forma simples e satisfatória, tendo em conta que se trata de um fenómeno complexo e multidimensional.

Esta ideia é reforçada por Pimenta e Ferreira (2006), quando descrevem a dor oncológica como “dor total”, uma vez que se trata de uma síndrome, que para além da nocicepção (lesão), outros factores físicos, emocionais, sociais e espirituais, têm influência na génese e na expressão da queixa.

## 1.2– CLASSIFICAÇÃO

A dor é uma experiência única e subjectiva, pelo que se torna difícil classificar, ou categorizar descrições de dor.

Neste contexto, surge a necessidade de classificar os diferentes tipos de dor, existindo várias formas de categorização, nomeadamente, de acordo com a sua etiologia, origem, características e duração (Kazanowski e Laccetti, 2005).

### 1.2.1 – Quanto à Etiologia e Origem

A dor pode ter várias etiologias. Segundo Pimenta e Ferreira (2006), a dor pode advir do próprio cancro, 46-92% das vezes, relaciona-se com o cancro, 12-29%, decorre do tratamento antitumoral, 5-20%, e de distúrbios concomitantes em 8-22%.

A dor resultante do cancro pode decorrer de invasão óssea, como por exemplo, metástases, invasão do sistema nervoso central, infiltração do sistema nervoso periférico e acometimento de partes moles, tais como os músculos. Das causas relacionadas com o cancro, destacam-se o linfedema, as úlceras de pressão, a obstipação, entre outros. As causas relacionadas com o tratamento antitumoral têm a ver com a dor pós-cirurgia, pós-radioterapia e pós – quimioterapia. As dores relacionadas com distúrbios concomitantes referem-se a afecções dolorosas, que não estão relacionadas com o cancro e que os doentes já apresentavam antes de ter cancro ou mesmo durante vigência do cancro (Pimenta e Ferreira, 2006).

### 1.2.2- Quanto à Duração

A dor pode ser classificada em aguda e crónica, dependendo estas da causa e da duração (Muller e Schewetta, 2002; Kazanowski e Laccetti, 2005; Pimenta e Ferreira, 2006).

A **dor aguda** decorre sempre de uma lesão tecidual, sendo a manifestação do estímulo nociceptivo, que essa lesão provoca. É provocada por lesão dos tecidos, geralmente definida como aquela que se prolonga pelo menos de 1 a 3 meses (Kazanowski e Laccetti, 2005; Pimenta e Ferreira, 2006).

A dor aguda nociceptiva integra-se num modelo biomédico clássico. As manifestações psicológicas mais habituais, que acompanham este tipo de dor são a ansiedade e por vezes a angústia. O sofrimento, habitualmente, vai diminuindo ao longo do tempo, havendo probabilidade de se obter um alívio completo (Muller e Shewetta, 2002).

Uma **dor crónica** pode ser o resultado de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso, ou de uma patologia do foro psicológico, havendo, frequentemente, a interligação destes mecanismos (Muller e Schwetta, 2002).

Enquanto a dor aguda é um sinal de alarme, a dor crónica passa a ser uma doença em si. O início pode ser súbito ou desenvolver-se, insidiosamente, sendo de duração prolongada que pode ir de 3 a 6 meses (Kazanowski e Laccetti, 2005).

O seu tratamento é, habitualmente, difícil. Assim, a dor crónica insere-se num modelo bio psicossocial, em que, para além do acontecimento com que se inicia, existem factores que podem contribuir para que ela se mantenha e se prolongue. O objectivo da abordagem terapêutica não será a cura, mas sim a melhoria. Os meios necessários a este controlo são diversos, nomeadamente, medicamentos apropriados, bloqueios nervosos, estimulação eléctrica, fisioterapia, apoio psicológico, respeito pelos problemas sociais e profissionais, entre outros (Muller e Schewetta, 2002).

A dor crónica é muito debilitadora para a pessoa doente e para a sua família (Pimenta e Ferreira, 2006). Está, habitualmente, associada à depressão, causando no doente sentimentos de impotência, isolamento e desespero (Black e Matassarini-Jacobs, 1996; Pimenta e Ferreira, 2006).

A dor, que ocorre intermitentemente em doentes com dor oncológica, é descrita como episódica. A dor episódica pode ser caracterizada, de acordo com Kazanowski e Laccetti (2005), de três formas distintas: **dor incidental**, **dor de final de dose** e **dor recrudescente**. A dor incidental está relacionada com uma actividade, ou experiência

particular, como sair da cama, ou reagir a um estímulo emocional, como o medo. A dor de final de dose surge, quando o efeito de um analgésico de acção prolongada não é mantido ao longo da duração esperada. A dor recrudescente é um episódio temporário de dor, que se instala rapidamente, sendo habitualmente, de curta duração, inferior a trinta minutos. A dor recrudescente ocorre, mesmo com uma titulação adequada de opioides de acção prolongada, ou de administração endovenosa contínua de opioides por gotejamento (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A dor com carácter intermitente é também designada por irruptiva, que é a tradução mais utilizada para a breakthrough pain dos anglossaxónicos (Caseiro, 2002). Contudo, o mesmo autor refere que tem sido difícil uniformizar o conceito clínico de dor irruptiva, devido às diferentes denominações consideradas noutras línguas. De acordo com Caseiro (2002: 4-5), citando Pertenoy e Hagen, a dor irruptiva é definida como “um aumento transitório da dor num doente oncológico que se apresenta estavelmente controlada com opioides, do seu quadro álgico persistente”.

Tendo como base esta definição podemos concluir que:

- A dor irruptiva é identificável pelo seu carácter episódico;
- É definida nos doentes oncológicos;
- Só deve ser considerada em doentes, que já se encontrem medicados e, aparentemente, controlados (Caseiro, 2002).

São várias as causas que podem estar associadas ao desencadeamento da dor irruptiva:

- O movimento;
- A pressão;
- A obstipação;
- A flatulência;
- A baixa concentração sérica de analgésicos opioides (Hawthorn e Redmond, 1999; citados por Caseiro, 2002: 5-6).

Assim, são várias as possibilidades de identificar a dor irruptiva e antecipá-la. Os investigadores americanos argumentam que só deve ser considerada a dor irruptiva e tratada como tal, quando a dor basal destes doentes se encontrar controlada, apropriadamente, com analgésicos opioides (Simmonds, 1999; Portenoy, 1999; citados por Caseiro, 2002).

Determinadas situações, como o movimento, a tosse ou a pressão, podem desencadear bruscamente dor e permitirem, pelo seu conhecimento, serem antecipadas com

medicação suplementar. Neste caso estamos perante uma dor incidental (incidente pain), que é considerada por vários autores como uma variante da dor irruptiva, surgindo, isoladamente, da mesma forma repentina e intensa em doentes previamente controlados com opioides, com a diferença de que, pelo facto de se conhecer a sua causa, possibilita a adopção de medidas terapêuticas de antecipação (Simmonds, 1999; Patt e Ellison 1998, citados por Caseiro, 2002).

Assim, a dor incidental é definida por Pimenta e Ferreira (2006), como “a exacerbação transitória da dor, que ocorre somada a uma dor de base persistente”. De acordo com os mesmos autores, os episódios de dor incidental estão relacionados com a dor somática em 46% das vezes, com a dor visceral em 30%, com a dor neuropática em 10% e com a dor de etiologia mista em 16% dos doentes.

### **1.2.3 - Dor Nociceptiva, Neuropática e Mista**

A semiologia da dor oncológica é muito variável, tendo em conta que, na maioria das situações, o tumor invade diferentes estruturas. Daí que Pimenta e Ferreira (2006), considerem que a dor oncológica pode ser dor nociceptiva, dor neuropática e mista. Os mesmos autores consideram ainda a dor psicogénica. Para além destas, Pimparel e Marques (1998) fazem alusão à dor reflexa e à dor psicofisiológica.

Para Pimenta e Ferreira (2006), a dor nociceptiva engloba a dor visceral e somática, e é concomitante ao dano tecidual, ou seja, lesão identificável.

A dor somática tem um início insidioso, sendo normalmente constante e localizada. Os doentes descrevem-na como uma dor aguda ou tipo moimha, podendo esta estar associada a contractura muscular. É precipitada pela mobilização, esforço, aliviando, frequentemente, com o repouso. O doente localiza a dor perfeitamente. São exemplos deste tipo de dor a metastização óssea, a contractura muscular, a dor da incisão cirúrgica e a dor de uma ferida (Pimparel e Marques, 1998; Kazanowski e Laccetti, 2005).

A dor visceral resulta de invasão ou distensão de uma víscera. É causada por processos patológicos, que ocorrem em órgãos internos, tais como o estômago, a vesícula biliar, a bexiga, o útero e o intestino (Pimenta e Ferreira, 2006).

A dor visceral, segundo Kazanowski e Laccetti (2005), caracteriza-se como uma pressão vaga, de localização indistinta, frequentemente percebida como constrictiva, ou em

cólica. Por exemplo a dor desencadeada por metástases hepáticas pode ter um início súbito ou gradual. É uma dor constante e os doentes numa fase inicial caracterizam-na de dor aguda, tipo facada. Contudo, à medida que a doença progride e a hepatomegália evolui, a dor generaliza-se a todo o abdómen. É exacerbada pela mobilização, decúbito lateral direito e respiração profunda; no entanto, é, moderadamente, aliviada pela posição semi-sentada (Pimparel e Marques, 1998).

A dor neuropática, de acordo com Pimenta e Ferreira (2006), está relacionada com a existência de processos somatossensoriais “aberrantes” no sistema nervoso central, ou periférico.

A dor neuropática tem múltiplas etiologias e manifestações clínicas, apresentando-se como uma das síndromes dolorosas mais complexas. É um sintoma resultante duma alteração anátomo-funcional, ou funcional periférica e/ou central ao nível do sistema de transmissão dolorosa. Dor neuropática é um termo vago, uma vez que pode ter, como factores precipitantes, traumatismos mecânicos, isquémia, processos inflamatórios, ou degenerativos, das vias nociceptivas periféricas, ou centrais. A “lesão” precipitante pode ser, inicialmente, periférica (receptores sensitivos periféricos, fibras aferentes primárias, gânglio de raiz dorsal e eferentes periféricos do sistema nervoso simpático), central (vias de nocicepção desde o corno dorsal da medula até ao córtex) e mista (Regalado, 1997).

A dor neuropática é causada por lesão total, ou parcial do sistema nervoso central, periférico, ou ambos, manifestando-se por sinais e sintomas sensoriais, tais como, hipoestesia, alodínea, formigueiro e sensação de queimadura, entre outros. Habitualmente, a dor neuropática é de intensidade gradual, sendo constante, ou intermitente (Pimenta e Ferreira, 2006). Esta dor é descrita pelos doentes de duas formas: dor tipo queimadura, ou dor lancinante, tipo choque eléctrico. Como exemplo deste tipo de dor temos a invasão do plexo celíaco por cancro pancreático e a dor pós radioterapia/quimioterapia (Pimparel e Marques, 1998; Kazanowski e Laccetti, 2005).

As causas de dor neuropática são variadas e incluem infecções, trauma, anormalidades metabólicas, quimioterapia, nomeadamente, o extravasamento de drogas vesicantes, cirurgia, irradiação, neurotoxinas, compressão nervosa, por exemplo, por tumor, por lesão óssea, inflamação e infiltração tumoral. A dor pode ser evocada por um estímulo, ou pode ser espontânea (Pimenta e Ferreira, 2006:132).

De acordo com Twycross (2003: 87), “ a dor presente numa área em que a sensação é anormal ou ausente é sempre neuropática”.

Os doentes com cancro podem ter outros tipos de dor, que não se enquadram nesta classificação, nomeadamente, a dor resultante do edema da metástase cerebral e tumores primitivos do sistema nervoso central e a dor resultante da compressão nervosa por adenopatias (Pimparel e Marques, 1998).

A dor mista, na perspectiva de Pimenta e Ferreira (2006), é aquela que envolve ambos os processos.

A dor reflexa é sentida em zonas, que não a estimulada. Esta pode ocorrer quando a estimulação não é sentida na zona principal.

A dor psicogénica é de difícil compreensão, pelo que o seu tratamento se torna complicado. Este tipo de dor parece ter origem no espírito, ou no estado psicológico do doente. Tendo em conta que a dor tem uma componente psicológica, é difícil distinguir a dor somática da dor psicogénica. Contudo, é importante realçar que o doente sente dor e que esta não é imaginária. Este tipo de dor pode estar associado a depressão (Black e Matassarini - Jacobs, 1996; Pimparel e Marques, 1998).

A dor é sempre uma associação de estímulos fisiológicos e psicológicos, pelo que a dor psicogénica pura é rara. A dor psicogénica parece ter uma base psicológica muito maior do que uma base física aparente (Black e Matassarini-Jacobs, 1996; Pimenta e Ferreira, 2006).

Na opinião de Black e Matassarini – Jacobs (1996), o termo dor psicofisiológica é usado, quando o efeito psicogénico do stress, da ansiedade, do medo, ou da raiva, origina determinadas respostas fisiológicas, sendo a dor uma dessas respostas.

#### **1.2.4– Quanto à intensidade**

Quanto à intensidade da dor, importa salientar que esta é sempre a referida pelo doente. Assim, a Direcção Geral da Saúde (2003), com base numa escala Qualitativa, classifica a dor em:

- Sem dor;
- Dor ligeira;
- Dor moderada;
- Dor intensa;
- Dor máxima.

Na dor ligeira há consciência da dor, sem sofrimento. A dor moderada é suficiente para impedir a pessoa de se concentrar. A dor intensa diminui a pessoa e invade o campo da consciência. Na dor máxima, produzem-se efeitos como a ansiedade, exaustão física e mental.

Na fase avançada do cancro, a dor pode aumentar lentamente de intensidade e, por vezes, ser insuportável. De acordo com Swenson (2000), 70 a 90% dos doentes com cancro avançado experimentam dor de moderada a severa. Ainda de acordo com este autor, 40 a 50% dos doentes oncológicos não atingiram um alívio adequado da dor.

### **1.2.5 – Quanto à localização**

No doente oncológico, a localização da dor pode ser muito variada. Grande parte dos doentes apresenta dor em mais do que um local, originada por diferentes mecanismos (Pimenta e Ferreira, 2006). Ruíz Lopes (1993) comunga desta ideia, quando refere que a localização da dor pode ser precisa ou difusa.

## **1.3 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR**

A dor é algo mais que um fenómeno físico ou sensorial, sendo a resposta individual à mesma influenciada por vários factores, que ajudam a explicar a razão pela qual a dor é uma experiência tão complexa.

Assim, podemos concluir que existem vários factores, que influenciam a percepção, a tolerância e as respostas individuais ao mesmo estímulo, que podem ser entre outras:

- A idade;
- O sexo;
- O medo e a ansiedade;
- A depressão
- A experiência anterior;
- A cultura e religião;
- O ambiente.

### **A idade**

A idade pode influenciar a reacção à dor e tolerância à mesma. De acordo com Black e Matassarín-Jacobs (1996), embora não se possa estabelecer uma relação directa entre a idade e a tolerância à dor, verifica-se que quanto mais idade o indivíduo tem, maior é a sua capacidade de suportar a sensação dolorosa, tendo em conta que a percepção sensorial nos idosos está reduzida.

Os adultos idosos atribuem diferentes significados à sua dor, sendo, frequentemente, considerada uma parte natural do seu envelhecimento.

### **O sexo**

Na maioria das culturas, verifica-se que existem mais restrições em relação ao comportamento dos rapazes, esperando-se que estes expressem menos a dor, que as mulheres (Black e Matassarín-Jacobs, 1996).

É típico deste exemplo o velho ditado “os homens nunca choram”.

### **O medo e a ansiedade**

O medo é definido por Kazanowski e Laccetti (2005), como a sensação de desconforto causada por um factor stressante definido ou específico. Habitualmente, os doentes temem a morte e as situações potencialmente dolorosas. Contudo, muitos outros aspectos podem ser objecto de medo.

De acordo com Wall (2007), o medo origina ansiedade e esta foca a sua atenção. Neste sentido, existe uma correlação acentuada entre dor e ansiedade.

A ansiedade é um factor, que ocorre, frequentemente, nos doentes com dor. Esta é definida por Kazanowski e Laccetti (2005), como a sensação de inquietação, ou desconforto sem que exista um factor causal definido, ou um factor stressante específico, o que dificulta o seu tratamento.

Na opinião de Kazanowski e Laccetti (2005), Wall (2007), medo, ansiedade e aumento do stress, podem exacerbar a dor, constituindo um obstáculo para o alívio da mesma. É considerado o factor mais importante a influenciar a resposta individual à dor, uma vez que afecta a capacidade de tolerância e a capacidade de lidar com a dor (Swenson, 2000).

Tendo em conta que o aumento da ansiedade aumenta a dor, qualquer estratégia, que o enfermeiro utilize para a diminuir, vai ajudar no alívio da dor.

### **A depressão**

Os doentes com dor sofrem, frequentemente, de depressão, que pode ir desde uma melancolia, até a uma depressão prolongada, o que justifica intervenção médica.

(Kazanowski e Laccetti, 2005). Se a dor persiste, e o tratamento é ineficaz, é natural que a depressão surja.

A depressão pode estar associada à experiência da própria dor, ou a aspectos, que tenham a ver com o diagnóstico, imobilidade, mudanças do quotidiano, ou da imagem corporal (Kazanowski e Laccetti, 2005). Os mesmos autores salientam que o doente com depressão, pode apresentar dificuldades em comunicar a sua dor, alívio, ou mesmo colaborar no tratamento para o alívio da dor.

Na opinião de Wall (2007), enfrentar esta situação com ajuda é fundamental, uma vez que não há possibilidade de enfrentar a dor, se esperarmos passivamente a morte ou a invenção de uma cura.

Nesta perspectiva, enfrentar é um processo activo, que deve ser direccionado a tudo, excepto à própria dor.

Neste sentido, é recomendável a avaliação da depressão e o planeamento de intervenções para o seu tratamento, com o objectivo de obter um alívio satisfatório da dor.

### **Experiência anterior de dor**

As respostas à dor podem ser influenciadas pelos eventos dolorosos ocorridos durante a sua vida.

Geralmente, quanto maior é a experiência da dor na infância, maior é a percepção de dor na idade adulta. Daí que seja importante que o enfermeiro converse com o doente sobre os momentos anteriores de dor. O enfermeiro deve ainda determinar, que métodos auxiliaram a aliviar a dor no passado e que medidas não contribuíram, anteriormente, para o alívio da dor (Swenson, 2000).

### **Cultura e religião**

A cultura e a religião são factores importantes na percepção e resposta da pessoa à dor (Swenson, 2000; Kazanowski e Laccetti, 2005).

As respostas aceitáveis à dor aprendem-se numa idade muito precoce. As práticas culturais e religiosas de uma família desempenham um papel importante na experiência de dor. Algumas culturas podem considerar a expressão de dor, ou sofrimento como uma fraqueza, enquanto outras desejam a expressão de dor, para poderem manifestá-la abertamente (Swenson, 2000; Kazanowski e Laccetti 2005). Em algumas sociedades, as pessoas por treino e exemplo, são ensinadas a suportar dores violentas, sem reagir exteriormente.

Do exposto, podemos depreender que nem todas as pessoas manifestam a dor da mesma forma. Daí que seja fundamental que o enfermeiro aceite todas as expressões de dor dos doentes, independentemente do seu ambiente cultural ou religioso.

Neste contexto, Kazanowski e Laccetti (2005), consideram que é importante que a enfermeiro não permita que preconceitos ou diferenças culturais tenham influência na avaliação da dor do doente, ou na sua intervenção.

### **O ambiente**

Determinadas características do ambiente podem influenciar a percepção dolorosa.

Na opinião de Karb (1999), Kazanowski e Laccetti (2005), Wall (2007), um ambiente agradável, um livro, uma conversa estimulante, ou qualquer uma actividade de distração, são estratégias, que ajudam a pessoa doente a diminuir a sua ansiedade e podem diminuir a sensação de dor.

## 1.4 – AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor deve ser um objectivo prioritário das equipas de cuidados (Metzger, Schwetta e walter, 2002). O enfermeiro, para controlar a dor no doente oncológico, necessita de ter presente que esta não é apenas uma dor física, mas também uma experiência emocional, social e espiritual (Dias, Nogueira e Rocha, 1994).

Com a avaliação da dor, o que se pretende é tornar objectivo algo, que é eminentemente subjectivo (Metzger, Schwetta, e Walter, 2002).

O facto de se saber que a dor tem uma componente física e emocional, associada a uma maior compreensão das necessidades do doente, bem como aos tratamentos disponíveis, levou à criação de equipas e centros de dor, que utilizam, na sua maioria, uma abordagem multidisciplinar (Benayas Luna, 1995).

Assim, o tratamento da dor não deve ser feito de uma forma isolada, mas através duma equipa multidisciplinar, da qual deve fazer parte o enfermeiro, cujo esforço conjunto é determinante para o sucesso do tratamento da dor.

O enfermeiro, antes de fazer o planeamento das suas intervenções, deve começar por, fazer uma avaliação completa do doente, bem como uma análise dos dados, de forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem e a planear as suas intervenções.

O enfermeiro que trabalha com o doente de uma forma contínua, poderá começar por avaliar a dor e a reacção do doente à mesma. A avaliação contínua deve incluir dados subjectivos sobre a localização, duração e intensidade da dor.

O enfermeiro e o doente podem determinar a existência de factores associados à experiência dolorosa, tais como a altura do dia, da semana ou do mês, certas posições e actividades, bem como determinadas situações ambientais. O enfermeiro deverá assim estabelecer com o doente uma base de confiança e interesse, para que este possa, livremente e sem receios, expor as suas preocupações.

A avaliação deve ser qualitativa, incluindo a observação de comportamentos, a aparência e a descrição das sensações pelo doente, bem como o impacto pessoal da dor, devendo ser também quantitativa, englobando a descrição da intensidade da dor, pelo doente, bem como as necessidades analgésicas ao longo do tempo (Valadas, 2003).

Assim, a avaliação é fundamental para o controlo da dor, pelo que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008:15- 16), se recomenda:

- 1- Reconhecer que a pessoa é a melhor avaliadora da sua própria dor.
- 2- Acreditar sempre na pessoa, que sente dor.
- 3- Privilegiar o auto-relato, como fonte de informação, da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas.
- 4- Avaliar a dor, de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e ou de acordo com protocolos instituídos.
- 5- Colher dados sobre a história de dor, considerando os seguintes parâmetros:
  - a) Exame físico;
  - b) Descrição das características da dor: Localização, Qualidade, Intensidade, Duração, Frequência;
  - c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor;
  - d) Factores de alívio e agravamento;
  - e) Estratégias de *coping*;
  - f) Implicações da dor nas actividades de vida;
  - g) Conhecimento / entendimento acerca da doença;
  - h) Impacto emocional, sócio económico e espiritual da dor;
  - i) Sintomas associados;
  - j)- Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- 6- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de

quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência de utilização noutros locais.

7 – Avaliar a intensidade da dor, privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade:

- Escala Visual Analógica (EVA);
- Escala Numérica (EN);
- Escala de Faces (EF);
- Escala Qualitativa (EQ).

8- Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino.

9- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação.

10- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, excepto se a situação clínica justificar a sua mudança.

11- Ensinar a pessoa/ cuidador principal/ família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação.

12- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

Contudo, Kazanowski e Laccetti (2005) salientam que da mesma forma, que uma avaliação inadequada representa um obstáculo ao tratamento da dor, existem outros obstáculos, que têm influência no processo de avaliação. A presença de dor é, na perspectiva das autoras, um obstáculo importante, uma vez que a pessoa, que sente dor, tem o seu grau de atenção diminuído, o que impede que comunique com clareza. A dor inibe a compreensão de outros estímulos, revelando-se um obstáculo aos esforços de alívio. O estado mental da pessoa doente pode constituir também um obstáculo, podendo, ou não ser mediado pela dor. Também a ansiedade reduz a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação. A confusão é outro problema, que pode interferir com a avaliação. Para além da própria dor, o estado físico da pessoa doente pode ser um obstáculo na avaliação da dor. O doente é susceptível de apresentar défices auditivos acentuados, podendo estar em estado comatoso, ou ser incapaz de comunicar. É importante a avaliação cuidadosa de qualquer sinal, que possa evidenciar desconforto, nomeadamente, contracções faciais, quando em repouso ou movimento. O tempo, constitui um obstáculo à

avaliação abrangente, uma vez que o doente pode não estar fisicamente presente ou disponível durante períodos prolongados e também devido às actividades, que têm de ser executadas e sobrecarregam o tempo do enfermeiro. Também a linguagem e a cultura, são apontados como potenciais obstáculos à avaliação da dor. O ambiente no qual é efectuada a avaliação, pode apresentar diversos obstáculos ao processo. As interrupções frequentes, o ruído, a sensação de falta de privacidade, o desconforto e a individualidade desrespeitada, são factores, que podem fazer parte do ambiente da instituição, podendo contribuir para que o doente perceba que não está a ser respeitado, ou valorizado. Sentimentos de desesperança ou impotência podem também exercer um grande impacto na participação do doente no processo de avaliação. Por último, a imperícia na obtenção da história clínica, pode prejudicar a avaliação da dor. Neste sentido, é importante que fique registado quem forneceu informações sobre a história, se esta não foi fornecida pela pessoa doente, a percepção da experiência de dor, foi objectiva e não subjectiva (Kazanowski e Laccetti, 2005).

Existem vários instrumentos de avaliação disponíveis, ou seja, as escalas de avaliação. O uso de escalas de quantificação da dor permite uma avaliação objectiva da intensidade, da eficácia e adequação das medidas terapêuticas adoptadas (Dias, 2000; Metzger, Swetta e Walter, 2002; Kazanowski e Laccetti, 2005).

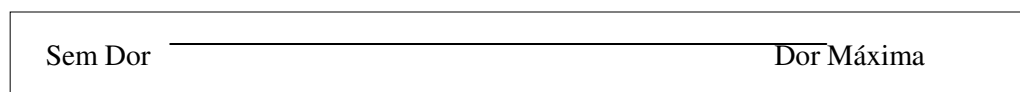
A escolha de um instrumento de avaliação da dor deve ter em conta, antes de mais, as capacidades do doente. Para além disso, Metzger, Swetta e Walter, (2002) consideram que qualquer instrumento de avaliação, deve obedecer a determinados critérios que são:

- pertinência, especificidade e coerência;
- fiabilidade, rigor e objectividade, com o intuito de evitar desvios, manipulações ou envolvimento emocional, da parte do doente ou do cuidador,
- simplicidade, clareza, e facilidade ;
- ser compreensível e utilizável por todos.

De acordo com Metzger, Swetta e Walter, (2002), existem diferentes instrumentos validados, sendo estes de três tipos: unidimensional, pluridimensional e comportamental.

São exemplos de escalas unidimensionais: A Escala Visual Analógica (EVA), convertida em escala numérica, para efeitos de registo, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces (Direcção geral da saúde, 2003).

### **Escala Visual (EVA)**



A escala visual analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e na outra a classificação “Dor Máxima”. O doente deverá fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, posteriormente, 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 será assinalada na folha de registo.

### **Escala Numérica (verbal e Visual)**

A **Escala Verbal - Numérica**, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, que se encontram numeradas de 0 a 10.

Esta régua pode ser apresentada ao doente na posição horizontal ou vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. Assim, pede-se ao doente que atribua um número de 0 a 10, correspondendo o 0 a ausência de dor (“sem dor”) e o 10 à pior dor imaginável (“dor máxima”). A classificação numérica atribuída pelo doente deverá então ser registada (Saúde em Movimento, 2002).

A **Escala visual – Numérica**, em que as explicações são as mesmas da escala anterior, contudo, é mostrada ao doente, a escala concreta impressa em baixo a título de exemplo, onde o doente localizará, espacialmente, a intensidade da sua dor com uma marca (Saúde em Movimento, 2002).

Ex :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

- Zero (0) = Ausência de Dor
- Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.
- Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.
- Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.
- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável

### Escala Qualitativa

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

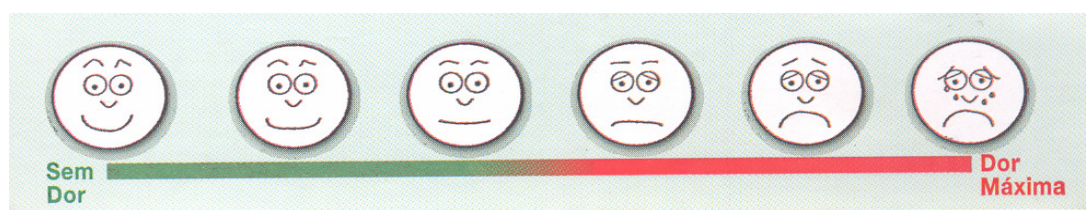
Na Escala Qualitativa, pede-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjectivos deverão ser registados na folha de registo.

De acordo com Metzger, Schewtta, e Walter (2002), esta escala é compreendida por 98% dos doentes, sendo fácil de utilizar. Contudo, o uso destas escalas podem constituir limitações, nomeadamente, em doentes, que apresentem défices cognitivos ou alterações da comunicação verbal, em doentes, que apresentem alteração do estado de consciência e em doentes idosos.

Nos **doentes idosos** e nos que **apresentam défices cognitivos**, ou **alterações da comunicação verbal**, tendo em conta o grau de alteração, pode ser feita uma tentativa de avaliação da dor utilizando-se a escala de faces, usada, habitualmente, em pediatria. Esta escala consiste numa série de seis faces, que expressam níveis progressivos de angústia. Solicita-se ao doente que escolha a face, que de acordo com a mímica representada em cada face, que vai desde a expressão de felicidade, que corresponde à classificação “Sem

Dor”, à expressão de máxima tristeza correspondente à classificação de “ Dor máxima”. Assim, é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor, mediante a escolha da face, que mais se adapta à dor, que está a sentir. Cada face está numerada de 0 a 5, sendo o registo da intensidade da dor efectuado de acordo com esta numeração e com a escolha do doente (Direcção Geral da Saúde, 2003).

### Escala de Faces



A escala de faces apresenta limitações, quando utilizada em doentes com alterações cognitivas graves (Andrade, Pereira e Sousa, 2006).

Segundo Kazanowski e Laccetti (2005) foram desenvolvidas também várias escalas visuais da dor para avaliação. Algumas utilizam cor em blocos separados, ou em sombreamento. Esses indicadores coloridos podem aparecer combinados com palavras descritivas, ou classificação numérica. De salientar que a cor pode ser interpretada de maneira diferente, estando dependente da cultura (Kazanowski e Laccetti, 2005).

Também Prado (2007) faz alusão a uma escala análoga de cores, que foi elaborada para avaliar a intensidade da dor, de forma não verbal, sendo utilizada em alguns estudos para a avaliação da dor em idosos. As diferentes posições da escala são marcadas por tons de vermelho, progressivamente mais escuros, que facilitam a selecção pelo doente de uma posição, que melhor identifique a intensidade da sua dor. O score do doente é o valor numérico, que se encontra no verso da escala e que coincide com a posição escolhida.

Nos doentes, que apresentam **alteração do estado de consciência**, a valorização da dor pelos profissionais de saúde constitui uma dificuldade acrescida, pelo que a sua avaliação, ainda que subjectiva, deve contemplar expressões não verbais, nomeadamente, as expressões faciais, a agitação e o gemido, entre outros.

Para avaliar a dor neste tipo de doentes, a aplicação de uma escala de heteroavaliação, poderá estar indicada.

É importante quantificar o grau de dor antes e após as medidas analgésicas adoptadas, sendo fundamental fazer avaliações e reavaliar, frequentemente, a eficácia das mesmas.

Assim, existem várias escalas validadas, internacionalmente, para a mensuração da intensidade da dor, que podem ser de autoavaliação, o que implica, que a avaliação seja efectuada pelo próprio doente, o que seria recomendável e instrumentos de heteroavaliação, em que a dor é avaliada por um observador.

Como já foi referenciado, as escalas podem ser unidimensionais ou pluridimensionais. As primeiras, apenas avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade, as segundas são questionários elaborados com base em adjectivos, que analisam, de uma forma mais específica, as componentes sensoriais (localização, duração e tipo) e emocionais. Estas escalas são de manipulação mais complexa, pelo que são utilizadas, fundamentalmente, para a avaliação da dor crónica. São exemplos destas escalas, o MPQ (MacGill Pain Questionary), elaborado por Melzack e Wall, que permite avaliar também o impacto da dor nas actividades de vida diária da pessoa com dor e o QDSA (Questionary Douleur Saint – Antoine), que é uma adaptação francesa do MQP. Este questionário, contém 58 adjectivos repartidos em 16 subclasses, das quais 9 permitem avaliar as componentes sensoriais da dor e 7 as componentes afectivas. Este tipo de questionário, não está indicado para doentes, que apresentem dor intensa, fadiga extrema, ou um nível sócio-cultural baixo (Metzger, Schwetta e Walter, 2002; Prado, 2007). O Questionário de Dor de MacGill é, provavelmente, o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para medir a dor. Apresenta fiabilidade e validades boas. Contudo, é um instrumento complexo, exigindo muito tempo, quando aplicado em doentes com idade avançada e com outros factores associados. Neste sentido, diversos estudos utilizaram apenas partes desse questionário. Em 1996, Pimenta e Teixeira adaptaram este questionário para a língua portuguesa em 57 doentes com dor crónica, com uma média de idade de 50,1 anos, não existindo ainda a sua validação para idosos (Prado, 2007).

A partir do inventário McGill, foram criados novos instrumentos de avaliação da dor, destacando-se o “Wisconsin Brief Pain Questionnaire” e o Memorial Pain Assessment Card”. A contribuição mais significativa do questionário Wisconsin foi o acréscimo da avaliação do impacto da dor nas actividades de vida diária, tais como o humor, relacionamento interpessoal, habilidade de caminhar, sono, trabalho e avaliação da vida (Saúde em Movimento, 2002).

Por outro lado, o cartão para avaliar a dor do “ Memorial Card”, em forma de cubo, é composto por três escalas análogo – visuais, que permitem medir o humor, a intensidade da dor e alívio obtido, em que a intensidade da dor, é medida através de oito descritores, que variam entre os extremos, ausência de dor e dor insuportável. A rapidez da sua aplicação é a principal vantagem (saúde em movimento, 2002).

De acordo com Prado (2007), para a avaliação da dor no idoso, encontra-se disponível também o OLD CART, que foi sugerido por Rousseau (1996). Este instrumento avalia o início (Onset), a localização (Location), a duração (Duration), as características (Character), os factores agravantes (aggravating factors) e atenuantes (Relieving factors) da dor e os tratamentos aplicados (Treatments taken) (Prado, 2007).

Os instrumentos de heteroavaliação permitem-nos perceber quais as repercussões da dor sobre os comportamentos, ou sobre a qualidade de vida da pessoa doente.

As escalas comportamentais permitem avaliar as consequências na vida do doente, nomeadamente, o estado de depressão, que é avaliado com a escala de BECK e o estado de ansiedade, que é avaliado com a escala de STAI. As escalas comportamentais podem ainda ser utilizadas nos doentes com dificuldades na expressão verbal, tais como crianças muito pequenas, doentes com perturbações das funções superiores, com demência e com afasia, sendo o único meio de que se dispõe para avaliar a dor. A escala DOLOPLUS é também um exemplo de uma escala comportamental utilizada para avaliar a dor em idosos, integrando as repercussões somáticas e psicomotoras da dor sobre as actividades de vida diária (Metzger, Schwetta e walter, 2002). De realçar que estas escalas fornecem indicações importantes, mas não exploram a experiência dolorosa na totalidade.

Apesar de existirem diversos instrumentos para avaliar a dor, constatamos a inexistência de uma medida, que permita uma avaliação global do fenómeno dor. Deste modo, Scopel, Alencar e Cruz (2007) aludindo (Sousa e Silva, 2005), sugerem que o instrumento ideal para a mensuração da dor deveria ter propriedades de uma escala de razão, fornecer informação imediata sobre a fidedignidade do desempenho dos doentes, ser relativamente livre de viés, ser de fácil utilização em doentes com dor e em doentes sem dor, quer em contexto clínico, quer em contexto de pesquisa, ser fidedigno e generalizável, ser sensível às mudanças de intensidade da dor, ser capaz de avaliar, separadamente, as diferentes dimensões da dor, demonstrar utilidade, tanto para a dor experimental como para a dor clínica, permitindo comparações fiáveis entre ambos os tipos de dor.

## 1.5 – O PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE A PESSOA DOENTE COM DOR

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no controlo da dor e na sua prevenção.

Para ajudar o doente com a sua experiência dolorosa, o enfermeiro selecciona objectivos adequados para as intervenções de enfermagem, compartilhando e confirmando esses objectivos, a curto, médio e longo prazo com o doente. O que se pretende é o aumento do bem-estar e a melhoria do conforto do doente. O objectivo pode ser a eliminação total da dor, nalguns casos, noutros pode ser algum alívio, uma diminuição da intensidade, da duração e da sua frequência, bem como a redução dos efeitos prejudiciais da sensação dolorosa na vida do doente. Pode ser também um objectivo, adquirir uma maior tolerância à dor, levando a uma maior independência nas actividades de vida diária. É essencial que o doente saiba descrever as medidas de alívio da dor, que perceba os objectivos da terapia, assim como os procedimentos a efectuar. O doente deve ainda conhecer a terapêutica analgésica prescrita, tendo em conta a sua acção, dosagem, frequência, intervalo de administração e efeitos secundários (Smeltzer e Bare, 2005).

O enfermeiro, ao cuidar do doente com dor, deve desenvolver esforços para ir de encontro às suas necessidades, pelo que uma boa relação enfermeiro/doente/ família é um aspecto fundamental da sua actuação. Citando Cristina, Lança e Rodrigues (1998: 21), “cuidar é função do enfermeiro face à pessoa humana com necessidade de ajuda”.

Na interacção enfermeiro/doente/família deve estar presente uma verdadeira relação de ajuda. Queirós (1999: 24), citando Phaneuf, refere que a relação de ajuda, “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa”. Na relação de ajuda, existem certas habilidades e atitudes, que devem ser mantidas, tais como a aceitação incondicional da pessoa doente, a autenticidade, o respeito pela dignidade humana, a empatia e outras. O enfermeiro e o doente devem pois respeitar-se a si próprios, para poder existir respeito na relação de ajuda existente entre os dois.

O respeito é algo que vai além da situação relacional, ou seja, é uma qualidade fundamental, um valor, uma atitude de base, que se encontra na expressão de “comportamentos” (Queirós, 1999).

A empatia é um factor fundamental na relação de ajuda. Queirós (1999: 37), citando Gibbons, salienta que “*a empatia é, sempre benéfica, mesmo sendo necessário um elevado*

*sentido do eu, para a pessoa que manifesta empatia de um modo efectivo. Nós devemos ser capazes de ser sensíveis com os outros, sem perdermos a nossa própria integridade. Apenas escutar não é suficiente ... escutar com empatia é essencial".* A qualidade da comunicação verbal e não verbal é também um elemento fundamental da relação enfermeiro/doente/família.

Estar junto do doente, permitindo que este fale sobre os seus sentimentos, os seus anseios e as suas dúvidas, pode diminuir a sua ansiedade em relação à dor, fazendo com que o doente a tolere mais facilmente.

Deve ser preocupação do enfermeiro, apresentar um comportamento tranquilo e mostrar disponibilidade para ajudar o doente, transmitindo-lhe que a sua dor é compreendida e que tudo fará para lhe proporcionar o seu alívio. É função do enfermeiro, quando cuida do doente, acreditar nas suas queixas. Assim, o objectivo do enfermeiro será por um lado prevenir, minimizar ou aliviar a dor e por outro, ajudar o doente a suportar a dor e/ou diminuir a sua ansiedade perante esta. O objectivo máximo da intervenção de enfermagem, será proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida, da forma mais independente possível.

O tratamento da dor oncológica passa pela abordagem farmacológica e não farmacológica (Pimenta e Ferreira, 2006).

A administração da terapêutica analgésica tem como objectivo proporcionar o alívio da dor. É da responsabilidade do enfermeiro cumprir, ou fazer cumprir com regularidade a sua prescrição, para que esta produza o máximo efeito. É importante que o enfermeiro explique ao doente/família a acção dos medicamentos, a dosagem, o horário da administração e possíveis efeitos colaterais.

É ainda função do enfermeiro colaborar com o médico, aquando da realização de medidas farmacológicas invasivas, nomeadamente na realização de bloqueios nervosos.

Assim, o enfermeiro deve ter em atenção os princípios, que norteiam o uso de analgésicos, que são, de acordo com Twycross (2003), os seguintes:

**Boca** – a via oral deve ser a privilegiada, devendo apenas ser considerada outra via, se o doente não for capaz de engolir, ou se sentir uma dor muito intensa, que requeira uma acção muito rápida;

**Relógio** – a dor persistente exige uma terapia preventiva, pelo que os analgésicos devem obedecer a um regime regular, com prescrição a horas fixas. O SOS, ou dose de resgate, só deve ser administrado em episódios de dor intensa, que surjam, apesar das doses regulares;

**Escada** – o tratamento da dor deve ser efectuado de acordo com a Escada Analgésica da OMS, que classifica os fármacos analgésicos em três degraus. No primeiro degrau, os analgésicos são não opioides, estando este reservado para os doentes com dor ligeira. No segundo degrau estão os opioides fracos, podendo os analgésicos adjuvantes ser associados, se necessário. Este degrau está reservado para os doentes que apresentem dor moderada ou intensa. O terceiro degrau, utiliza opioides fortes, com ou sem analgésicos adjuvantes, sendo usado para controlar a dor dos doentes, que apresentem dor moderada a intensa, que não respondam a doses máximas do tratamento do degrau dois (Twycross, 2003; Pereira, 2006).

Actualmente, alguns autores têm sugerido a inclusão de um quarto Degrau na Escada Analgésica da OMS, com o intuito de lidar com os problemas dos doentes, que não respondem à terapêutica incluída nos três degraus. Este degrau teria apoio em procedimentos específicos, tais como a administração de anestésicos e opioides a longo prazo por via epidural, intratecal, cordotomia e outros bloqueios, nomeadamente, do plexo celíaco (Pereira, 2006).

**Tratamento individualizado** – A dose correcta é aquela que controla a dor, se considerada necessária, devendo as doses ser tituladas em escalada até se obter um controlo da dor, ou os efeitos secundários não permitirem nova escalada;

**Uso de adjuvantes** – como complemento da escada analgésica e no seu âmbito, os adjuvantes incluem outros fármacos, que permitem o alívio da dor em situações específicas, os fármacos que controlam os efeitos secundários dos analgésicos e a medicação psicotrópica complementar prescrita, tais como ansiolíticos.

Neste contexto, é importante que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos, que lhe permitam administrar os fármacos, nas dosagens correctas e de forma adequada, respeitando assim os princípios defendidos pela Escada Analgésica da OMS.

Existem várias técnicas de enfermagem, não invasivas, que podem ajudar a aliviar a dor. O simples facto do enfermeiro estar presente e mostrar-se disponível, pode ajudar a aliviar a dor e a reduzir a ansiedade do doente.

**O toque** é um aspecto essencial na comunicação com o doente, uma vez que, frequentemente, lhe transmite uma sensação de tranquilidade.

O toque é um cuidado, que tem como objectivo o conforto, o bem-estar, o relaxamento, a descontração, o alívio da sua própria dor e consolida a confiança e a relação terapêutica. Não existe um comprimido para todos os doentes, o que existe é contacto humano, toque físico e presença (Lobo, 1998).

Na perspectiva de Urbano et al, (1999:32) “ o toque pode constituir um componente crucial importante quando se deseja um eficaz alívio da dor”.

**A distração** é outra atitude terapêutica, que se pode utilizar no controlo da dor. “A distração interfere com o estímulo da dor e, por isso, modifica o conhecimento da dor” (Karb, 1999:313). De acordo com esta autora, a dor suave ou moderada pode ser modificada, se centrarmos as actividades no ambiente. Ver televisão, ou ouvir música, pode proporcionar distração ao doente, levando ao abrandamento da dor. De salientar que nem todas as pessoas são capazes de usar a distração com êxito, pelo que a sua prática pode ser fundamental para a tornar eficaz.

A distração permite focalizar a atenção em algo diferente da dor, podendo ser o mecanismo responsável por outras técnicas cognitivas efectivas (Smeltzer e Bare, 2005). As mesmas autoras são da opinião que a distração reduz a percepção da dor ao estimular o sistema descendente, o que pode resultar em estímulos menos dolorosos transmitidos para o cérebro.

**A TENS** (transcutaneous electrical nerve stimulation) é uma técnica antiálgica, pode ser utilizada no controlo de qualquer dor localizada, seja ela de origem somática, ou neurogénica, aguda, ou crónica. A TENS, isoladamente, não pode alterar um estado doloroso crónico, mas constitui um complemento importante, do qual se devem explorar todas as potencialidades com paciência, perseverança e convicção (Benôit, 2002).

A TENS pode ser utilizada nas dores neurológicas periféricas relacionadas com lesões traumáticas de nervos, com compromissos radiculares (ciatalgia crónica), ou compromissos do gânglio raquidiano (nevralgias pós-zoster). O tratamento da dor dos amputados dos membros pode utilizar a TENS, tanto para as dores do coto, como para as do membro fantasma. As dores neurológicas centrais como as dos arrancamentos do plexo, das lesões medulares, ou das síndromas talâmicos, não respondem, favoravelmente, a esta técnica (Benôit, 2002). O mesmo autor, refere algumas contra-indicações, que aconselha a respeitar: não provocar estímulos sobre a face anterior do pescoço devido ao risco de espasmo dos músculos laríngeos, ou de estimulação do seio carotídeo, que pode provocar hipertensão e não estimular doentes com pace-maker cardíaco.

**A técnica de relaxamento** reduz a ansiedade, a tensão e a intensidade da dor, quando combinada com uma respiração rítmica lenta com progressivo relaxamento de grupos musculares de todo o corpo e posição confortável do doente, técnicas de concentração em cada extremidade do corpo (Lobo, 1998).

O relaxamento pode ser definido, de acordo com Pimenta e Ferreira (2006: 159), “como o estado de ausência relativa de ansiedade e tensão muscular, a serenidade da mente e dos músculos”. De acordo com os mesmos autores, as técnicas, que utilizam a respiração como estratégia para o relaxamento, têm como objectivo tornar a pessoa consciente do processo de respiração, que, habitualmente, é inconsciente. Assim, quando a atenção é focada na respiração, ela é removida das áreas de tensão. Estas técnicas são muito flexíveis, sendo fáceis de ser apreendidas e utilizadas (Pimenta e Ferreira, 2006). As técnicas de relaxamento progressivo são desenvolvidas a partir de um procedimento estruturado de contracção e relaxamento de grupos musculares específicos, numa sequência preestabelecida. Estas ajudam a pessoa a ficar mais consciente dos locais de tensão muscular, sendo necessários cerca de 20 minutos para a realização de toda a sequência. O auto-relaxamento está também muito difundido entre as pessoas e consiste no uso de frases afirmativas e agradáveis, que a pessoa repete para si, como por exemplo, a minha mente está calma, os meus músculos estão relaxados (Pimenta e Ferreira, 2006).

**A massagem e a pressão** são técnicas, que podem também auxiliar no alívio da dor.

A massagem é um dos procedimentos mais efectivos, quando realizado com as mãos e tem como objectivo provocar efeitos sobre a circulação local e geral do sangue e da linfa, produzindo sensação de prazer primário, sendo os efeitos secundários mínimos (Carvalho e Cardoso, 2000).

Existem diversos movimentos, que podem ser utilizados na massagem, nomeadamente, o deslizamento, o amassamento, a fricção, a percussão, a compressão e a vibração (Pimenta e Ferreira, 2006). Para efectuar a massagem, o uso de óleos, ou cremes auxilia o deslizamento das mãos na realização de movimentos. A massagem de conforto superficial é aplicada no dorso, sendo comumente utilizada. A massagem nos pés é também referida, frequentemente, pelas pessoas, como relaxante (Pimenta e Ferreira, 2006). Os mesmos autores referem que a massagem pode ser utilizada em doentes com dor, nos acamados, nos ansiosos, nas pessoas com distúrbio do sono e em doentes muito isolados, como método de contacto físico, entre outras finalidades.

**Mobilizações activas e passivas** podem ser utilizadas para prevenir a ocorrência da dor e a diminuição da capacidade funcional. Podem realizar-se exercícios físicos activos e passivos das articulações de forma progressiva e suave, com uma frequência variável, tendo em conta as capacidades do doente. Ajudam a prevenir o aparecimento de dor por imobilização (Aramburu et al, 2000). Neste contexto, o enfermeiro ocupa um papel de

realce, ajudando o doente a escolher medidas não farmacológicas, que possam ajudá-lo a reduzir, ou a eliminar a sua dor.

**O ensino** é um aspecto de particular realce na área da enfermagem. Este deve ser individualizado, tendo em conta a vontade e o interesse da pessoa em aprender, bem como a sua capacidade física e mental.

O ensino pode incluir a causa da dor, as diferentes formas de alívio, bem como formas alternativas de realizar as actividades diárias de uma maneira menos dolorosa, ou consumindo menos energia. O enfermeiro deve ainda ajudar o doente a prevenir, ou modificar, algumas situações, que precipitam, ou agravam a dor. É ainda função do enfermeiro incentivar o doente a realizar as suas actividades nos períodos em que tem menos dor. É importante também explicar ao doente/família a necessidade de tomar a medicação analgésica e como tomá-la, para que haja um controlo adequado da dor (Hogan, 1999).

---

---

## 2 – A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA TERMINAL

Após a revolução industrial, assistiu-se a um progresso social, que conduziu a mudanças significativas na área da saúde, nomeadamente, no que concerne à evolução das doenças e das condições de vida das populações. O progresso científico bem como a melhoria das condições de vida vieram aumentar a longevidade. De acordo com Paúl (1995), o aumento da esperança de vida, tem sido acompanhado de um acréscimo das doenças crónicas e incapacitantes, constituindo estas as patologias dominantes da nossa sociedade.

Calcula-se que morrem cerca de 50 milhões de pessoas por ano no mundo, das quais 87% se deve a doença crónica, ou terminal (Férez, 1998).

Neste sentido, tratar de doentes com doença crónica terminal, torna-se difícil, uma vez que as unidades hospitalares estão habilitadas para curar e não para cuidar. Neste contexto, surge uma nova filosofia de cuidados, os cuidados paliativos, que pretendem proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes e família.

### 2.1 – DOENÇA ONCOLÓGICA

O cancro é uma doença, aparentemente, considerada pela maioria das pessoas como uma doença grave, sem retorno, incurável, associada a um grande sofrimento, dor, mutilação e alteração da imagem corporal com grande impacto para o doente e família.

*“Para além do medo irracional que frequentemente desperta, o cancro é uma doença que envolve um elevado grau de incerteza e indeterminação no que respeita à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico”* (Dias, 2002: 235).

O diagnóstico do cancro continua a significar morte para alguns e mutilação para outros. O diagnóstico de cancro é sem dúvida traumático (Phipps et al, 1999).

Nas próximas décadas as estimativas da OMS, a nível mundial, apontam no sentido de um crescimento exponencial das doenças oncológicas, duplicando de 10 para 20 milhões o número de novos casos, que, anualmente, serão diagnosticados (Dias 2002, citando Sikora; Marques, 2003).

Para alguns doentes é possível a remissão da doença, mas para outros, não. Contudo, para ambos as alterações provocadas na sua vida pessoal, familiar e profissional são violentas e marcantes. Daí que seja fundamental que o enfermeiro, que cuida destes doentes, tenha em conta a especificidade da doença oncológica. Nesta perspectiva, também as crenças populares e as representações sociais do cancro têm um papel relevante, na forma como as pessoas percebem a doença e o seu tratamento.

Segundo Sousa (1997: 58-59) citando Moscovici, o reconhecimento da natureza essencial das representações sociais é traduzido por *“um conjunto de conceitos, enunciados e explicações que provêm da vida quotidiana... Eles são o equivalente na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poderemos mesmo considerar como a versão contemporânea do senso comum...”* (Sousa 1997: 58-59, citando Moscovici).

Assim, a doença aparece-nos muitas vezes associada a ideias e crenças de índole popular, enraizadas na cultura das pessoas e que se tem transmitido de geração em geração, em que o cancro é associado a um bicho, que corrói e consome, lentamente, o hospedeiro, como se pode constatar no estudo efectuado por Mendes e Eustáquio (2000:21), *“pensei logo que o bicho me comia por dentro” ou “e que no fim.... me ajudassem a não deitar os restos das tripas pela boca”*.

Em termos de representações sociais do cancro na população americana, 63% de uma amostra afro-americana acredita que o diagnóstico do cancro, é uma sentença de morte; 62,5% consideram o cancro uma doença contagiosa (Bloom e col., 1991, citados por Matos e Pereira, 2005:15). Contudo, os mesmos autores salientam que se por um lado existe na população em geral um forte estigma associado à doença, por outro assiste-se a uma sobrevalorização da doença oncológica.

Estas e outras crenças que estão associadas ao diagnóstico de cancro condicionam, frequentemente, a resposta à doença por parte do doente e sua família, pelo que é necessário que os profissionais de saúde e, nomeadamente, os enfermeiros dêem enfoque a esta problemática.

As representações pessoais e sociais do cancro podem induzir o doente a abandonar os projectos e expectativas, que formulou ao longo da sua vida. Pode haver dificuldade em compreendê-lo e essa incompreensão leva à falta de sentido de vida e esta falta de sentido de vida desespera (Garcia Baró, 1999).

## 2.2 – O DOENTE EM FASE TERMINAL

Os doentes a quem são dirigidos os cuidados paliativos são designados, habitualmente, por doentes terminais. Doente terminal é a pessoa, que sofre uma doença irreversível, cuja morte se espera que ocorra apesar de todos os esforços ao nosso alcance, quer dizer, está no processo final da sua vida, de acordo com as suas circunstâncias individuais, familiares, sócio-culturais e do seu meio (Elena Suárez, citada por Moreira, 2001).

Na opinião de Cortés (1998), devemos evitar a designação de doente terminal, sendo preferível referirmo-nos a este tipo de doentes como “doentes com doença terminal”, “doentes em fase terminal” ou “fase terminal de doença”.

São vários os critérios, que definem a situação terminal do doente com doença oncológica. De acordo com Cortés (1998), os critérios mais adequados são os de Sanz Ortiz (1987), que são os seguintes:

- Diagnóstico de malignidade, comprovado histologicamente;
- Deve ser possível prever o momento da morte. A expectativa de vida, por si só, não define a situação terminal;
- Aquele em que se esgotaram os recursos terapêuticos específicos e a expectativa de vida que se estima não ser superior a três meses.

Por outro lado, Báron (1996), apesar de defender a ideia de que não existem critérios bem definidos para identificar um doente como sendo terminal, aponta um conjunto de sete critérios para o diagnóstico de fase terminal de um doente, sendo eles:

- Doença de evolução progressiva;
- Estado geral grave, inferior a 40% na escala de karnofsky;
- Perspectiva de vida não superior a seis meses;
- Insuficiência de um órgão;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos alternativos para a cura, ou para o aumento da sobrevivência;
- Complicações irreversíveis finais.

De acordo com o mesmo autor, o doente encontra-se em fase agónica, quando se prevê que a morte ocorra nas próximas 48 horas.

Para Neto (2006), o doente agónico é aquele que, previsivelmente, pelas características clínicas, que apresenta, está nas últimas horas ou dias.

Na opinião de Abiven (2001:56), “esta última fase pode ser breve, algumas horas, ou longa, vários dias, uma semana”. Nesta fase, assiste-se, frequentemente, a um “abandono” dos doentes e sua família, com a ideia de que “não há mais nada a fazer, quando afinal existe ainda muito a fazer”.

Neto (2006:30), apoiando-se nos Estándards de Cuidados Paliativos do Servei Catalã de Salut (1995), define doente terminal como “ *aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobre-vida esperada de 3 a 6 meses*”.

Fernández citado por Pacheco (2002: 106), refere que “*pode ser verdade que já não haja tratamento terapêutico, que não existam já possibilidades de acção no campo da cura (cure), mas continuam a existir no campo da acção e do cuidado (care), que deve continuar a prestar ao doente terminal*”.

A pessoa com doença terminal está fragilizada e vulnerável pelo seu sofrimento, pelas suas dúvidas, pelos medos que sente, nomeadamente, da dor e da morte e pela própria incerteza, que o rodeia. Neste contexto, os seus direitos como pessoa, assumem um papel de destaque.

Assim, surge a necessidade de conferir direitos ao doente terminal, para que este viva com dignidade a sua própria morte. Estes, encontram-se consagrados na carta dos direitos do doente terminal, que foi elaborada e aprovada em 1975, com o intuito de mostrar aos profissionais de saúde alguns aspectos fundamentais, para melhorar o cuidar do doente em fase terminal.

Neste contexto, existem algumas necessidades consagradas na Carta dos Direitos do Doente Terminal que na opinião de Pacheco (2002: 90), são prioritários e exigem uma resposta adequada. São eles:

- Ser tratado como pessoa até ao momento da morte, o que implica a prestação de cuidados individualizados, tendo em conta que o doente é uma pessoa, única em carácter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções, que devem ser respeitados;
- Expressar os seus sentimentos e emoções relacionadas com a proximidade da morte, o que implica ser ouvido, compreendido e poder partilhar com os amigos, familiares e profissionais de saúde todas as preocupações, para o que é necessário um clima de abertura e de verdade;
- Manter um sentimento de esperança e ser cuidado por pessoas capazes de ajudar a alimentar e que pode ir desde a esperança de conseguir a cura, até

outro tipo de esperança menos “ambiciosa”, como seja a de viver mais algum tempo, de não sofrer, de ter uma morte serena, ou ainda a esperança da morte não ser, simplesmente, o fim de tudo;

- Manter e expressar a sua fé, ou seja, poder discutir e partilhar as suas convicções religiosas, mesmo que sejam diferentes das dos outros, o que implica a liberdade de ter a assistência religiosa, que deseja. E mesmo quando o doente não professa qualquer religião, tem também o direito de prescindir de qualquer assistência religiosa;
- Ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis, que compreendam as suas necessidades e prestem cuidados correspondentes, tecnicamente correctos e com sensibilidade humana, mesmo que seja evidente que a cura já não é possível;
- 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;
- Receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas, participar em todas as decisões, que lhe dizem respeito e decidir livremente sobre o seu tratamento, após ser devidamente esclarecido;
- Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto de as suas decisões serem diferentes das que tomariam as pessoas, que os cuidam;
- Ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo de doença e no momento da morte e nunca morrer só;
- Morrer em paz e com dignidade.

Os aspectos realçados nos direitos dos doentes em fase terminal reflectem, assim, necessidades reais, que estão presentes na fase terminal da vida, chamando a atenção para a importância dos profissionais de saúde atenderem as necessidades dos doentes, acompanhando-os em todo o processo de morte.

Neste contexto, *“nunca será de mais respeitar todos os direitos da pessoa doente em fase terminal, para que ela possa viver com dignidade o resto de tempo que lhe falta e para que possa também morrer com dignidade”* (Pacheco: 91).

## 2.3 – CUIDADOS PALIATIVOS

A origem dos cuidados paliativos remonta à década de sessenta, quando a Doutora Cicely Saunders impulsionou, com a sua decisão e coragem, o nascimento do que hoje denominamos de cuidados paliativos. De acordo com Trill e Imedio (2000), esta admirável mulher orientou todo o seu trabalho profissional, na procura de soluções específicas para as necessidades reais dos doentes com doença em fase terminal, revolucionando os conceitos de tratamento, reclamando para os doentes e suas famílias um atendimento global, que contemple não só as necessidades físicas, mas também as psicológicas, sociais e espirituais. Neste sentido, fundou o Saint Christopher's Hospice em Londres, uma instituição com dedicação exclusiva a doentes em fase terminal, onde estes passaram a usufruir de cuidados médicos e de acompanhamento humano adequado até à morte.

Cicely Saunders defendia que os doentes em fim de vida já não necessitavam de cuidados curativos, mas sim de cuidados paliativos, tendo como principais objectivos o alívio da dor e o conforto do doente em fase terminal. Considerava fundamental cuidar do doente como um todo, tendo em conta que é como um todo que o doente sofre. Foi ela que pela primeira vez utilizou a designação de “total pain”, que se refere não só à dor física, mas também ao sofrimento psicológico e espiritual, que acompanha, habitualmente, toda a dor do doente em fase terminal. *“Chamou a atenção para o facto de esta “dor total” estar ainda associada ao medo, à angústia e às múltiplas perdas que se sucedem, absorvendo toda a pessoa”* (Pacheco, 2002:104).

A doença é de facto uma fonte de sofrimento, não só para o doente como para a família. O sofrimento é entendido por Cecily Saunders, *como “ uma globalidade vivida e ressentida objectivamente. Tem raízes nos sofrimentos anteriores da pessoa, na sua educação, na sua forma de pensar, nos seus valores, na sua crença religiosa, na sua atitude perante a morte”* (Salazar, 2003:9).

Nesta perspectiva, ajudar a pessoa doente em sofrimento é uma prioridade, que deve ter por base o respeito pela sua autonomia e dignidade. É neste contexto que surgem os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos consistem em *“cuidados totais e activos prestados aos enfermos cuja doença já não responde ao tratamento curativo, com o objectivo de obter a melhor qualidade de vida possível até que a morte ocorra, controlando a dor e os outros*

*sintomas integrando aspectos psicológicos, sociais e espirituais nesses cuidados” (Pacheco, 2002: 100).*

Os cuidados paliativos são definidos pela OMS (2002), citada por Neto (2006:19), como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e / ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.*

De uma forma diferente, mas mantendo o mesmo sentido, a OMS citada por Bernardo (1999: 4), refere que *“os cuidados paliativos... afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal..., nunca antecipam nem atrasam a morte..., proporcionam alívio para a dor e para outros sintomas incómodos..., integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados..., oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte”.*

O termo paliativo deriva do étimo latino pallium, que significa manto, capa (Twycross, 2003).

Os cuidados paliativos vão muito além do alívio dos sintomas físicos; eles procuram integrar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, para que os doentes se possam adaptar à sua morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto seja possível. Assim, as quatro componentes essenciais dos cuidados paliativos são o alívio dos sintomas, a família, e o trabalho em equipa, obviamente ligados pela comunicação apropriada.

A essência dos cuidados paliativos está patente, na opinião de Twycross (2003), nesta frase do corão, *“Assim possas estar envolto em ternura, meu irmão, como se estivesses abrigado num manto”.*

Os cuidados paliativos podem estender-se, se necessário, ao apoio no luto.

Os cuidados paliativos:

- Dirigem-se mais ao doente, que à doença;
- Aceitam a morte, mas também melhoram a vida;
- Constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados;
- Preocupam-se mais com a «reconciliação» do que com a cura (Twycross, 2003:17).

Assim, os principais objectivos dos cuidados paliativos são:

- Prestar cuidados individualizados, tendo em conta a singularidade de cada ser humano e todas as dimensões do seu ser;
- Prevenir a dor ou, pelo menos, torná-la tolerável, através de uma prescrição contínua de analgésicos e outras medidas complementares;
- Aliviar outros sintomas causados pela doença, ou pela medicação, como por exemplo náuseas, anorexia, diarreia ou obstipação;
- Oferecer apoio relacional, moral, espiritual e religioso ao doente em fase terminal e à família;
- Contribuir para promover a qualidade de vida do doente até à morte;
- Apoiar a família durante o processo de morte e de luto (Pacheco, 2002: 101).

Assim, os cuidados paliativos só são viabilizados, se tiverem em consideração as seguintes áreas fundamentais:

- Controlo dos sintomas;
- Comunicação adequada;
- Apoio à família;
- Trabalho em equipa (Twycross, 2003; Neto, 2006).

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo a ser desenvolvida, progressivamente, sendo hoje perspectivada como um direito humano, nomeadamente, na Comunidade Europeia (EURAG, 2004).

Neste contexto, *“a medicina paliativa é pois, uma forma mais humanizada de cuidar do doente na fase final da vida. Encarando a morte, acompanhando os doentes até ao seu último momento, ajudando-os a viver plenamente o tempo de vida que lhes resta, sem morbidez mas com serenidade, tranquilidade, e sem sofrimento”* (Cardoso, 1997:15).

### **3 - CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR EM FASE TERMINAL/PAPEL DO ENFERMEIRO**

A morte é um fenómeno de extrema complexidade. Morrer é parte integrante da vida, tão normal e previsível como nascer.

Ao longo da sua vida, o ser humano, experiencia as mais variadas vivências, que passam pelas emoções, sentimentos e conflitos. Desta forma, quando uma pessoa sente que vai morrer, vive um acontecimento idêntico ao seu nascimento, ou seja, prepara-se para entrar numa dimensão, que lhe é totalmente desconhecida. Pela sua proximidade com a morte e o sofrimento ao qual a doença conduz, o doente em fase terminal, adquire características especiais, no meio dos outros doentes, que, diariamente, se confrontam com patologias ameaçadoras para a vida.

Quando a ciência atinge o seu limite e falha, os profissionais de enfermagem têm uma inigualável função de fazer algo mais pela pessoa. E porque a morte existe, é necessário encará-la de frente e ajudar as pessoas a assumi-la como realidade, sabendo-se que esta tarefa nem sempre é fácil para quem cuida.

Perante o doente em fase terminal, é importante aproximarmo-nos, parar e ter tempo para escutar e acompanhar quem sofre, uma vez que o doente, a maioria das vezes, espera apenas uma outra mão, para segurar a sua própria mão.

*“A escuta activa é o fundamento da comunicação terapêutica e a capacidade mais importante, que nós devemos adquirir, desenvolver e manter”* (Shon, citado por Queirós, 1999: 37).

O enfermeiro tem um papel fundamental junto do doente, uma vez que este é o profissional da equipa de saúde, que está mais próximo dele e da família e que mais os pode apoiar nesta fase tão difícil, como é o término da vida.

*“Qualquer que seja o cuidado prestado, seja no campo preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo, necessita para ser de qualidade, que o enfermeiro utilize simultaneamente, competências relacionais, técnicas e educativas”* (SFAP, 2000: 28).

Cuidar do doente em fase terminal, implica a existência de uma relação de ajuda, empatia e respeito pelo doente / família, tendo em conta os seus valores culturais e espirituais.

*“A relação de ajuda no contexto do cuidar, é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem*

*fundamentadas, tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacional e ética. Só integrando estas múltiplas exigências se confirmará um verdadeiro profissionalismo e se garantirá aos cidadãos a qualidade de cuidados a que têm direito”* (Queirós, 1999:11).

Na relação de ajuda existem certas habilidades e atitudes, que devem ser mantidas, tais como a aceitação incondicional da pessoa doente, a autenticidade, o respeito pela dignidade humana e a empatia, entre outras.

*“A empatia é sempre benéfica, mesmo sendo necessário um elevado sentido do eu, para a pessoa que manifesta empatia de um modo efectivo. Nós devemos ser capazes de ser sensíveis com os outros, sem perdermos a nossa própria integridade. Apenas escutar não é suficiente... Escutar com empatia é essencial”* (Gibbons, citado por Queirós, 1999: 37).

Na perspectiva de Pacheco (2002:134), “a relação de ajuda não implica necessariamente uma presença constante, mas sim uma presença atenta, o que significa que todas as atitudes do enfermeiro deverão ser norteadas pela escuta, pela companhia e pela congruência”. A vontade do doente deve ser sempre respeitada.

*“Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico, para aprender, da forma que lhe é mais satisfatória”* (Lazure, 1994:51).

A família é um elemento chave em todo este processo. A comunicação verbal e não verbal é um aspecto de primordial importância. Neste contexto, “o enfermeiro que sabe escutar está a cuidar, uma vez que não presta cuidados de uma forma automática, mas está atento a todas as reacções verbais ou não verbais do doente” (Pacheco, 2002:131).

O diálogo, a atenção e o acompanhamento ocupam, assim, um lugar de destaque em cuidados paliativos.

O modelo orientador da actuação em enfermagem, que é o cuidar, deverá estar sempre presente nos cuidados de enfermagem.

Cuidar, na opinião da SFAP (2000: 27), *“é antes de mais acolher o outro, ir ao seu encontro, usar a comunicação, numa abertura de espírito feita de tolerância, de calor humano, de autenticidade”*.

Assim, na fase terminal, tende a valorizar-se o cuidar em que a função do enfermeiro, de acordo com Barón (1996), é assistir o indivíduo para a morte pacífica, evitando intervenções, que causem dor e desconforto, no respeito por princípios éticos e pela dignidade humana, envolvendo nesses cuidados a família e os amigos significativos.

### 3.1- CUIDAR: A ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM

Ao longo das últimas décadas, podemos constatar que a Enfermagem caminhou no sentido de se afirmar como profissão enquanto disciplina autónoma.

Desde os anos 50-60 que têm sido concebidos modelos teóricos, com o intuito de explicitar a essência e a especificidade da profissão, bem como orientar a formação, a prática e a investigação em Enfermagem.

Os diferentes modelos existentes, têm em comum o facto de valorizarem e orientarem a prática de Enfermagem para o cuidar e não para o tratar como preconiza o modelo biomédico.

Os enfermeiros ocupam assim, um lugar de destaque no que diz respeito à área do cuidar, sendo esta a essência, a base da nossa profissão.

Citando Watson (2002:54), “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana”.

Mas então o que significa cuidar?

Na opinião de Hesbeen (2000: 37), “*cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquela que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, do saber-ser, da intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular*”.

Cuidar tem sido encarado nos últimos tempos como um aspecto estrutural do crescimento e desenvolvimento, tanto de quem cuida, como de quem é cuidado.

Para Collière (1999: 235-236),

*“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente um acto de reciprocidade que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.*

Na perspectiva desta autora, “cuidar é um acto de vida”.

Pacheco (2001: 33-34) considera que “*cuidar é um verdadeiro encontro com o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança (...)*”.

A prática do cuidar deve estar centrada na relação de ajuda. Esta consiste numa interacção entre duas pessoas, o enfermeiro e a pessoa doente. Esta precisa de ajuda, enquanto o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades para o ajudar.

Na perspectiva de Phaneuf (1995: 23), *a relação de ajuda “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa”*.

Para haver uma boa relação de ajuda, o enfermeiro deverá ainda utilizar estratégias, que aumentem a estima por si mesmo, levando à confidencialidade e ao favorecer da aprendizagem mútua.

Chalifour, referido por Queirós (1999), apresenta-nos uma abordagem da relação de ajuda no contexto de cuidar em enfermagem, que se inspira na corrente da psicologia holística-humanista, sendo esta também influenciada por toda a filosofia personalista.

Chalifour citado por Queirós (1999:25) define a relação de ajuda como:

*“Uma interacção particular entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada por este último (...) trata-se de uma intervenção que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma concepção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar esta ajuda. Além disso ela requer da parte da Enfermeira um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais ela apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar”*.

Esta relação deverá permitir o crescimento pessoal do indivíduo e a resolução dos seus problemas, na qual o enfermeiro fornecerá à pessoa doente meios para satisfação das suas necessidades fundamentais.

Para Queirós (1999: 11),

*“a relação de ajuda no contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacional e ética. Só integrando estas múltiplas exigências se confirmará um verdadeiro profissionalismo e se garantirá aos cidadãos a qualidade de cuidados a que têm direito”*.

Na relação de ajuda, a empatia deve estar sempre presente e pressupõe a compreensão do outro, enquanto ser único, dotado de sentimentos, emoções e necessidades, que devem ser satisfeitas, tendo em conta uma visão holística da pessoa.

O enfermeiro e o doente devem pois respeitar-se a si próprios, para existir respeito na relação de ajuda existente entre os dois. Esta ideia é reforçada por Honoré (2004: 81), quando refere que “quem cuida e quem é cuidado, cuja dignidade humana é, muitas vezes esquecida, está sempre na expectativa de ser reconhecido e respeitado”.

A autenticidade pressupõe a espontaneidade e sinceridade do enfermeiro bem como a ausência de comportamentos defensivos.

Importa fazer aqui uma referência ao tratar, uma vez que é uma atitude claramente distinta, mas que por vezes se confunde com cuidar.

De acordo com Pacheco (2001: 31), *“para aqueles que se preocupam em tratar, frequentemente esquecendo o cuidar, o objecto dos seus cuidados é a doença, sendo a pessoa vista apenas como um conjunto de órgãos que podem deixar de exercer a sua função”*.

Nesta perspectiva, o enfermeiro, que trata, valoriza apenas o que é técnico, preocupando-se apenas em tratar o doente com eficácia. Não se envolve emocionalmente, considerando uma perda de tempo o escutar e o falar com a pessoa doente. Restringe a sua actuação aos aspectos técnicos, descurando as vertentes psicológicas, cultural e espiritual.

Citando Hesbeen (2001:23), *“cuidar numa perspectiva de saúde, é ir ao encontro da outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde”*.

Nos últimos anos, tem-se verificado que o conceito de “cuidar” tem merecido uma atenção especial, aparecendo, frequentemente, na literatura dedicada à enfermagem.

Da escola do cuidar, importa realçar duas teóricas consideradas de extrema importância para a enfermagem, tal como a conhecemos hoje: Madeleine Leininger e Jean Watson. Estas autoras defendem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados, se estes se abrirem a dimensões como a espiritualidade (Watson) e a cultura (Leininger) e se introduzirem os conhecimentos científicos nestas duas dimensões do cuidar.

Os conceitos centrais desta escola: o cuidar (caring) e a cultura situam-se na orientação de abertura ao mundo e no paradigma da transformação.

Lopes (2000: 44), citando Newman, refere que *“o paradigma da transformação perspectiva os fenómenos como únicos em interacção com tudo o que os rodeia”*. Nesta perspectiva, tem-se a visão da pessoa como um ser total e único, cujas mudanças ocorrem

por estádios de organização e de desorganização, mas sempre em direcção a níveis de organização superiores.

A interacção de fenómenos complexos é entendida como o ponto de partida de uma nova dinâmica cada vez mais complexa.

O paradigma da transformação representa a abertura das ciências de enfermagem para o mundo, evidenciando-se a abertura de fronteiras no plano cultural, económico e político.

A declaração de Alma Ata (1978), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que *“os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhe são destinadas”* (Lopes, 2000:45).

Nesta declaração é reconhecida, pela primeira vez, às pessoas, a capacidade e possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde, que lhes dizem directamente respeito. Assim, a pessoa é vista como um ser único, em que as múltiplas dimensões formam uma unidade. Este ser é indissociável do seu universo.

A saúde é uma experiência, que engloba a unidade “ser humano ambiente” e não um valor, que possuímos, um estado estável, ou uma ausência de doença. Integra-se na própria vida do indivíduo, família e grupos sociais, que se envolvem num ambiente particular (Lopes, 2000).

Uma das teorias, que veio influenciar esta visão, foi a teoria geral dos sistemas, desenvolvida por Von Bertalanffy. Citando Lopes (2000: 45), esta teoria *“encarava o ser humano como um sistema composto por vários subsistemas em interacção permanente e sistemática”*.

Esta abertura para o mundo veio influenciar, necessariamente, os cuidados de enfermagem, que visam manter o bem-estar, tal como a pessoa o define.

No paradigma da transformação *“intervir significa Ser com a pessoa, sendo o enfermeiro e a pessoa parceiros nos cuidados individualizados”*. (Lopes, 2000: 46).

Este paradigma tem em consideração o bem-estar e a realização do potencial de cada pessoa.

A experiência de doença é vista como fazendo parte da experiência de saúde. A pessoa é parte integrante do ambiente.

A prestação de cuidados é um processo interrelacional, abrangendo os cuidados globais e integrais, sendo estes da inteira responsabilidade da enfermagem. Assim, passa a haver co-responsabilidade com a pessoa no processo de cuidados.

Todos os aspectos referenciados anteriormente vieram a ter repercussões na prática do cuidar em enfermagem.

A escola do cuidar tenta responder de novo à questão “como fazem os enfermeiros se centrarem os cuidados no cuidar?”.

Jean Watson defendeu o human caring com uma orientação existencialista, fenomenológica e espiritual, inspirando-se na metafísica. Postura em que o amor incondicional e o cuidado são essenciais à sobrevivência e ao crescimento da humanidade.

Na opinião de Watson (2002:55) *“cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade”*.

De acordo com Benner (2001), estamos a violentar a noção de cuidar (caring), quando separamos na nossa prática os conceitos relevantes, acerca do que é técnico e do que é psicológico. A mesma autora considera que os cuidados de enfermagem consistem em processos subjectivos pertencentes a cada pessoa, devendo estes ter um ideal moral e uma base de sólidos conhecimentos.

Os cuidados de enfermagem na perspectiva do cuidar, *“são simultaneamente uma arte e uma ciência humana do cuidar, o ideal moral e um processo transpessoal que visam a promoção da harmonia entre corpo-alma-espírito”* (Lopes, 2000:59).

Nesta perspectiva, a pessoa é um ser, que não pode ser separado da sua bagagem cultural. Como enfermeiros, é fundamental pensar que vivemos numa aldeia global e que os valores, as crenças e as práticas de cada um variam de uma cultura para a outra.

Para Watson (2002:55),

*“cuidar é o ideal moral da enfermagem pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências”*.

A saúde é a percepção, que cada um tem e consiste na unidade e harmonia entre a alma, o corpo e o espírito. O meio representa todas as forças do universo e engloba o mundo físico e espiritual.

Citando Watson (2002: 55),

*“todo o cuidar esta relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento do*

---

---

*processo do cuidar, um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar”.*

Do exposto, podemos concluir que vários foram os esforços levados a cabo no sentido da melhoria dos cuidados de saúde.

Apesar de assistirmos a um avanço a nível tecnológico e de especialização dos profissionais de saúde, podemos concluir que estes descuram muitas vezes a globalidade da pessoa, caminhando assim para uma despersonalização dos cuidados de saúde, que deverá ser impedida a todo o custo.

Neste sentido, Collière (1999:306), considera que “ *cuidar é mobilizar em alguém tudo o que vive*”. Esta visão do cuidar implica, na perspectiva de Queirós (1999), a existência de formação, cujos objectivos têm como base comum as ciências humanas e a visão holística e personalista do homem.

Para além da formação, a reflexão sobre as nossas práticas é um aspecto de primordial importância, que deve ser uma realidade no dia a dia do enfermeiro.

Cuidar, mais que um saber científico, uma acção técnica, ou uma relação interpessoal, deve ser um imperativo moral, que fundamente o exercício da enfermagem na defesa e na preservação da dignidade da pessoa, como enfermeiros, “cuidamos”.

Na opinião de Hesbeen (2000), cuidar é o que humaniza os prestadores de cuidados. Humanizar é um processo abrangente, que implica dar respostas às necessidades dos doentes.

A humanização dos cuidados de saúde é a expressão de competência profissional, reflectindo-se no respeito pela dignidade, individualidade e integridade do doente. Ter disponibilidade para ouvir os outros e partilhar as suas preocupações e angústias, tentando minimizá-las, são atitudes, que cabem dentro do conceito de humanização e, consequentemente, no cuidar.

Prestar cuidados de saúde de qualidade pressupõe que todos os intervenientes no processo tenham em consideração a dignidade da pessoa doente, o que, por si só, exige, atenção, competência, dedicação e apoio adequado, tendo em conta as necessidades concretas de cada pessoa.

Citando Watson (2002:119),

*“a arte do cuidar é uma actividade humana que consiste no seguinte: o enfermeiro conscientemente, através de certos sinais, transmite outros sentimentos que viveu, realizou ou aprendeu; os*

*outros são unidos por estes sentimentos e também os experimentaram”.*

Na opinião desta autora, o acto do cuidar transpessoal é uma arte humana e um ideal moral da enfermagem.



## **PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

---

---



---

---

## 1 – MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa, em enfermagem, pode ajudar a obter um melhor atendimento aos doentes e documentar a acção profissional de forma científica. O método científico é reconhecido, frequentemente, como o método mais elevado de obtenção de conhecimento, que o ser humano desenvolveu (Polit e Hungler, 1995).

A investigação científica “é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões, que necessitam de uma investigação” (Fortin, 1999: 15).

Neste capítulo, pretendemos fazer uma descrição sistematizada dos passos, que pretendemos percorrer ao longo do nosso estudo, em todas as suas vertentes, para que fique devidamente estruturado e organizado.

A metodologia assenta no “conjunto dos métodos e das técnicas, que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999: 372). Esta envolve a escolha de diversos métodos disponíveis, analisa e avalia as várias técnicas de pesquisa e verifica novos métodos, que permitam a captação e processamento de informações, para que sejam resolvidos os problemas de investigação (Barros e Lehseld, 1986).

Uma vez identificado o problema, tornou-se primordial fazer pesquisa bibliográfica, que permitisse a sua delimitação, tornando-o mais claro.

### 1.1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS: QUESTÕES ORIENTADORAS

A dor, em oncologia, ocupa um lugar de destaque, com repercussões negativas para a qualidade de vida do doente e sua família. A incidência de dor aumenta com a progressão tumoral, sendo experimentada por mais de  $\frac{3}{4}$  dos que têm doença avançada (Juan e Alentorn, (2002)). Calcula-se que mais de 50% dos doentes dos países desenvolvidos apresentem dor não controlada (Juan e Alentorn, 2002; Gonçalves, 2002).

Apesar dos avanços obtidos no controlo da dor, verificamos em contexto profissional que a dor é um fenómeno presente num grande número de doentes. Um estudo americano efectuado a mais de quatro mil doentes com cancro, permitiu verificar a existência de dor diária, revelando que um quarto dos doentes não recebia qualquer tratamento para a dor

(WHO, 2004). O mesmo estudo revela que, aproximadamente, um quinto das pessoas refere que a dor limita a sua actividade diária (WHO, 2004). Neste contexto, cada pessoa tem a necessidade de ser livre da dor e desconforto, sendo a sua ausência não só uma necessidade fundamental, mas um direito do doente.

No Plano Nacional da Luta Contra a Dor, o seu tratamento é considerado uma prioridade, prevendo o desenvolvimento até 2007, com a criação de unidades de dor, que proporcionem ao maior número possível de doentes do território nacional, o alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa.

O cancro é uma das doenças mais temidas pela humanidade, por provocar dor. Deste modo, a valorização da dor, por parte dos profissionais de saúde, é uma prioridade.

De acordo com o exposto e tendo em conta o Plano Nacional da Luta contra a Dor, é nossa intenção, contribuir para uma conduta profissional mais eficiente e mais eficaz, tendo como fio condutor o controlo da dor, como medida fundamental, para proporcionar ao doente oncológico, em fase terminal, o máximo de conforto e qualidade de vida. Na opinião de Neto (1999:56), “ mesmo num doente em fim de vida o controlo da dor deve continuar a ser uma prioridade”.

O facto de, diariamente, contactarmos com doentes em fase terminal em contexto de trabalho, levanta-nos algumas inquietações, nomeadamente, no que se refere à avaliação e gestão da dor, pelo que consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre esta área.

O alívio da dor constitui um direito do doente e um dever profissional, que deve ter por base a humanização das necessidades fundamentais do doente.

Para Zeferino (2005:22), “ a dor persistente como consequência de tratamento inadequado ou ausência de qualquer terapêutica constitui um grave problema de saúde pública”.

Tendo por base a nossa experiência e a pesquisa bibliográfica efectuada sobre a prática dos cuidados, levanta-se a questão: **como é que os enfermeiros, no seu quotidiano, lidam com a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal?**

Pelas razões expostas, consideramos pertinente estudar: em que medida é que os enfermeiros avaliam e valorizam a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal e quais as acções que desenvolvem, para dar resposta às necessidades da pessoa com dor e doença oncológica em fase terminal.

Assim, formulámos algumas questões de investigação, com o intuito de precisar os aspectos a serem estudados:

- Q1 – Que sentimentos vivenciam os enfermeiros durante a sua prática do cuidar?

- Q2 -Será que os enfermeiros valorizam a dor da pessoa com doença oncológica?
- Q3 – Que aspectos têm em conta os enfermeiros na gestão da dor?
- Q4 – O que consideram os enfermeiros necessário, para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal?

Posto isto, após o levantamento das questões, surge o tema central, que constitui o nosso objecto de estudo – **“Dor no doente oncológico em fase terminal: análise de uma experiência de cuidar”**. Nesta medida, consideramos que a aquisição de conhecimentos, é um factor importante para uma melhor resposta às solicitações, feitas neste âmbito, nomeadamente, no que concerne ao alívio da dor.

Os objectivos deste estudo são:

- Compreender os sentimentos, que os enfermeiros vivenciam, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal;
- Analisar os princípios orientadores das acções desenvolvidas pelos enfermeiros, para dar resposta às necessidades do doente oncológico com dor em fase terminal;
- Identificar os modos de agir quotidiano dos enfermeiros, que cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal;
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

---

---

## 2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, propomo-nos apresentar o processo de desenvolvimento do estudo, explicitando o contexto onde foi desenvolvido o estudo de investigação, bem como a metodologia utilizada.

Assim, tendo por base a natureza do problema e as questões de investigação, optámos por uma metodologia qualitativa, de carácter descritivo, com o intuito de obter resposta às questões de investigação.

A metodologia de carácter qualitativo permite compreender um fenómeno na totalidade, mais do que focalizar conceitos específicos, realça a importância da interpretação das situações pelas pessoas, possuindo poucas ideias preconcebidas; utiliza uma colheita de dados sem instrumentos formais e estruturados e atribui grande importância à subjectividade, como meio de compreender e interpretar as experiências pessoais narradas, analisando-as de forma organizada, mas intuitiva (Polit e Hungler 1995).

Na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem dos actores sociais e suas práticas, como as matérias-primas dessa abordagem (Teixeira, 2001).

Para Leininger citado por Oliveira (2000:91), a metodologia qualitativa possui vários objectivos, “*o de proporcionar o desenvolvimento e a compreensão das experiências de cada pessoa, para além de ter em conta a totalidade das experiências em contextos naturais ou particulares*”.

Neste tipo de investigação, sabe-se muito pouco acerca das pessoas e do ambiente, que irão constituir o objecto de estudo. Os investigadores esforçam-se por eliminar os seus preconceitos, evitando iniciar um estudo com hipóteses, já previamente formuladas, ou questões específicas para responder. A formulação das questões resulta da colheita de dados, sendo o próprio estudo, que vai estruturar a investigação e não ideias preconcebidas ou um plano prévio detalhado (Bogdan e Biklen 1994).

Partindo do que os autores defendem, embora tenhamos formulado uma questão de partida conforme a apresentamos, temos consciência de que à medida que o estudo vai progredindo, outras poderão emergir no decurso do mesmo.

Na investigação qualitativa a preocupação do investigador incide, essencialmente, na “compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno, tal como se apresentam, sem procurar controlá-

los” (Fortin, 1999:22). Ainda de acordo com o mesmo autor, o objectivo deste tipo de investigação, é interpretar mais do que avaliar.

Desta opinião, partilham Strauss e Corbin (1998), quando referem que a investigação qualitativa conduz à caracterização das experiências vividas, dos comportamentos, das emoções e sentimentos, sendo a forma de análise de dados, essencialmente, interpretativa.

Na investigação qualitativa, “o objecto de estudo consiste, exactamente, no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os objectivos. São as realidades múltiplas e não uma realidade única, que interessam ao investigador qualitativo” (Bogdan e Biklen 1994: 62).

Na perspectiva de Queirós, (2007:87), *“as pesquisas qualitativas são na sua maior parte voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade dos actos, das relações sociais e das estruturas sociais.”*

O objecto da abordagem qualitativa é o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa por uma linguagem comum na vida quotidiana (Teixeira, 2001).

Também Queirós (2007) realça o facto deste método possuir vantagens significativas, que, no nosso entender, se coadunam com a natureza e com os objectivos deste estudo, que são os seguintes:

- Geram informações ricas e detalhadas, mantendo intactas as perspectivas dos participantes;
- Permitem a compreensão do contexto dos comportamentos de saúde e de resultados de programas;
- Possibilitam a obtenção de informações úteis, no que respeita a aspectos mais pessoais ou de difícil abordagem em desenhos de estudo mais estruturados.

O nosso estudo visa a procura de explicações para o fenómeno da dor, que ocorre com frequência na pessoa com doença oncológica em fase terminal, pelo que nos parece adequado questionar os enfermeiros sobre as suas práticas quotidianas. Esta ideia é reforçada por Benner (2001: 40), quando afirma que “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem”.

Neste contexto, após termos reflectido sobre possíveis estratégias metodológicas, a nossa opção recaiu numa abordagem qualitativa do tipo interpretativo, pelo facto de considerarmos que este é, o que mais se ajusta ao objectivo da pesquisa, que pretendemos efectuar. Uma vez que pretendemos estudar a vivência dos enfermeiros, que cuidam da

pessoa com dor, que aspectos valorizam os enfermeiros no alívio da dor, quando cuidam da pessoa em fase terminal, se durante a interacção, que estabelecem com o doente, avaliam e valorizam a sua dor, ou se esta está controlada.

De acordo com Coulon (1995: 28), *“a interacção é concebida como um processo de interpretação; (...) sua utilização permite que os atores comuniquem e prossigam suas trocas, interpretando a respectiva linguagem e atos. O contexto deixa de ser um simples quadro passivo da acção para vir a ser interpretado”*.

As metodologias qualitativas têm várias posturas teóricas de suporte de métodos e de técnicas, que dela decorrem, tendo recaído a nossa escolha na etnometodologia, pelo facto de considerarmos que esta é a que melhor se adapta ao estudo, que pretendemos efectuar.

Para Montenegro (2008:7), *“a etnometodologia consiste num conjunto coerente de utensílios conceptuais para a descrição e a compreensão de um terreno. Ela veicula, contudo, uma filosofia social mínima cujo objectivo é o de pôr em evidência, empiricamente, a autonomia dos membros nas suas relações aos seus contextos sociais, e a teorias substanciais com pretensões universalistas. O primado é dado, não mais a uma teoria prévia, mas à linguagem (lato sensu) dos membros nas suas vidas quotidianas.”*

A etnometodologia dá relevo à prática discursiva na esfera do social, ou seja, às formas de utilização da linguagem. Com a análise de conteúdo pretende-se compreender a racionalização das práticas quotidianas através de determinados tipos de enunciados da linguagem comum (Guerra 2006).

Na perspectiva de Bogdan e Biklen (1994), a etnometodologia tenta compreender o modo, como as pessoas percebem, explicam e descrevem a ordem no mundo em que habitam. Estas ideias são partilhadas por Flick (2004:37), *quando salienta que “ é crucial, para a compreensão da perspectiva da etnometodologia, o papel do contexto no qual as interacções ocorrem, e o modo como este pode ser, demonstravelmente, relevante aos participantes”*.

Ao longo da interacção com os participantes, procuramos manter uma postura de aprendizagem, que foi consolidada pelo papel, que tivemos, ao provocarmos a reflexão dos enfermeiros sobre as suas práticas do quotidiano.

## 2.1 – SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta fase, recorreremos novamente à questão de investigação, que nos permitiu tomar decisões relativas aos critérios de selecção dos participantes do estudo. Neste sentido, após delimitação do problema a estudar, há que fazer a escolha da população e da amostra.

A população é um conjunto de sujeitos, ou elementos com características comuns, definidas por determinados critérios. De acordo com Fortin, (1999: 156), é *“importante que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir”*

Tendo em conta que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (Polit e Hungler, 1995:270), a importância da amostra está na riqueza dos dados, que descrevem as experiências individuais de cada participante.

A investigação qualitativa tende a produzir uma grande diversidade de dados descritivos, pelo que se torna impraticável utilizar amostras representativas e de grandes dimensões, para se obter os dados (Polit e Hungler, 1995). Na medida em que os estudos qualitativos se interessam pelo estudo do fenómeno em profundidade, o critério subjacente à selecção da amostra populacional reside na qualidade do informante e não propriamente, na qualidade (Gauthier et al, 1998). Desta forma, o essencial é obter uma informação rica e útil que permita a concretização de um estudo em profundidade e que esclareça o fenómeno, uma vez que a riqueza dos dados nem sempre vem de «alguém», habitualmente, designada por «expert», mas de «alguém» com capacidade de reflectir e descrever, pormenorizadamente, o fenómeno (Morse citado por Frias 2003). Neste sentido, os participantes não devem ser seleccionados aleatoriamente, mas em função do conteúdo da informação. Neste contexto, os participantes foram seleccionados em função da qualidade da informação relativa à problemática em estudo.

Para garantir o acesso aos participantes, após contacto informal com o enfermeiro responsável pelo serviço, foi formalizado um pedido de autorização para a realização do estudo ao senhor presidente do conselho de administração do hospital em causa, tendo sido deferido, após consentimento do senhor enfermeiro responsável, pelo serviço do senhor director de serviço e do senhor enfermeiro director.

Para o nosso estudo, definimos como população os enfermeiros a exercer funções num serviço de medicina de um hospital central da zona centro. Neste serviço, são

acompanhadas pessoas com patologias diversificadas e complexas e, muitas delas, com dor e com doença oncológica em fase terminal. O único critério, que estabelecemos para a selecção dos participantes, foi o exercício há mais de seis meses no referido serviço, na medida em que consideramos que só depois de um período de integração e adaptação ao serviço é possível exprimir com mais efectividade os sentimentos vividos e os comportamentos adoptados. Streubert e Carpenter (2002:25) partilham desta opinião, quando referem que *“os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse”*.

Após contacto informal com os enfermeiros do serviço, foi explicitada a razão de ser deste estudo e pedido aos enfermeiros a sua colaboração, para participar no estudo. Na opinião de Streubert e Carpenter (2002:39), “o consentimento informado exige que seja dada aos seres humanos informação verdadeira e suficiente, para os ajudar a decidir, se desejam ser participantes na investigação”.

A colaboração do enfermeiro responsável facilitou a apresentação ao grupo de enfermeiros do serviço, que foram seleccionados após terem demonstrado interesse e vontade em participar no estudo. A partir daí, foram marcadas as entrevistas pessoalmente.

A escolha deste local para a realização do estudo prendeu-se, essencialmente, com o facto de esta ser a nossa realidade profissional e ainda por se verificar que recorrem a este um número significativo de doentes em fase terminal, cuja dor não está controlada.

A recolha de dados foi realizada a treze participantes (P1 a P13). O quadro 1 apresenta os dados de caracterização dos entrevistados.

**Quadro 1** – Caracterização dos enfermeiros participantes

Participantes	Sexo	Idade	Grau acadêmico	Categoria profissional	Tempo de experiência profissional	Tempo de experiência no serviço	Formação na área da dor
P 1	M	43	Licenciatura	Enfermeiro Graduado	18 Anos	18 Anos	Não
P 2	F	32	Licenciatura	Enfermeira Graduada	8 Anos	8 Anos	Sim
P 3	F	25	Licenciatura	Enfermeira	2 Anos	8 Meses	Sim
P 4	F	26	Licenciatura	Enfermeira	3,5 Anos	3,5 Anos	Não
P 5	F	25	Licenciatura	Enfermeira	2 Anos	8 Meses	Sim
P 6	M	36	Licenciatura	Enfermeira Graduada	11 Anos	11 Anos	Não
P 7	F	31	Licenciatura	Enfermeira Graduada	8 Anos	8 Anos	Sim
P 8	F	30	Bacharelato	Enfermeira	4 Anos	9 Meses	Não
P 9	F	39	Licenciatura	Enfermeira Graduada	15 Anos	11 Anos	Não
P 10	F	27	Licenciatura	Enfermeira	3 Anos	2 Anos	Não
P 11	F	28	Licenciatura	Enfermeira	6 Anos	5 Anos	Não
P 12	F	31	Bacharelato	Enfermeira Graduada	9 Anos	9 Anos	Não
P 13	M	41	Licenciatura Especialização	Enfermeiro Especialista	20 Anos	19 Anos	Sim

De acordo com a metodologia qualitativa seguida, o que se pretende é compreender os fenômenos sem explicar, nem generalizar; o importante é dar ênfase à exploração em profundidade do tema escolhido.

Nesta perspectiva, Polit e Hungler (1995) referem que a pesquisa qualitativa tende a produzir grandes quantidades de dados narrativos, tornando-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes e representativas para obter dados. Reforçando este ponto de vista, Polit, Beck e Hungler (2004:237) consideram que, “na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim, um princípio orientador na amostragem é a saturação de dados.”

Neste sentido, foi nossa preocupação reunir uma amostra estratégica, que permitisse atingir a saturação informativa. De acordo com Polit Beck e Hungler (2004), muitos pesquisadores qualitativos usam o princípio da saturação, que ocorre, quando os temas e as categorias dos dados se tornam repetitivos e redundantes, para que nenhuma informação nova possa surgir com a colheita de mais dados.

Quando se pretende construir um modelo explicativo de um determinado fenómeno, é necessário fazer a recolha de dados até se obter a saturação de cada categoria. Deste modo, é importante descobrir variações entre os conceitos e densificar as categorias, no que concerne às suas propriedades e dimensões, até ao ponto em que a margem do valor dos novos dados seja mínima. No nosso estudo tivemos como linha de orientação a definição de saturação teórica apresentada por Guerra (2006: 42), em que esta é definida como “um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador ou a equipa têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objecto de pesquisa”.

## 2.2 – PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

São vários os métodos de colheita de informação existentes em metodologia qualitativa. Estes podem ir desde a entrevista formal à observação directa, apresentando ambas vantagens e desvantagens. Assim, cabe ao investigador seleccionar o método de colheita de dados, que melhor responda às suas questões de investigação. Optámos pela entrevista semiestruturada como método de colheita da informação.

Foi esta a técnica escolhida, pois uma das suas características é a permissão do “(...) contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele.” (Quivy e compenhoudt 1992:193).

Uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais (Morgan 1988: 134), citado por Bogdan e Biklen (1994). Segundo os mesmos autores, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos

na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver, intuitivamente, uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (Bogdan e Biklen 1994: 134). Assim, podemos verificar a existência de interacção entre as duas partes, o que é corroborado por Quivy e Campenhoudt (1992), quando referem que os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos de interacção.

A entrevista, de acordo com Tuckman (2000: 517), “*é um dos processos mais directos para encontrar informação sobre um determinado fenómeno, consiste em formular questões às pessoas envolvidas. As respostas de cada uma das pessoas vão reflectir as suas percepções e interesses*”.

A entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados (Staubert e Carpenter, 2002).

A entrevista semiestruturada é a adequada, quando se pretende uma abordagem em profundidade de um determinado domínio, obtendo, por parte do entrevistado, as opiniões, que ele considera mais relevantes, ou seja, a sua descrição do problema em estudo. A entrevista semiestruturada permite ainda que o entrevistador faça as adaptações, que considerar necessárias. Na perspectiva de Bogdan e Biklen (1994: 135), “nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos”.

Com a entrevista, o entrevistador tem ainda a possibilidade de poder colocar a questão, de maneira a tornar-se compreensível ao entrevistado.

Neste contexto, o recurso à entrevista semiestruturada, enquanto técnica de colheita de dados, que sustentou a pesquisa, pareceu-nos a mais adequada, uma vez que pretendemos obter informação dos enfermeiros participantes acerca das suas vivências no quotidiano da prática do cuidar, no que diz respeito à pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

É fundamental que, antes da entrevista e no decorrer desta, se crie um clima de empatia, para que as informações fluam, naturalmente, com autenticidade.

Em virtude de se tratar de entrevistas de investigação, impôs-se a utilização de princípios fundamentais à sua concretização, que são, na perspectiva de Estrela (1994:342), evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, não restringir a temática abordada e esclarecer os quadros de referência utilizados pelo entrevistado.

Para a recolha de dados elaborámos um guião de entrevista com questões abertas, englobadas em blocos temáticos, que tiveram, como referência, os objectivos do estudo e as questões de investigação. No decorrer da entrevista, este guião serviu de suporte e

orientação, conferindo consistência na obtenção de informação, de forma a facilitar a posterior análise. Assim, foram estabelecidos os seguintes objectivos gerais da entrevista:

Obter elementos, que permitam compreender os sentimentos experienciados pelos enfermeiros, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal;

Obter elementos, que permitam conhecer os métodos, que utilizam os enfermeiros na gestão da dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal;

Recolher elementos, que permitam identificar o que os enfermeiros valorizam, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

O guião da entrevista foi construído, tendo por base cinco blocos temáticos, que se destinam à compreensão do problema. (Quadro 2)

**Quadro 2** – Relação entre os objectivos e os blocos temáticos

<b>OBJECTIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>BLOCOS TEMÁTICOS</b>
<p>✿ Obter elementos, que permitam compreender como se sentem os enfermeiros, quando cuidam da pessoa com doença oncológica com dor em fase terminal.</p>	<p>✿ Compreensão dos sentimentos dos enfermeiros.</p>
<p>✿ Conhecer os métodos, que os enfermeiros utilizam para identificar a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.</p>	<p>✿ Identificação dos métodos utilizados pelos enfermeiros para identificar a dor.</p>
<p>✿ Identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros na avaliação da dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.</p>	<p>✿ Identificação dos métodos, utilizados pelos enfermeiros na avaliação da dor.</p>
<p>✿ Identificar os recursos utilizados pelos enfermeiros para aliviar a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.</p>	<p>✿ Identificação de recursos utilizados pelos enfermeiros para o alívio da dor.</p>
<p>✿ Recolher elementos sobre o agir quotidiano dos enfermeiros relacionados com os aspectos que valorizam no cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.</p>	<p>✿ Identificação de aspectos valorizados pelos enfermeiros durante o agir quotidiano, face à dor da pessoa.</p>

O guião de entrevista, foi submetido à apreciação do orientador do estudo (Enfermeiro professor Luís Manuel Cunha Batalha), tendo sido ainda submetido a três pré testes, que serviram também de entrevistas de treino.

Efectuámos as treze entrevistas no período de Abril a Setembro de 2004, no gabinete do enfermeiro responsável pelo serviço, cedido pelo próprio. Tiveram uma duração média de 45 minutos. As entrevistas decorreram num ambiente calmo, de cordialidade e de interesse, demonstrados por todos os participantes do estudo. Foram gravadas com consentimento dos entrevistados, de forma a podermos obter, na íntegra, o conteúdo da informação e a facilitar a transcrição das entrevistas. Procurou-se reduzir ao máximo a visualização do gravador, para evitar o constrangimento dos participantes.

A preocupação ética deve estar sempre presente nos diversos domínios da investigação, pelo que o anonimato e a confidencialidade foram garantidos.

Teve-se ainda em conta, os três princípios éticos incorporados na maioria das orientações, que, de acordo com Polit e Hungler (1995), são: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça.

Na perspectiva de Meireles (2007: 26), “ *é pelo cumprimento destes três princípios que o investigador garante ou pode garantir aos participantes envolvidos o respeito por inúmeros direitos que colocam a pessoa humana enquanto valor incomensurável.*”

No final de cada entrevista, foi dado a ouvir o discurso gravado a cada entrevistado, no intuito de obter a sua validação. Não foi efectuada qualquer rectificação por parte dos entrevistados e, quando se lhes propôs lerem a entrevista transcrita, a opinião foi unânime, considerando desnecessário, devido à dificuldade de disponibilidade.

Após a realização de cada entrevista, identificámos a cassette correspondente com números compreendidos entre um e treze, tendo sido atribuído um nome fictício a cada narrador, respeitando assim o seu anonimato.

As entrevistas foram sendo transcritas na íntegra, à medida que foram sendo efectuadas, permitindo assim uma reflexão sobre o seu conteúdo, a fim de melhorar o nosso desempenho na entrevista seguinte.

Para caracterizar a amostra, houve necessidade de elaborar algumas questões, que permitissem conhecer melhor os participantes.

A transcrição das entrevistas, incluiu momentos de pausa no meio, ou no final das expressões, que se encontram assinaladas com o código linguístico ... reticências. Foram ainda utilizados outros códigos linguísticos: (...) reticências entre parênteses, que representa uma parte dos dados, que foram retirados, ou que continuam na sequência do texto, mas que, para a unidade de significação, não fazem qualquer sentido; [ ] Texto entre parênteses recto, que significa palavras ou frases, que derivam dos dados, que foram acrescentados com o objectivo de dar sentido à unidade de significação.

## 2.3 – PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

Todo o processo de análise de dados, numa investigação qualitativa, é complexo, demorado e engloba a organização dos dados, síntese, procura de padrões e ainda o que transmitir aos outros (Bogdan e Biklen, 1994).

A informação de natureza qualitativa, que obtivemos aquando da realização de entrevistas semiestruturadas, foi analisada através da técnica de análise de conteúdo. Esta técnica é muito usada em ciências humanas, permitindo favorecer a apreensão da realidade estudada. De acordo com Bardin (2004: 133), os principais objectivos são: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura. Para o mesmo autor, *“a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos da descrição do conteúdo das mensagens”*.

Neste contexto, a análise de conteúdo pressupõe a produção de um sistema de categorias, cujo objectivo é conseguir uma representação mais simplificada dos dados obtidos. Esta ideia é reforçada por Gaulhier (2003), quando refere que a análise de conteúdo interpreta o material com a ajuda de algumas categorias analíticas, realçando e descrevendo as suas particularidades específicas, residindo a sua significação na especificidade das mensagens analisadas, mantendo-se os investigadores, desta forma, fiéis às particularidades dos conteúdos.

Na opinião de Bardin (2004:37), *o campo, o funcionamento e o objectivo da análise de conteúdo, não são mais do que “ um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*

De acordo com Vala (2007:104), *“a análise de conteúdo permite inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objecto de análise, ou até, por vezes, o receptor ou destinatário das mensagens”*.

Esteves (2006), salienta que, na análise de conteúdo, o importante é fazermos uma categorização defensável, ou seja, esta deve obedecer a determinados princípios, que são: a exclusão mútua; a homogeneidade; a exaustividade; pertinência; produtividade; e a objectividade.

Para Vala (2007:110), *“a análise de conteúdo visa simplificar, para potenciar a apreensão, e se possível, a explicação”*. As categorias são, na perspectiva deste autor, um elemento chave do analista.

Não obstante termos seguido Bardin como linha de orientação, para procedermos à análise de conteúdo, foi efectuada uma pequena adaptação no que concerne ao uso das frequências, pelo facto de considerarmos que estas não são relevantes para o estudo em questão.

Terminado todo o processo de reflexão e interpretação, realizámos a validação da categorização com três peritos nesta temática e ainda com o orientador deste estudo.

Assim, optou-se por elaborar um quadro de codificação global, onde as áreas temáticas foram distribuídas em categorias e respectivas subcategorias.

Os resultados apresentados têm em consideração as sequências dadas às questões da entrevista.

### **3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

No desenrolar de todo este processo de investigação, surgiram duas dificuldades de natureza diferente. Estas limitações prendem-se, desde logo, com o facto de os estudos qualitativos permitirem apenas obter conclusões de carácter restritivo, não se podendo fazer generalizações dos dados obtidos, tendo em conta que estes apenas dizem respeito aos enfermeiros participantes do estudo.

Por último, realçamos a inexperiência da investigadora relativamente à metodologia utilizada, pelo que este percurso constituiu um processo de descoberta e aprendizagem contínua.



### **PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

---

---



## 1 - SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NO SEU CUIDAR

*“A arte de cuidar começa, quando o enfermeiro, com o fim de juntar outro (...) a si próprio com um certo sentimento de cuidar e preocupação, expressa esse sentimento através de certas indicações externas”.*

(Watson, 2002:118)

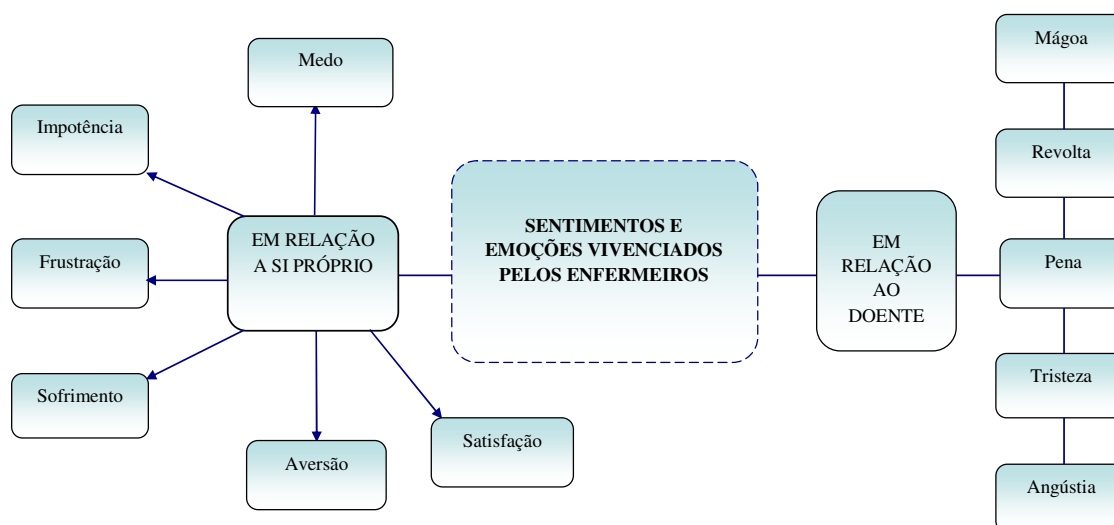
Neste contexto, os sentimentos estão presentes no decurso da interacção dos enfermeiros com a pessoa doente, apresentando estes uma influência maior que aquilo, que habitualmente percebemos. Esta experiência humana de sentir diz respeito a quem é cuidado e a quem cuida. Contudo, neste estudo, esta característica da existência humana, foi analisada somente na perspectiva vivencial do enfermeiro. Assim, pareceu-nos pertinente perguntar: **como se sentem os enfermeiros, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal?**

Procuramos perceber como se sentem os enfermeiros, quando interagem com a pessoa doente durante o processo de cuidar, explorando sentimentos vividos.

### 1.1 – SENTIMENTOS E EMOÇÕES VIVIDAS

O enfermeiro durante a sua vivência do cuidar, experiência, sentimentos e emoções com implicações nos cuidados. Esta ideia é corroborada por Honoré (2004), quando refere que o sentimento é inerente ao cuidado. A vivência levou-nos a considerar a noção de experiência, que é definida por Doron e Parot (2001) como o que o sujeito percebe, sente e pensa, nas suas relações com o mundo, que o envolve consigo mesmo e de uma maneira, irredutivelmente, subjectiva. Este sentido é com frequência precisado pelo recurso à expressão «experiência vivida».

A experiência emocional do enfermeiro caracteriza-se pelo conjunto de sentimentos e emoções vividas. No Diagrama 1 encontra-se a categorização deste tema.

**Diagrama 1** – Sentimentos e emoções vivenciadas pelos enfermeiros

### Sentimentos e emoções vividas

Durante as entrevistas, pedimos aos enfermeiros participantes no estudo que nos descrevessem como se sentem, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal e constatámos algumas dificuldades, por parte de alguns participantes, em explicitar verbalmente a forma como se sentem, quando cuidam. Foi necessário incentivar alguns deles a partilhar esta vivência.

Na perspectiva de Damásio (2001:56), “*o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige também a consciência, pois só com o advento do sentido do si podem os sentimentos tornar-se conhecidos do indivíduo que os experimenta*”.

Apesar de nesta questão apenas ter sido perguntado aos enfermeiros como se sentem, quando cuidam, estes durante a explicitação do seu sentir, utilizaram expressões vagas que se identificam com as emoções, nomeadamente, “muitas vezes ansiosa”, tendo, deste modo, emergido a categoria sentimentos e emoções vividas.

Quando procurámos aprofundar essa experiência vivencial dos participantes, tivemos alguma dificuldade em distinguir sentimento de emoção.

Habitualmente, o uso da palavra emoção tende a incluir a noção de sentimento. Contudo, Damásio (2003) distingue sentimento de emoção, considerando que os sentimentos são ramificações das emoções. O mesmo autor entende que as emoções se desenrolam no teatro do corpo, e os sentimentos no da mente (Damásio, 2003). Nesta perspectiva, existem sentimentos de emoções primárias, nomeadamente, a depressão, quando nos referimos à tristeza.

Neste contexto, propusemo-nos analisar os conteúdos proferidos pelos participantes sobre os sentimentos e emoções vividas.

Assim, seguimos a orientação de Damásio (2003), que classifica as emoções em primárias, sociais e de fundo e de Goleman (2002), que defende a existência de famílias básicas de emoções, partindo das emoções primárias.

Os sentimentos e emoções partilhados pelos enfermeiros evidenciam sentimentos e reacções emocionais de mal – estar, manifestando o seu pesar através da tristeza, da pena e da mágoa experienciadas.

A **tristeza** foi vivenciada pelos enfermeiros de diferentes formas. A emoção primária de tristeza inclui também a pena e a mágoa. Tendo em conta o modelo proposto por Goleman (2002), as emoções primárias são casos demonstrativos de tonalidades e mutações, que, neste estudo, foram sendo especificadas, permitindo assim caracterizar melhor a tristeza, que o enfermeiro sente, quando cuida.

A tristeza foi expressa pelos participantes do seguinte modo:

“(…). Em termos pessoais, (...) sinto alguma tristeza”. (E1)

“Quando estou com esses doentes, sinto muita tristeza (...) sinto-me triste”. (E2)

“Agora, quando são pessoas idosas, também sinto (...) é, como hei-de dizer, (...), sinto-me triste”. (E8)

“(…) A tristeza é porque sabemos que aquela pessoa tem um diagnóstico reservado e que, pelo que eu penso, é que estou a cuidar daquela pessoa e, daí a uns dias, ela já não estará entre nós”. (E10)

As causas de tristeza apontadas estão associadas ao cuidar de pessoas idosas, ao diagnóstico reservado e à situação de perda iminente.

A **pena** foi outra forma, que os participantes encontraram para expressar a sua tristeza em relação ao outro. De acordo com Russ (2000), pena é o descontentamento provocado por um acto passado, que nos levou ao mal. Alain citado por Russ, (2000: 229), considera a pena um olhar para o passado, que se quereria que não tivesse acontecido. Ainda na perspectiva deste autor, a pena pode transformar-se em remorso, ou em arrependimento.

Os enfermeiros sentiram pena da pessoa cuidada,

“(…) se for uma pessoa nova sinto alguma pena”. (E1)

“ muitas vezes tenho pena”. (E10)

A pena aparece neste estudo, essencialmente, associada ao cuidar de uma pessoa jovem. A pena sentida pelos enfermeiros durante o cuidar, realça o sofrimento, que experienciam, face à dor e à inevitabilidade da morte.

A **mágoa** é um sentimento, que está presente durante o cuidar e provém da emoção de tristeza. A mágoa é, de acordo com Damásio (2003), um dos emblemas da nossa vida afectiva, o outro é a alegria. Ainda na perspectiva deste autor, a facilidade de acção reduz-se e nota-se a presença de dor, de sinais de doença, ou de sinais de desacordo fisiológico, indicando todos eles uma diminuída coordenação das funções vitais.

Neste estudo, um enfermeiro expressa a sua mágoa da seguinte forma:

“(…) a pessoa, quando está a sofrer daquela maneira (…) é mágoa (…) mas magoa muito ver as pessoas a sofrerem da maneira como sofrem”. (E12)

A mágoa experienciada por este enfermeiro está relacionada com o sofrimento vivenciado pelo doente, evidenciando assim a tristeza, que sente quando cuida.

A **angústia** é vivenciada pelos enfermeiros, quando cuidam. É definida por Doron e Parot (2001), como um medo sem objecto. Para Strongman (1998), esta emoção desempenha um papel muito importante na comunicação, tanto no indivíduo consigo próprio, como com os outros membros do sistema familiar, social ou profissional, pois motiva-o, através da tristeza, mal-estar e sentimentos de incapacidade, que se acompanham a agir de forma a modificar o que não estiver bem. Assim, a angústia conjuntamente com a surpresa, constitui o grupo de emoções emergentes, nas situações de expectativa, preparando o indivíduo para as situações futuras imprevistas.

Nas declarações dos enfermeiros participantes podemos verificar a vivência de angústia durante o cuidar:

“(…) ou dessa angústia, que eu possa sentir…”. (E6)

“(…) fico sempre angustiada”. (E10)

“Quando olhamos para a pessoa em fase terminal e ainda por cima com dor, é claro que uma pessoa (...), sentimos uma certa angústia”. (E11)

Pelos extractos dos discursos dos participantes, podemos inferir que a dor e a fase terminal da doença levam a que os enfermeiros experimentem a emoção de angústia, que pode ajudá-los a modificar a sua forma de agir durante o seu cuidar.

A **revolta** é expressa pelos enfermeiros de uma forma directa. A revolta é um sentimento que advém da emoção de indignação, fazendo parte da família da ira. De acordo com a classificação de Damásio (2003), a indignação é uma emoção social. Estes sentimentos estão associados à impotência. A ira é, de acordo com o dicionário de língua

portuguesa on-line (2008), “o sentimento que nos estimula contra quem nos ofendeu ou injúria, cólera, raiva, fúria”.

A revolta aparece associada ao cuidar da pessoa jovem e foi expressa da seguinte forma:

“(...) sinto-me revoltado (...), quando apanho doentes, principalmente doentes de uma faixa etária jovem”.(E2)

“Podemos sentir-nos revoltados (...)”.(E7)

“(...) quando é uma pessoa jovem, que tem mais ou menos a nossa idade, ou um bocadinho mais velhos, há sempre, por mais que a pessoa não queira, há sempre uma revolta”. (E8)

“(...) a maior parte das pessoas com doença oncológica, que sejam muito novas... na casa dos 40, (...) revolta”. (E12)

Os enfermeiros expressam a revolta sentida durante o cuidar, mostrando a sua indignação e impotência perante a pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal. Também o facto de cuidarem de pessoas jovens, parece constituir uma dificuldade no cuidar, traduzindo-se esta na revolta manifestada pelos enfermeiros.

A revolta sentida pode ser explicada pelo facto de os enfermeiros se identificarem com a pessoa doente durante o seu cuidar, transpondo muitas vezes a realidade desta para um nível pessoal.

O **medo** é experienciado durante o cuidar. O **medo** é a emoção primária mais estudada. Na perspectiva de Goleman (2002) e de Neto e Azevedo (2003), o medo está associado a emoções, que incluem a ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, preocupação, aflição, desconfiança, pavor, fobia e pânico. Ainda de acordo com Neto e Azevedo (2003), o medo é definido pelo sistema de respostas adaptativas a uma situação de ameaça.

O medo foi sentido por um enfermeiro durante o seu cuidar, explicitando-o da seguinte forma:

“Muitas das vezes, é o receio de um dia também nos vir a acontecer o mesmo (...)”. (E12)

O medo está presente durante o cuidar, constituindo uma reacção emocional experienciada pelo enfermeiro, quando transpõe a sua prática para o plano pessoal, identificando-se com ela, antecipando assim a vivência da morte.

Neste sentido, Abreu (1994), citado por Moreira (2001: 89), salienta que “o homem é o único animal, que pode antecipar a inevitabilidade da morte e sofrer com isso”. Neste

sentido, Phipps, Sands e Mereck, (2003), realçam que, com a ênfase dada aos cuidados médicos, que preconizam a tecnologia da cura, os enfermeiros estão em risco de perda de controlo, medo de falhar e perda de satisfação profissional, quando os seus doentes não têm cura.

A **ansiedade** é também vivenciada durante o cuidar, sendo definida por Serra (1989:11), citando Kelly (1981), como uma experiência subjectiva de apreensão ou de tensão, imposta pela expectativa de perigo, ou de dificuldade, ou de necessidade de um esforço especial.

Davidoff (2001:390) vai ao encontro desta ideia, quando refere que a ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de antecipação de perigo, tensão e sofrimento e por tendências de esquiva ou fuga.

Existem autores, que, indistintamente, utilizam os termos medo e ansiedade; contudo, outros fazem a sua diferenciação. De acordo com Serra (1989), a ansiedade constitui um complexo de emoções, sendo o medo a sua emoção central.

A ansiedade foi vivida por uma enfermeira participante aquando do seu cuidar:

“(...) muitas vezes ansiosa”. (E10)

Do exposto, podemos concluir que a ansiedade é uma emoção variante do medo, que está presente durante o cuidar.

Perante a dor e a doença oncológica em fase terminal, os enfermeiros experienciam ainda sentimentos de **impotência**. A impotência é um sentimento, na medida em que, de acordo com Damásio (2003: 107), “na sua essência, um sentimento é uma ideia, uma ideia do corpo, uma ideia de um certo aspecto do corpo, quando o organismo é levado a reagir a um certo objecto ou situação”, ou seja, para este autor, os sentimentos são constituídos, sobretudo, pela percepção de um certo estado do corpo, que forma a essência do sentimento.

A impotência está relacionada com a **inexperiência** profissional, como nos foi relatado:

“(...) no início da minha carreira (...) sentia-me incapaz”. (E1)

Os enfermeiros revelam ainda a sua impotência, demonstrando a sua incapacidade de dar resposta em determinados momentos, assumindo que nada podem fazer para os modificar, de forma a evitá-los:

“(...) porque nos sentimos um pouco limitados (...) quando a gente sabe que não há nada a fazer...” (E3)

“Acabamos por nos sentir incapazes (...); acabamos por nos sentir impotentes (...) e muitas vezes sentimos que somos muito pequeninos. (...), sentimo-nos muito limitados”. (E4)

“(...) sentimo-nos inúteis, por não saber fazer muito mais”. (E8)

A impotência é sentida por um enfermeiro de uma forma muito consciente:

“Às vezes sinto-me impotente, por não saber o que fazer com essa situação”. (E6)

Os enfermeiros experienciam sentimentos de impotência, porque se sentem incapazes perante a inevitabilidade da morte, não sabendo o que fazer. Podemos inferir que estes enfermeiros, não aceitam a morte como sendo a última etapa da vida de qualquer pessoa. Assim, perante a doença avançada e a contínua degradação física e psíquica da pessoa doente, por vezes sentem-se incapazes de a acompanhar na fase final da sua vida. Cuidar é de acordo com Mercadier (2004), uma missão típica dos hospitais e, essencialmente, dos prestadores de cuidados, para quem cuidar significa curar. Neste contexto, morrer no hospital, é muitas vezes sentido como um fracasso pelos profissionais de saúde. Actualmente, a nossa sociedade atribui à medicina o poder de tudo curar, protelando a morte, tornando assim credível o mito da imortalidade. Esta ideia é reforçada pelo SFAP (2000), quando refere que o facto destes cuidados não culminarem na cura, mas pelo contrário, no agravamento e na morte, os profissionais ficam expostos a sentimentos de impotência.

Durante a prática de cuidar, os enfermeiros experienciam ainda a **frustração**. A frustração para Coon (2006) é o estado emocional negativo, que surge, quando as pessoas são impedidas de atingir os objectivos desejados. De acordo com este autor, a frustração pode advir de fontes externas ou pessoais. A frustração externa é baseada em condições alheias à pessoa, que a impedem de avançar rumo ao objectivo. São baseadas em atrasos, fracassos, rejeições e perdas. As frustrações pessoais são baseadas nas características pessoais. A frustração, foi vivenciada pelos enfermeiros participantes, vejamos de que forma:

“ Pronto, realmente a gente sente, se calhar, (...), alguma frustração por não se conseguir dar aquilo, que realmente as pessoas necessitam (...)”. (E9)

“Às vezes uma pessoa sente-se um bocado frustrada, porque apesar de achar, que elas não deviam ter dor, não é isso que acontece. Eles acabam sempre por ter alguma dor”. (E11)

A incapacidade de dar à pessoa doente aquilo, que ela necessita, nomeadamente, proporcionar-lhe o controlo da sua dor, conduz os enfermeiros à vivência de estados

emocionais negativos, como a frustração. Em cuidados paliativos, a prática diária de acompanhamento de doentes em fase terminal é difícil. A morte e o sofrimento, são acontecimentos desgastantes, a presença constante da degradação e do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, podem provocar nos profissionais sentimentos de frustração, que, em algumas situações, se manifestam por uma presença mais curta junto do doente, por menos diálogo e pelo limitar dos cuidados ao mínimo indispensável (Trill e Imedio, 2000).

Da análise dos sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros participantes, surge o **sofrimento**. Este é definido por Wright (2005:19), Barbosa (2006), como angústia, dor, ou aflição física, emocional e espiritual. Para a autora, as experiências de sofrimento podem incluir uma doença grave, que altera a vida e as relações de uma pessoa, uma exclusão forçada do quotidiano, o esforço para aguentar, querer amar e ser amada, dor crónica e aguda, conflito, angústia e obstrução do amor nas relações.

Para (Damásio 2001), o sofrimento é um sentimento, que é realçado pelo conhecer, ou seja, pela tomada de consciência do mesmo. De realçar que a experiência de sofrer é única e é nesse sentido, que neste estudo é compreendida (Gameiro 1999). Esta sub categoria traduz situações emotivas vivenciadas pelos enfermeiros participantes durante o seu cuidar. O sofrimento implícito experienciado por estes, foi demonstrado de diferentes formas.

**O incómodo causado pelo prolongar do sofrimento do doente**, foi um modo de sentir o sofrimento, como referem:

“(...) quando a gente sabe, que não há nada a fazer, para quê estar a dar cada vez mais medicação? Só estamos a prolongar o sofrimento do doente e isso incomoda-me”. (E3)

“ E pensamos que fizemos tudo e mais alguma coisa e, mesmo assim, a pessoa continua com dor e a dor causa sofrimento e o sofrimento em doentes conscientes causa algum mal-estar. (...) às vezes vou incomodado para casa”.(E6)

“ É difícil ver uma pessoa em fase terminal e que continua a ter dor, o que não deveria acontecer nos hospitais”. (E11)

**A ligação estabelecida com o doente e sua família**, conduz também à vivência do sofrimento como nos explicam:

“E depois, lá está, nós criamos uma determinada ligação com o doente e com a própria família, que nos custa”. (E3)

“(...) custou-me um bocado...” (E5)

“ Incomoda sempre (...) o envolvimento com a família, perante a proximidade da morte, mexe connosco, não sou indiferente a isto”. (E9)

“ Tivemos uma situação de um doente, que esteve cá três meses e choca-me (...) a pessoa, quando está a sofrer daquela maneira, (...) é sofrimento, naquele momento, não dá para ficar à parte. (E12)

**O sofrimento da família** foi um dos aspectos verbalizados por um enfermeiro para explicitar o seu próprio sofrimento.

“ Deixamo-nos contagiar com o sofrimento dos familiares (...), sofremos, mas isso faz parte da vida”. (E12)

**O sofrimento causado pela eminência da morte** foi também expresso por um enfermeiro do seguinte modo:

“(...) lembro-me, quando, no início, me comecei a relacionar com estes doentes (...), quase não me chegava à beira do doente. Parecia que ele estava em fase terminal e a pessoa não queria era sofrer também. Estou a falar da minha parte”. (E8)

Consideramos que os enfermeiros têm consciência do sofrimento vivenciado pela pessoa doente, que advem não só do processo evolutivo da doença, mas também do facto da dor não estar controlada. O facto de os enfermeiros assumirem que os doentes sofrem, conduz a um processo de consciencialização do seu próprio sofrimento, que aparece implícito nos discursos proferidos por alguns enfermeiros, quando referem: “incómodo”, “nos custa”, “não dá para ficar à parte”. Por outro lado, alguns enfermeiros estão perfeitamente consciencializados do seu sofrimento, expressando-o de uma forma inequívoca, “sofremos, mas isso faz parte da vida”.

Esta tomada de consciência pode revelar-se fundamental, conduzindo a um processo adaptativo, que resulta da emoção. Esta ideia é reforçada por Damásio (2001), quando refere que o processo simples de sentir começa por dar ao organismo o incentivo, de forma a ocupar-se dos resultados da emoção, ou seja, o sofrimento começa pelos sentimentos, ainda que seja realçado pelo conhecer e pela tomada de consciência desse sofrimento. O sentir constitui, também, a pedra angular para a etapa seguinte – O sentimento de conhecer que sentimos (Damásio, 2001:325). O mesmo autor (2001: 325) considera que “conhecer é a pedra angular para o processo de planeamento de respostas específicas e não estereotipadas, que podem quer complementar uma emoção, quer garantir que ganhos imediatos obtidos pela emoção passem a ser mantidos ao longo do tempo”.

Jardim (2002), citado por Raminhos (2004:23), refere que “no relacionamento diário estabelecido com os doentes, os enfermeiros são sensíveis à dor e ao sofrimento,

demonstram preocupação e vontade de ajudar. Mas tendo em conta as limitações humanas e as características psicológicas dos doentes oncológicos, envolvem-se nas situações e, muitas vezes, projectam-nas a nível pessoal”.

Contudo, Neto (2004) realça que o que importa realmente, é sentirmo-nos tranquilos e não ameaçados pelo sofrimento do outro, o que pressupõe alguma maturidade. Para a autora, somos todos “cuidadores feridos”, transportando os nossos medos, as nossas dores e as nossas perdas. Neste sentido, é necessário assumir verdadeiramente a fragilidade da nossa condição humana e os nossos limites, para, só depois, como profissionais, colocarmos o melhor de nós ao serviço das pessoas doentes e das famílias, que necessitam.

A **satisfação**, que surge durante o cuidar, é vivida igualmente pelo enfermeiro. Esta é referida por Goleman (2002) como uma emoção, que pertence à família do prazer. Nesta família, encontram-se ainda a felicidade, a alegria, o alívio, o contentamento, o divertimento, a excitação, entre outras. A satisfação surge durante o cuidar, tendo sido vivida por um enfermeiro participante, como nos revela:

“Há aqui uma sensação de um certo bem-estar, que resulta de proporcionar ou tentar aliviar, de alguma forma, a dor (...)” (E13)

Do exposto, podemos verificar que o enfermeiro durante o seu cuidar, vivencia emoções de prazer, nomeadamente, de satisfação, que se traduz numa sensação de bem-estar, quando consegue satisfazer as necessidades da pessoa doente. O alívio da dor da pessoa doente constitui um motivo de satisfação para o enfermeiro. Hesbeen (2000:11) salienta que durante a prática do cuidar, os enfermeiros lidam no seu dia a dia “ com interrogações, com inquietações e até com o sofrimento do doente e dos seus familiares”. Neste sentido, os enfermeiros têm a possibilidade de ajudar a pessoa doente, podendo esta ajuda traduzir-se no alívio da dor do doente, proporcionando-lhe bem-estar, conduzindo este à satisfação profissional, tal como foi evidenciado pelo enfermeiro participante.

Por outro lado, o enfermeiro pode vivenciar reacções emocionais negativas durante a prática do cuidar, traduzindo-se estas no desprazer, que conduz à **aversão**. Esta é uma emoção negativa. De acordo com Strongman (1998), refere-se à rejeição daquilo, que pode estar contaminado ou ser desagradável, física ou psicologicamente. Para Goleman (2002), a aversão engloba o desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado e repulsa.

A aversão foi expressa directamente por um enfermeiro participante:

“ Eu detesto cuidar de doentes nessa situação”. (E2)

A dor e a doença em fase terminal conduzem à degradação física e psíquica da pessoa e, conseqüentemente, à proximidade da morte, levando os enfermeiros a experienciar sentimentos e emoções negativos.

A tristeza, a revolta e a impotência experienciadas pelos enfermeiros traduzem sentimentos e emoções negativos que provocam mal-estar, podendo estes factos explicar a aversão sentida.

Do exposto depreendemos que a experiência de cuidar, tem implicações na forma como os enfermeiros vivenciam os sentimentos e emoções, tendo estas implicações nos cuidados. Assim, os sentimentos e as emoções expressos pelos enfermeiros no seu cuidar foram: a tristeza, a pena, a mágoa, a angústia, a revolta, o medo, a impotência, a frustração, o sofrimento, a satisfação e a aversão.

Um estudo efectuado por Saraiva (2003), sobre as vivências dos enfermeiros no processo de comunicação em ambiente oncológico, permitiu identificar sentimentos de inquietação, perturbação, impotência e medo, como os mais vivenciados pelos enfermeiros. Também Mercadier (2004) no estudo, que efectuou sobre o trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar, identificou na experiência emocional, dos prestadores de cuidados durante a interacção com os doentes, sentimentos e emoções tais como: a cólera, o medo, a tristeza e lágrimas, e a satisfação. Diogo (2006), ao investigar a vida emocional do enfermeiro durante a prática do cuidar, constatou que os enfermeiros na prática de cuidados, experienciam sentimentos e emoções diversas, como a tristeza (o desânimo, a depressão, a pena, a compaixão e a mágoa), o medo (a ansiedade e a preocupação), a impotência, a revolta, a angústia, o contentamento, entre outros. Os resultados obtidos nestes estudos, corroboram assim o efectuado por nós, ao evidenciar algumas semelhanças no que se refere aos sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros durante o seu cuidar.

Em suma, estes sentimentos e emoções inserem-se num contexto multifactorial, estando relacionados essencialmente com o cuidar de pessoas jovens e idosas, com o diagnóstico reservado, com a situação de perda iminente, com a dor da pessoa doente, com a doença em fase terminal, com a identificação com a pessoa doente, com o sofrimento vivenciado pelo doente e família, com a incapacidade de dar à pessoa doente aquilo que ela necessita, com a ligação estabelecida com o doente e família e com o sofrimento causado pela iminência da morte.

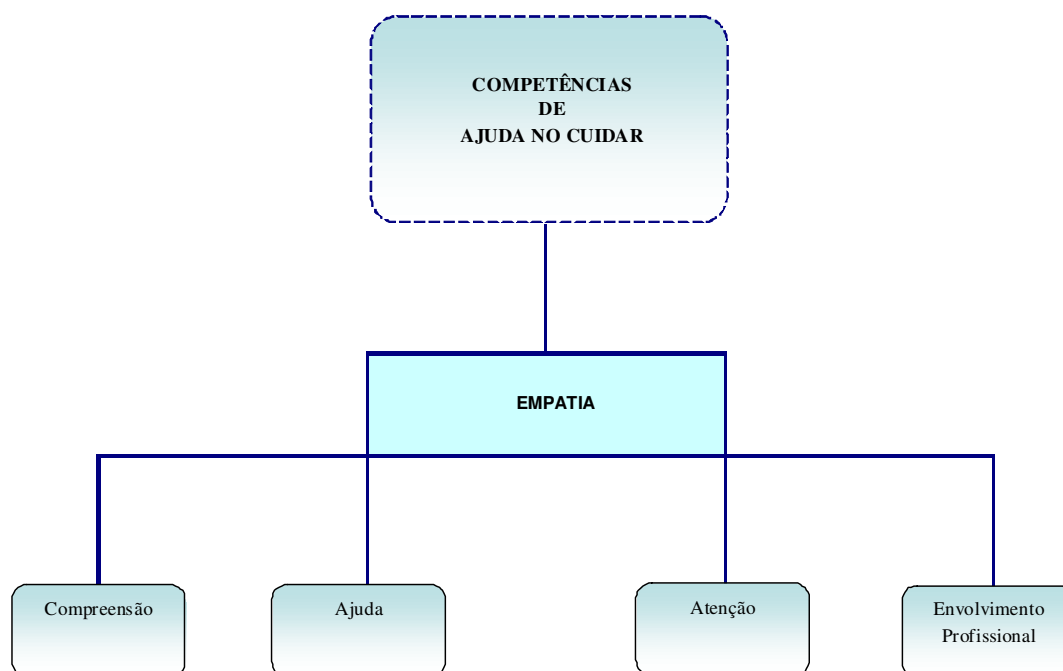
## 1.2 – COMPETÊNCIAS DE AJUDA NO CUIDAR

Os enfermeiros participantes, durante o seu cuidar, vivenciaram a necessidade de ajudar. Para Watson (2002:14), aludindo Gadw, “ ser capaz de ajudar, tem um valor maior do que simplesmente partilhar a experiência do outro... Isto é, em regra, para integrar sentimentos e conhecimentos, na tentativa de aliviar a angústia do utente”.

Tendo em conta que a enfermagem é uma profissão de ajuda, a relação de ajuda assume um lugar de destaque na prestação e personalização dos seus cuidados, devendo ser encarada como uma técnica humanista a desenvolver (Parracho, Silva e Pisco, 2005).

Neste contexto, “ para que o profissional de Saúde consiga estabelecer uma relação de ajuda, é fundamental que partilhe duas atitudes em relação ao doente: a aceitação incondicional das perspectivas e sentimentos do doente, e a compreensão empática do universo do doente, tal como se o visse pelos olhos deste (...). A aceitação implica que se veja o doente como uma pessoa independente com os seus próprios sentimentos. O técnico, que partilha esta atitude, aceita todas as expressões de sentimentos e pontos de vista do doente, sejam eles “bons” ou “maus”, “ adequados” ou não, “ funcionais ou bloqueadores”, na medida em que estes juízos de valor são incompatíveis com a relação de ajuda” (Andrade e Grilo, 2004).

De realçar que esta categoria emergiu da primeira questão orientadora colocada aos enfermeiros participantes. O diagrama 2 mostra a categorização do tema.

**Diagrama 2** – Competências de ajuda no cuidar

A **empatia** é uma das componentes essenciais da relação de ajuda. A empatia de acordo com Salomé citada por Queirós (1999:38), é definida como “*o conjunto de sinais, que circulam em qualquer relação, onde uma pessoa facilita o desenvolvimento, ou o crescimento de uma outra, a ajuda a morrer, a adaptar-se, a integrar-se, ou a aproveitar a sua própria experiência*”. Neste contexto, a empatia pressupõe a existência de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa a cuidar, devendo esta revestir-se de um carácter particular. A empatia, de acordo com Watson citada por Queirós (1999:37), é “a habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos de outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão, que ela atingiu”. Nesta perspectiva, podemos dizer que a empatia vai mais além da partilha de sentimentos, devendo o enfermeiro compreender o mundo da pessoa doente, como se fizesse parte desse mundo.

Na opinião de Brodley (2001), o profissional, para adoptar uma atitude empática, deve centralizar a sua atenção no significado das palavras e comportamentos do doente, reconhecendo a sua intenção quando comunica e relacioná-los com os sentimentos e

reações deste, com o intuito de o compreender, e permitir-lhe perceber que é compreendido.

Dois enfermeiros participantes relatam as suas competências relacionais de ajuda, evidenciando as suas habilidades empáticas, que estão relacionadas com a **compreensão**, com a **ajuda**, com a **atenção** e com o **envolvimento profissional**:

A **compreensão** foi explicitada por um enfermeiro participante da seguinte forma:

“É assim, sinto sempre alguma compreensão (...), tentando também compreender como está a família. (...) e empatia pelo doente”. (E8)

A compreensão está presente durante o cuidar da pessoa doente e família. Esta é, na opinião de Honoré (2004: 226), “um processo de abertura que constitui quem cuida e quem é cuidado como parceiros da acção do cuidar”. Para Honoré (2004:228), “*compreender numa prática de cuidado, é perceber dela alguma coisa sobre a maneira de se situar e agir face a uma dificuldade, apreender-lhe as formas sobre as quais se exprime, experimentar o que ela põe à prova.*”. A compreensão empática é um aspecto, que deve estar sempre presente durante a interacção enfermeiro / pessoa doente, pressupondo a existência de respeito por esta, permitindo-lhe sentir-se, efectivamente, compreendida. Para Carkhuff (1969), citado por Chalifour (2008: 199), “*sem compreensão empática do mundo do ajudado e das suas dificuldades tais como ele as vê, não há espaço para oferecer ajuda*”.

A **ajuda** é um aspecto considerado por um enfermeiro participante como nos explica:

“ (...) Tentando ver em que lhe posso ser útil naquela fase menos fácil, sinto que preciso de ajudar aquela pessoa, mas também a família é bastante útil, e tento não só ajudar o doente, mas também a família”. (E8)

Durante a sua prática do cuidar, o enfermeiro deve dispensar uma atenção especial, no que se refere à qualidade da relação, que estabelece com a pessoa doente e sua família, de forma a ajuda-los a ultrapassar a vulnerabilidade a que estão sujeitos, face à situação de doença, que vivenciam. Na perspectiva de Chalifour (2008), a relação de ajuda permite a criação das melhores condições possíveis, para ajudar o doente a enfrentar a dificuldade, que apresenta. O mesmo autor, considera que estas condições se traduzem, em primeiro lugar, no reconhecimento do doente como um ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, traduzindo-se também na estruturação de meios, que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si e aceder aos seus recursos pessoais. A combinação dos serviços profissionais com estes recursos, vão permitir-lhe fazer face às

suas dificuldades, dar resposta às suas necessidades, e ao seu desenvolvimento no sentido da natureza.

A **atenção** é um aspecto tido em conta por um enfermeiro participante, quando cuida, como nos refere:

“ (...) Estando em presença de um doente com dor, sinto que tenho que estar mais desperto. É uma situação, que requer mais atenção da minha parte”. (E1)

A experiência do cuidar do doente com dor evidencia a necessidade de uma atenção especial por parte de quem cuida. A atenção, de acordo com Hesbeen (2000), enquadra-se numa perspectiva de ajuda a uma pessoa, ou seja, de lhe aparecer como um profissional de ajuda, na sua situação singular, utilizando as competências profissionais, que caracterizam os actores da profissão. Esta atenção particular contida no cuidar é única. Lopes (1994), citado por Dias (1997, 221), considera que “ *a atenção aos doentes assume-se como uma referência incorporada, como não fazendo parte do próprio trabalho, não obstante ser evocado como fundamental aquando da construção discursiva do sentido das suas práticas*”.

Cuidar de alguém, é, na perspectiva de Pessini (2006:51), dar-lhe tempo, atenção simpatia e qualquer ajuda social, que se possa promover, para tornar a situação suportável, e, se não suportável, pelo menos, que nunca leve ao abandono. Neste sentido, sendo a relação de ajuda um aspecto de primordial importância, no que diz respeito às intervenções de enfermagem de qualidade, consideramos importante realçar, que o enfermeiro, que ajuda o doente, tendo em conta todas as dimensões da pessoa, como ser humano, está a contribuir desta forma para o cuidar em enfermagem.

O **envolvimento profissional** é um aspecto muito importante do cuidar. Na perspectiva de Watson (2002), o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros.

Vejamos como os enfermeiros participantes expressaram esse envolvimento:

“ Agora posso envolver-me, porque me sinto preparada para lidar com isso, tenho mais maturidade”. (E1)

“ Acabamos sempre por nos envolver, (...) pronto, a pessoa envolve-se com o próprio doente e com a família ...”. (E9)

Os enfermeiros participantes durante o seu cuidar, envolvem-se com a pessoa doente e com a sua família, revelando, deste modo, possuírem maturidade profissional. Esta, de acordo com Doron e Parot (2001), não é mais do que a aquisição pelo jovem adulto de informações sobre as profissões, as exigências impostas por estas, as suas carreiras, as

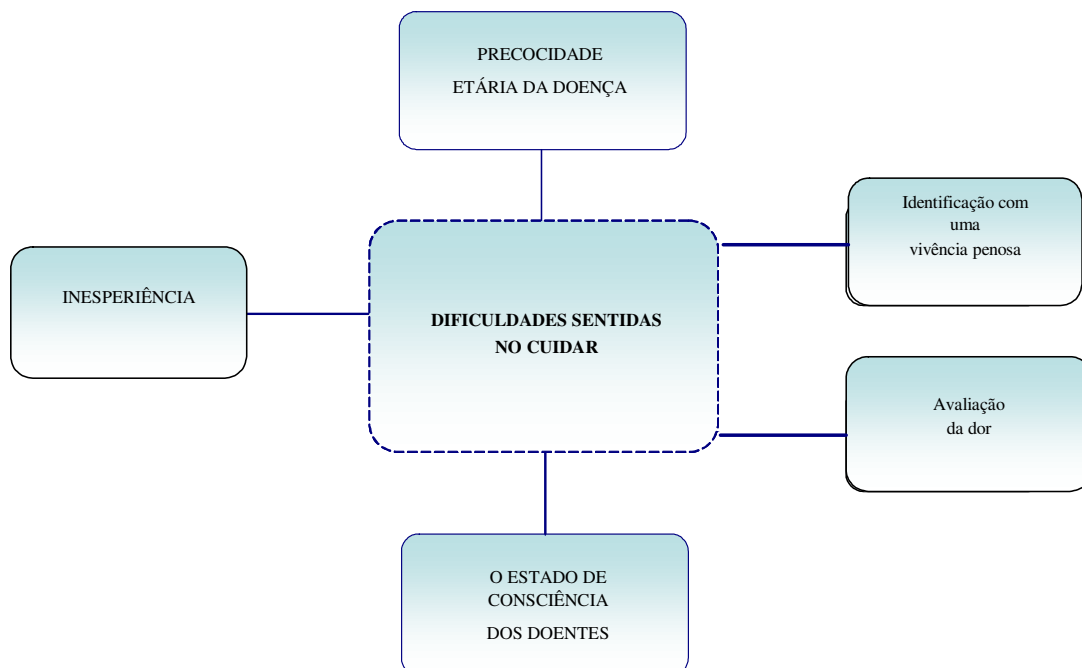
condições de trabalho, que as caracterizam, as suas capacidades e os seus interesses, a sua hierarquia de valores e a sua personalidade. Na perspectiva deste autor a maturidade profissional é atingida, quando o jovem adulto elaborou um projecto de futuro profissional realista e motivado.

Também Benner (2001), aludindo Dreyfus e o seu modelo de aquisição de competências, considera que é necessário existir um certo nível de envolvimento, para que se desenvolva o sentido de observação. A autora é da opinião que um observador distante tem menos possibilidades de notar mudanças subtis nos doentes. A mesma autora vai mais longe, quando refere que *“é necessário um certo nível de envolvimento para atingir o nível de perícia”* (Benner, 2001:190).

Do exposto, salientamos que os enfermeiros participantes evidenciaram possuir algumas capacidades de ajuda, não tendo sido, contudo, mencionadas algumas competências consideradas por Lazure (1994) e Queirós (1999), como indispensáveis para estabelecer uma relação de ajuda, que são: a capacidade de escuta, de respeito caloroso, de clarificar, de ser congruente, de confrontar e de apoio.

### 1.3 - DIFICULDADES SENTIDAS NO CUIDAR

Os enfermeiros, durante o seu cuidar, experienciaram dificuldades, que foram reveladas ao longo das entrevistas efectuadas aos participantes. Estas dificuldades prendem-se com a **precocidade etária da doença**, com a **inexperiência**, com o **estado de consciência dos doentes**, com a **identificação com uma vivência penosa** e com a **avaliação da dor do doente**. A categorização deste tema, que emergiu do texto em análise, encontra-se representada no diagrama 3.

**Diagrama 3** – Dificuldades sentidas no cuidar

A **Precocidade etária da doença** surge como uma dificuldade sentida durante o cuidar.

Os enfermeiros assumem a sua dificuldade em lidar com doentes jovens. Neste sentido explicam-nos: “

“ (...) se for uma pessoa nova, aí sinto alguma dificuldade”. (E1)

“ (...) quando são doentes, que já têm mais idade, já encaro melhor, não tenho dificuldade em lidar com eles, nem com a família deles (...)” (E2)

“ É assim, eu sinto mais [dificuldade], quando são pessoas mais jovens (...), porque é um serviço onde temos muitos doentes em fase terminal e é difícil acompanhar”. (E8)

A idade surge, neste contexto, como uma dificuldade sentida durante o cuidar. Esta dificuldade pode ser explicada à luz da ordem natural da vida, que pressupõe que a doença e a morte, estão associadas às pessoas com mais idade, sendo, por isso, mais fácil a sua aceitação. Pode ainda ser explicado pelo facto desta equipa ser constituída essencialmente por enfermeiros jovens, o que pode levar a que, durante a sua prática de cuidar, se identifiquem com mais facilidade com a pessoa doente.

A **inexperiência** é um aspecto, que parece estar associado às dificuldades para lidar, como nos explica um enfermeiro participante:

“(…) No início da minha carreira tive dificuldades”. (E1)

Como sabemos, a experiência promove aprendizagens. De acordo com Benner (2001), com a experiência e o domínio, a competência transforma-se, levando esta mudança a melhoramento das actuações. A aprendizagem é definida por Berteli (2004), como a mudança do comportamento baseada na experiência. É um factor fundamental do comportamento humano, que afecta a maneira de pensar, sentir e agir das pessoas e também as suas crenças, os seus valores e objectivos.

**O estado de consciência dos doentes** assume também um papel importante no que se refere às dificuldades sentidas pelos enfermeiros participantes durante o seu cuidar, como nos transmitem:

“Nos doentes inconscientes é mais complicado (...). A pessoa pode fazer um gemido, que nunca sei qual é o verdadeiro motivo...” (E2)

“As inconscientes são as mais difíceis para mim, é-me mais difícil lidar com elas, porque me é mais difícil identificar a dor, ou aquilo que elas precisam (...). As conscientes e que colaboram (...), torna-se mais fácil de identificar e sinto-me mais à vontade e melhor e sinto-me capaz, ou, pelo menos, é esse o meu objectivo, sentir-me capaz de ajudá-lo a passar esta fase o melhor possível, com melhor qualidade de vida possível ...” (E5)

Os enfermeiros participantes evidenciam a sua dificuldade em lidar com o doente inconsciente, que associam ao facto de dificultar a identificação da dor e as suas necessidades.

**A identificação com uma vivência penosa** é reveladora das dificuldades sentidas pelos enfermeiros participantes durante o seu cuidar, como nos contam:

“Para mim não é uma situação muito fácil (...). Sinto dificuldade em lidar com estes doentes, (...) também por uma realidade, que tive há pouco tempo, que vivenciei há pouco tempo, foi a morte do meu tio (...). A forma como lidamos, tem a ver com as nossas experiências lá fora e, para mim, não é ainda muito fácil (...). Não é fácil isto cria assim alguma dificuldade”. (E3)

A enfermeira identifica-se com a pessoa, que cuida transpondo aspectos da sua vida pessoal para a sua prática do cuidar, onde as situações penosas vivenciadas no seio da sua família têm influência directa na forma como vivência as situações de cuidados. Esta identificação da prática do cuidar com uma vivência penosa, pode, na perspectiva de Phipps, Sands e Mereck (2003:189), “simbolizar as perdas pessoais na história da própria família do enfermeiro e também impotência profissional”.

**A avaliação da dor do doente** é também uma dificuldade explicitada por um enfermeiro participante, quando refere:

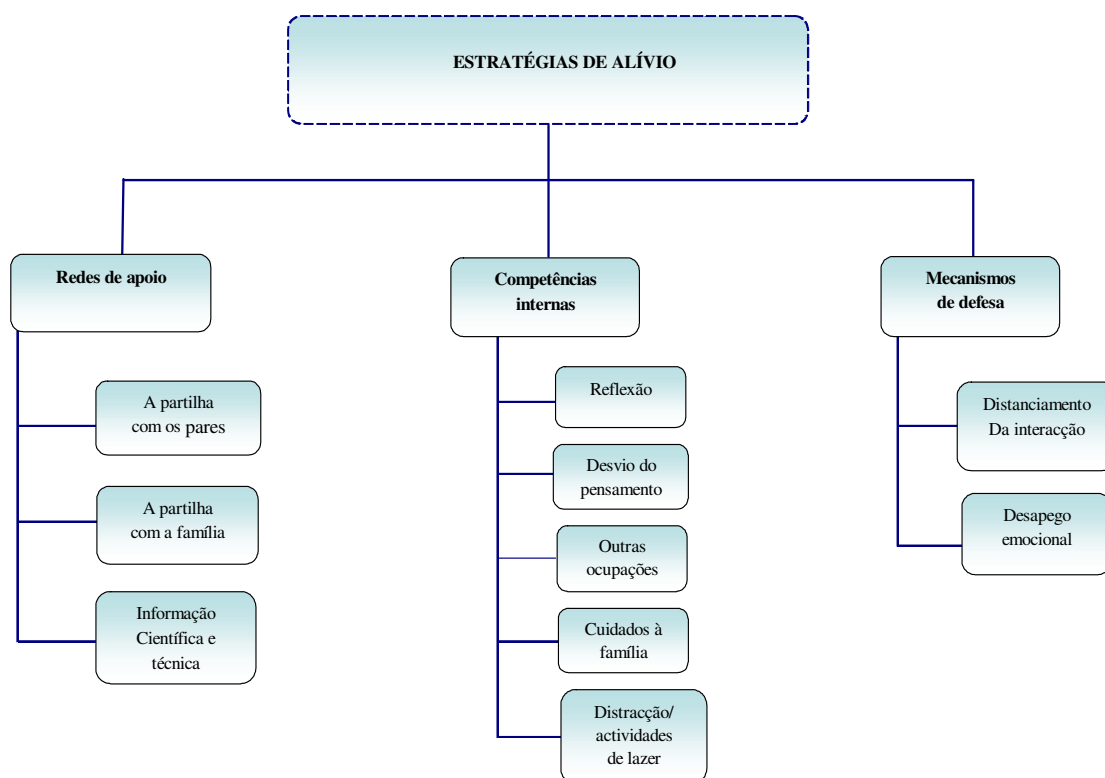
“Sinto muita dificuldade em conseguir sentir que dor é que o doente tem (...). Em relação aos outros doentes [que não verbalizam] não me sinto tão à vontade”. (E10)

Partindo do pressuposto de que a dor é única e por isso, desde logo subjectiva, a sua avaliação constitui à partida uma dificuldade para os profissionais de saúde e nomeadamente para os enfermeiros.

A avaliação da dor é uma dificuldade sentida pelos enfermeiros no seu cuidar, que aumenta quando se trata de doentes, que não verbalizam. Esta ideia é reforçada por Pereira (2006), quando refere que a dor pode ser difícil de avaliar em doentes, que apresentem um grau significativo de deficit cognitivo e alterações de consciência.

### 1.3 - ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO

Os enfermeiros durante o seu cuidar, experienciam dificuldades, sentimentos e emoções, que lhes provocam sofrimento, neste sentido, para ultrapassarem as dificuldades sentidas e o sofrimento, utilizam estratégias de alívio recorrendo a redes de apoio que passam pela **partilha com os pares**, **partilha com a família** e ainda pela **informação científica e técnica**. Os enfermeiros apresentam também competências internas, que são a **reflexão**, o **desvio do pensamento**, o arranjar **outras ocupações**, os **cuidados à família** e a **distracção / actividades de lazer**. Adoptam ainda mecanismos de defesa como forma de alívio, que são o **distanciamento da interacção** e o **desapego emocional**. Estes recursos encontram-se explicitados no diagrama 4 que representa a análise deste tema.

**Diagrama 4** – Estratégias de alívio

Os enfermeiros socorrem-se de redes de apoio como estratégia, no intuito de obter o alívio.

As redes são «um conjunto de ligações, que ligam os elementos dum conjunto de objectos ou de pessoas», que estabelecem entre si mapas de relações, linhas de força que originam «mapas de geografia psicológica» (Pinto, 2006), citando Parlebas, (1992:101). Estas redes de interacção de acordo com Pinto (2006), revelam os fluxos comunicacionais, preferências e resistências. As redes, para além da conexão entre elementos, implicam uma partilha de afectos, sempre que duas ou mais pessoas estão juntas.

Os enfermeiros recorrem à **partilha com os pares**, para se sentirem mais aliviados relativamente aos sentimentos e dificuldades experienciadas durante o seu cuidar. Neste sentido relatam-nos:

“ Conversei com os colegas (...). Eu tenho um colega, que está noutra serviço, e, às vezes, confrontamos ideias e isso também é bom”. (E3)

“ Muitas vezes tento desabafar com alguém (...), acabamos por desabafar com os colegas de curso (...), que são amigos e que, no fundo, sabem aquilo que sentimos”. (E4)

“(...) eu procuro sempre não tomar nenhuma medida, sem pedir a opinião de alguém mais experiente do que eu”. (E5)

“Aproveitamos, por vezes, a passagem de turno para falar sobre isso, sobre as estratégias, que podemos utilizar para aliviar a dor...” (E6)

“Às vezes falo com os colegas, mas não tenho assim nada de especial. Não tenho nenhuma estratégia (...), comentamos entre colegas (...)”. (E7)

Os enfermeiros partilham as suas vivências com os colegas de trabalho, com colegas de curso que consideram amigos com os quais podem contar e aproveitam para fazer uma reflexão em grupo sobre dificuldades sentidas, nomeadamente durante a passagem de turno. Toda esta partilha pressupõe um ambiente de proximidade e compreensão entre os pares. Partilhar angústias, dificuldades, inseguranças, fragilidades e também vitórias obtidas, é, na perspectiva de Rodrigues e Zago (2006), uma forma de fortalecer os vínculos da equipa interdisciplinar, possibilitando um atendimento coerente e mais sereno ao doente, que se encontra em fase terminal.

Também, de acordo com Pereira e Lopes (2005), discutir os problemas de trabalho com os colegas, bem como a disponibilidade para estar aberto a novos métodos de trabalho, são estratégias de alívio.

A partilha de experiências com os pares, parece-nos também ser um momento privilegiado, que pode melhorar a prática profissional de enfermagem.

De facto, a nossa experiência tem-nos revelado que a comunicação e o trabalho em equipa são duas premissas fundamentais, que podem ajudar a diminuir o sofrimento e as dificuldades sentidas durante o cuidar, preservando, desta forma, a saúde emocional e física, prevenindo o esgotamento dos profissionais. Na opinião de Alexandre Lhotelier (1998), citado por Hesbeen (2002), é um erro pensar no serviço tendo em conta apenas o seu aspecto formal: a regra, a ordem e a organização. A burocracia, a tecnologia e autocracia, são males das instituições, sendo o único remédio, as relações verdadeiras e práticas em todas as pessoas. O mesmo autor defende que os regulamentos não serão suficientes, se não houver comunhão de ideias entre aqueles, que é suposto concretizarem-nas.

A **partilha com a família** é outra forma de obtenção do alívio utilizada pelos enfermeiros, que partilham com os familiares as suas vivências profissionais, sendo esta uma base de suporte para os sentimentos vivenciados e para as dificuldades profissionais sentidas. A partilha com os familiares mais íntimos, surge como um recurso utilizado pelos

participantes, que procuram momentos, onde possam desabafar e sentirem-se um pouco mais aliviados. Neste contexto, os enfermeiros explicam-nos:

“(...) Conversei com os meus pais lá em casa e o facto de ouvirmos uma opinião semelhante à nossa, já nos alivia um bocadito, pois sabemos que tomámos a atitude correcta (...)”. (E3)

“Em termos de estratégia de alívio desse meu stress, (...) é mais com a família (...) e em casa acabo por falar sobre isso com a minha mulher (...). Às vezes acabamos por levar esses problemas para casa”. (E6)

“(...) e, às vezes, em casa, o que nos custou fazer ou não”. (E7)

Os profissionais, que trabalham em áreas em que a morte ocorre com frequência, devem, na perspectiva de Muccillo (2006), partilhar sentimentos e reacções com os outros. Na perspectiva de Ramos (2001:106), *“é no seio da família que, para além da segurança emocional e das relações pessoais profundamente recompensadoras, os indivíduos definem a sua identidade e encontram o principal reforço da mesma”*.

Também Fallow et al (1993), citados por Serra (2007: 611), salientam que “ a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, pois constitui o maior recurso natural, para lidar com circunstâncias desencadeadoras de stress associadas com a vida na comunidade”.

**A informação científica e técnica** surgem como uma forma de alívio evidenciada.

Um enfermeiro participante refere a importância da literatura sobre a dor para o esclarecimento de dúvidas e anseios, permitindo assim ultrapassar dificuldades sentidas, como nos explica:

“Muitas vezes também recorro a livros, que falam sobre a dor (...). Li alguns, que me fizeram bem. Consegui encontrar muitas respostas às minhas dúvidas e aos meus anseios”. (E4)

Consideramos que a leitura de artigos e de livros que abordem a temática da dor, pode ajudar o enfermeiro na sua compreensão, permitindo-lhe assim melhorar a sua actuação durante a prática do cuidar. Também Hesbeen (2000:141) partilha desta ideia ao salientar que “não se deve negligenciar o recurso à documentação, à biblioteca, que são outros tantos meios – subutilizados – de actualização e de desenvolvimento dos conhecimentos”.

Os enfermeiros participantes apresentam ainda competências **internas**, intrínsecas a cada um e pessoais, que lhes servem de ajuda para ultrapassar dificuldades e para obterem alívio em relação aos sentimentos vivenciados durante a sua prática de cuidar.

As competências internas dos enfermeiros participantes passam pela **reflexão**, pelo **desvio do pensamento**, pelo arranjar de **outras ocupações**, pelos **cuidados à família** e pela **distracção / actividades de lazer**.

A **reflexão** é um recurso interno, utilizado pelos enfermeiros participantes para o alívio da sua vivência emocional, aquando da prática do cuidar. A capacidade reflexiva dos enfermeiros traduz-se da seguinte forma, tal como nos contam:

“Eu conduzo muito, porque eu faço bastantes quilómetros e às vezes dou por mim a ir para casa a pensar nas coisas, que se passam aqui, mas pronto, tento ultrapassar esta situação sozinha”. (E3)

“Costumo reflectir (...). É claro que algumas vezes, temos que pensar, reflectir, para que, futuramente, possamos gerir melhor esse tipo de sentimentos”. (E4)

“Ficamos sempre a pensar, se fizemos tudo correctamente (...). Às vezes, passadas três ou quatro semanas, aqueles sentimentos todos estão a ser gerados e estão a ser como que ultrapassados ou modificados, ou aceites”. (E5)

Os enfermeiros reflectem sobre as suas práticas. O olhar reflexivo, na opinião de Honoré (2004: 97), questiona as possibilidades de usar de modo diferente tudo aquilo, que está à nossa disposição, segundo as transformações dos nossos desejos e preocupações, e as condições em que vivemos. Neste sentido, Lage et al (2004) salientam, “ *porque os enfermeiros estão comprometidos com a prestação de cuidados humanísticos, devem ter em atenção que os efeitos das suas decisões podem afectar a vida das pessoas e assim sendo, o pensamento dos enfermeiros deve ser orientado por um raciocínio exacto, seguro e um pensamento disciplinado que promova a competência reflexiva*”.

Assim, ao reflectirem sobre as suas práticas, os enfermeiros podem ser levados a encontrar novos significados, que, eventualmente, conduzam a mudanças na sua prática.

O **desvio do pensamento** foi uma forma encontrada por um enfermeiro para aliviar o seu sofrimento e dificuldades sentidas. O enfermeiro explica:

“(…) pela minha personalidade, consigo desviar também o pensamento”. (E1)

O recorrer a **outras ocupações** é uma forma de alívio encontrado pelos enfermeiros que nos explicam:

“(…) Vou-me dedicando a outras coisas (...)”. (E1)

“(…) quando temos tempos livres devemos procurar outras saídas. Faz-nos bem”. (E4)

“(…) vou-me dedicando a outras coisas (...)”. (E6)

O facto de os enfermeiros procurarem outras actividades, fora do âmbito profissional, parece ser benéfico, permitindo assim ultrapassar dificuldades sentidas e sentimentos e emoções negativos experienciados durante o seu cuidar, proporcionando, desta forma, a obtenção do alívio.

Os **cuidados à família** são também uma forma de alívio encontrada pelos enfermeiros participantes, como nos revelam:

“ (...) também tenho filhos , também ajudo em casa” (E1)

“ (...) também ajudo em casa (...)”. (E6)

Na opinião de Ramos (2001), a casa é cada vez mais um lugar de refúgio por excelência, sendo imprescindível, em termos de segurança e de suporte num mundo de trabalho marcado por incertezas e ameaças. Também, Frederico (2006), aludindo o modelo de Spillover, que tenta dar uma explicação plausível sobre a relação trabalho e vida privada, assume a existência de uma relação de reciprocidade entre o trabalho e a família, influenciando-se mutuamente. Nesta perspectiva, os indivíduos transferem as emoções, os valores, as qualificações e os comportamentos de uma esfera para a outra. Este modelo entende que as experiências, que provêm do trabalho vão afectar as actividades do quotidiano, a família e a interacção social. Moen e Han (2001), citados por Frederico (2006), são inequívocos ao afirmar que trabalho e família são realidades interdependentes.

A **distracção / actividades de lazer** surgem como uma forma de alívio encontrada pelos enfermeiros como nos explicam:

“ O meu passatempo é ler, e, se calhar, a gente esquece um pouco o que se passa aqui (...), gosto de chegar a casa e ver filmes, também gosto de passar a ferro e assim distraio-me...”. (E3)

“ Habitualmente, tento descomprimir (...), tento sair um pouco (...) “. (E4)

“ (...) uma estratégia, que eu utilizo, quer seja doente terminal, quer não seja, é praticar desporto”. (E5)

“ (...) A jardinagem por exemplo, (...) e a agricultura e isso faz-me bem como terapêutica, como escape”. (E6)

Os enfermeiros participantes socorrem-se da distracção/actividades de lazer, que passam pela leitura, por ver filmes, por passar a ferro, por sair, por praticar desporto, por fazer jardinagem, e pela agricultura.

As actividades de distracção/ lazer, são na perspectiva de Ramos (2001), actividades de prazer, que constituem a oportunidade única de cada individuo ser verdadeiramente ele próprio, razão pela qual são a fonte primordial de prazer e bem-estar, que,

verdadeiramente, concorrem para a individualização das pessoas, ou seja para a construção de si mesmas. Do ponto de vista dos benefícios psicológicos, contribuem, reconhecidamente, para a promoção da auto-estima, das expectativas positivas da auto-eficácia e do controlo interior. Desta forma, ajudam a reduzir a vulnerabilidade ao *stress*, revelando-se como poderosas estratégias individuais de prevenção do *stress*. Desta opinião partilha Elias, (1994), citado por Mercadier, (2004:318), quando refere que “*as actividades de lazer são um recurso para gerir as tensões negativas através da mobilização de tensões positivas, que permitem libertar pacificamente as emoções*”.

O exercício físico é, na perspectiva de Ramos (2001), uma das principais estratégias de prevenção do *stress*, essencialmente porque também o é em relação à promoção da saúde. Esta ideia é corroborada por Serra (2007), quando refere que o exercício físico não traz apenas benefícios para a saúde física., melhorando também o bem-estar psicológico do indivíduo. Falkenberg (1987), citado por Serra (2007), considera que o exercício físico regular reduz as consequências fisiológicas nas situações de *stress*. A curto prazo melhora o estado de ânimo e, a longo prazo, contribui para diminuir a predisposição para estados de angústia e de depressão. Salmon, (1993) citado por serra (2007) conclui após uma revisão de trabalhos que os indivíduos, que praticam um exercício físico regular, incrementam emoções positivas, ou atenuam as emoções negativas.

Os enfermeiros participantes adoptam **mecanismos de defesa** durante a vivência do cuidar face ao seu sofrimento, procurando formas de alívio. O alívio é na opinião de Lazarus citado por Serra (2007:247), “a emoção mais simples de todas. Ocorre após não se ter materializado uma ameaça importante, ou as condições terem sido modificadas para melhor”.

Existem alguns mecanismos de defesa estruturados socialmente, que podem ser adoptados pelos membros da equipa de saúde, que são, de acordo com Menzies citado por Pita (2003), a fragmentação da relação profissional de saúde / doente; a despersonalização e negação da importância do indivíduo; o distanciamento e a negação dos sentimentos; a tentativa de eliminar decisões, e a redução do peso das responsabilidades.

A nossa experiência tem-nos mostrado que, assim como o doente e a família, os profissionais de enfermagem não são indiferentes ao processo de doença, eles próprios criam defesas para lidarem com esta situação e com todos os problemas, que daí advêm.

Para Saraiva (2003), a vivência de sentimentos de inquietação, perturbação, medo e impotência, levam à adopção de alguns mecanismos de defesa. Uma inadequada preparação, ou sensação de fracasso técnico, ou o facto de se rever na pessoa doente, leva

os enfermeiros a sentirem-se “tocados nos seus sentimentos”, pelo que reagem emocionalmente e adoptam estratégias de defesa, para se protegerem da angústia e perturbação geradas pelas interacções. De acordo com a mesma autora, os mecanismos de defesa mais utilizados pelos enfermeiros são a negação ou a repressão de sentimentos. Neste contexto, Damásio (2001) salienta que a repressão, a inibição ou a negação dos sentimentos e emoções é tão nefasto como a experiência emocional extrema, podendo mesmo manifestar-se através de doenças psicossomáticas.

Saraiva (2003) considera que o enfermeiro não deve reprimir ou negar sentimentos, deve sim admitir os seus próprios limites e os da ciência, pedir apoio aos colegas e a elementos de outras áreas.

O **distanciamento da interacção** foi um recurso de protecção usado por um enfermeiro participante, que o descreve da seguinte forma:

“Não me afastava, mas evitava a proximidade (...). Havia da minha parte pouco envolvimento”. (E1)

De acordo com esta narrativa, estamos perante uma experiência de ambivalência, em que os sentimentos vivenciados por este enfermeiro são contraditórios no que se refere à sua forma de actuação

Para Menzies citado por Pita (2003), este distanciamento da interacção, não é mais do que uma fragmentação da relação profissional de saúde / doente, ou seja, o profissional de saúde evita o contacto com os aspectos, que, de alguma forma, possam representar risco de tensão, pela dificuldade emocional, que podem conter. As suas tarefas são divididas de forma a reduzir o tempo de contacto com o doente.

O afastamento dos enfermeiros dos doentes deve-se ainda na opinião de Deodato (2003: 29), à *“frequente exposição dos enfermeiros ao sofrimento dos doentes com a consequente adaptação de mecanismos de defesa que garantam o distanciamento da pessoa com dor”*. Para Stedford (1996), citado por Pereira e Lopes (2005), o profissional de saúde para não ser afectado, tenta manter uma certa distância, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fáceis e autoritários com o objectivo de tornar a relação o mais profissional possível, para que a emoção não se sobreponha ao racional. Na opinião de Benner (2001: 81), *“a enfermeira não deve evitar o doente e deve além disso encontrar meios de o reconfortar, a ele e à sua família”*.

O **desapego emocional**, foi outra forma encontrada pelos enfermeiros para se protegerem do sofrimento, sendo o envolvimento com a pessoa doente feito da seguinte forma, como nos explicam:

“É claro que muitas vezes acabamos por nos abstrair e cuidamos da pessoa enquanto pessoa, mas não nos envolvemos demasiado”. (E4)

“(…) é o facto de eu estar imunizado, ser indiferente em determinadas situações. Não é indiferença pejorativa mas às vezes, tem que se ser um bocado imune”. (E5)

“ Há pessoas, que acham que se deve manter as distâncias”. (E12)

“(…) da experiência de lidar com doentes oncológicos durante muitos anos (...), também nos cria alguma imunidade (...), reconheço que, pessoalmente, há uma certa imunidade em relação ao processo de sofrimento do doente (...), mas é aquele afastamento, que nos permite também alguma saúde psicológica para, quando lidarmos com estes doentes, podermos sair do hospital e estarmos à vontade em casa com a nossa família, com os nossos amigos e esquecermos um pouco isso também”. (E13)

Este desapego emocional vivenciado pelos enfermeiros participantes enquadra-se no mecanismo de defesa defendido por Menzies, citado por Pita (2003), em que o distanciamento e a negação de sentimentos, por si só são auto-explicativos. A dificuldade em lidar com as emoções, faz com que o profissional se distancie de todas as situações mobilizadoras. As identificações perturbadoras são evitadas e os sentimentos não são percebidos.

Assim, o enfermeiro para se proteger do risco de sofrer causado pelas situações emotivas vivenciadas durante a prática do cuidar, procede à separação entre os dois universos – o seu mundo e o do doente (Mercadier, 2004).

Em síntese, sublinhamos que os enfermeiros do nosso estudo utilizam estratégias de alívio, para ultrapassarem o sofrimento experienciado e as dificuldades sentidas durante o cuidar.

Salientam a partilha de experiências, com os pares e com a família e as leituras como importantes para o alívio do seu sofrimento e das dificuldades sentidas, que, em nosso entender, evidenciam experiências formadoras.

Possuem ainda competências internas, que os ajudam a ultrapassar dificuldades e a obterem o alívio em relação aos sentimentos e emoções negativos experienciados durante o cuidar. Estas competências passam pela capacidade de reflexão evidenciada, pelo desvio do pensamento, pelo recorrer a outras ocupações, pelos cuidados à sua família, e pelo recurso a actividades de distração / actividades de lazer.

Revelam possuir capacidade de reflexão crítica, que pode conduzir a uma melhoria da prática de cuidados.

Adoptam ainda mecanismos de defesa face ao sofrimento sentido durante o cuidar, que passam pelo distanciamento da interacção e pelo desapego emocional.

---

---

## 2 - IDENTIFICAÇÃO DA DOR

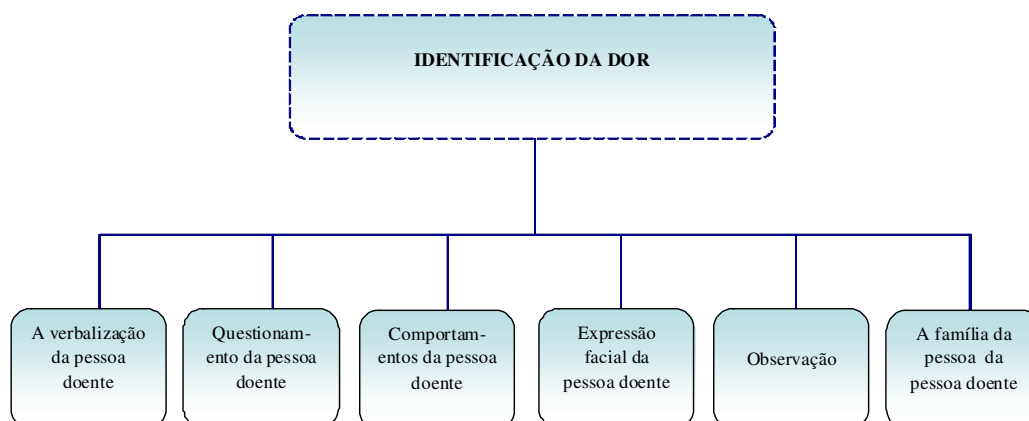
*«A dor é duas vezes dolorosa, porque ela é ao mesmo tempo um mistério tormentoso.»*

Buytendijk, De la douleur.

A dor é um fenómeno universal sobejamente conhecido. É subjectiva e particular de cada indivíduo, habitualmente descrita, simplesmente, como aquilo que a pessoa que a experimenta, diz que é. A dor caracteriza-se por alguns sinais e sintomas objectivos, contudo, nem todas as pessoas que a experienciam apresentam sinais objectivos dessa experiência. Neste contexto, torna-se complicado para os profissionais de enfermagem, identificarem a dor da pessoa doente. A gestão da dor vai para além da procura do alívio. Cuidar de doentes com dor, implica, à partida, lidar com a expressão de dor, mas existem outros aspectos a ter em conta, que passam pelo diagnóstico do significado da dor, por minimizar e prevenir a dor e incentivar o doente a suportar a dor (Fernandes, 2000). De facto, existem dificuldades em reconhecer a dor em doentes com dor crónica; estas dificuldades, de acordo com Sullivan (1994), residem no facto de a dor ser subjectiva e os enfermeiros, tendo em conta a sua formação, se apoiarem em dados objectivos.

### 2.1- IDENTIFICAÇÃO DA DOR

Durante a sua prática do cuidar, o enfermeiro tem que fazer uma gestão da dor, que passa desde logo pela identificação da mesma. Neste contexto, iremos analisar a forma como os enfermeiros identificam a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal. Este tema é composto por uma categoria, que é a identificação da dor. Foram criadas seis subcategorias: **a verbalização da pessoa doente, o questionamento da pessoa doente, comportamentos da pessoa doente, expressão facial da pessoa doente, observação e família.** A categorização deste tema encontra-se no diagrama 5.

**Diagrama 5 – Identificação da dor**

Os enfermeiros participantes, durante a vivência da sua prática, socorrem-se da **verbalização do doente** para identificarem a sua dor. Vejamos o que nos relatam acerca da sua experiência.

“(…) em função, sei lá …, da dor dele, pelas queixas (…). É importante falar com ele, para perceber se tem ou não dor”. (E1)

“Quando eles verbalizam (…). Pergunto, como é que sente a dor (…), é mais no turno da manhã e da noite”. (E2)

“Quando as pessoas estão conscientes e colaborantes, elas mesmo verbalizam”. (E4)

“Quando a pessoa verbaliza mesmo a dor e fala bem, aí eu valorizo o que o doente me diz”. (E6)

“Se uma pessoa chega consciente, mais ou menos expressa a dor. Se sentir dor (…), mal-estar, chama”. (E7)

“(…) ou quando verbaliza (… ) e as queixas, que refere”. (E9)

“(…) muitas vezes porque eles dizem (…), se ele falar é a verbalização”. (E11)

“(…) sobretudo pelas queixas do doente (…), sobretudo se o doente está numa fase consciente, se está numa fase do processo de significação verbal”. (E13)

Os enfermeiros identificam a dor da pessoa doente, essencialmente, através da verbalização do doente, dialogando com este, tentando perceber se tem ou não dor, valorizando o que o doente refere. Por vezes, a causa da dor não se manifesta através do corpo mas adivinha-se através do discurso da pessoa Metzger et al, (2002).

Para Honoré (2004:106), *“a palavra é o começo de um dizer sempre inacabado, de um apelo, de um sinal, de um sentimento, de um sofrimento, de uma preocupação, de uma gratidão ou de um ressentimento”*.

Como refere Hesbeen (2000:30) *“o lugar deixado à palavra e aos vários meios de expressão é, pois, essencial na prática de cuidar, uma vez que vão permitir expressar, dizer o sofrimento, o sofrimento que” o corpo sujeito” vive”*.

Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros, durante a sua prática do cuidar, estejam atentos a toda e qualquer verbalização expressa pelo doente, pois só assim poderão responder com eficácia às suas solicitações.

Podemos ainda inferir que a identificação da dor é feita, essencialmente, nos turnos da manhã e da noite. Um estudo desenvolvido por Ritto (2006) sobre a dor e a prática de enfermagem, revela que, dos 525 registos quantitativos da intensidade da dor efectuados pelos enfermeiros, o maior número é realizado no turno da noite, 209 (39,8%), seguindo-se o turno da tarde com valores aproximados ao anterior. O turno, que apresenta menos registos quantitativos da intensidade da dor é o da manhã, com apenas 121 registos (23,1%). Estes resultados, não são coincidentes com o nosso estudo, nomeadamente, no que se refere ao turno da manhã e da tarde. O turno da manhã, é por excelência, o turno em que se prestam cuidados directos ao doente, nomeadamente cuidados de higiene, realização de pensos e o levante dos doentes, pelo que permite aos enfermeiros desenvolver uma relação mais próxima com estes, possibilitando, desta forma, a identificação da dor. De realçar que o turno da manhã é aquele que tem mais enfermeiros escalados, o que pode também explicar a identificação da dor neste turno. Por outro lado, no que se refere ao turno da noite, a nossa experiência mostra-nos que neste turno a identificação da dor é facilitada por alguns aspectos, que ressaltam à vista dos enfermeiros cuidadores, que passam por o doente estar acordado, por sinais de inquietude ou ansiedade evidenciados, entre outros, permitindo, desde logo, questionar o doente acerca da sua dor. Tendo em conta os relatos dos participantes, parece-nos que a avaliação da dor é feita com menos frequência no turno da tarde, pelo que a avaliação da dor, não será feita de uma forma sistemática, objectiva e continuada, considerando a dor como **5º Sinal Vital**, tal como preconiza a Circular Normativa nº 9 de 4 de Junho de 2003.

**O Questionamento da pessoa doente** é feito pelos enfermeiros participantes durante o seu cuidar, com o intuito de procederem à avaliação da dor como nos explicam:

*“ Costumamos questionar se tem ou não dor”*. (E3)

“Muitas vezes acabamos por questioná-los e eles dizem que sim, que, de facto, têm dor”. (E4)

“ (...) vamos ter com eles e eles dizem que sentem dor (...)”. (E7)

“ Se o doente estiver consciente, pergunto se ele tem dor (...)”. (E10)

Consideramos que questionar a pessoa doente acerca da sua dor, é a única forma fidedigna de avaliar a dor, uma vez que só a pessoa, que a experimenta, a conhece. Esta ideia é reforçada por Phipps, Sands e Mereck (2003:363), quando referem que “os auto relatos do doente, sobre a dor que sente, são a chave de um controlo eficaz”. Neste sentido, é função do enfermeiro, observar o doente na sua globalidade e ouvir atentamente as suas queixas, sem tirar conclusões precipitadas, valorizando sempre aquilo que o doente diz sentir.

**Os comportamentos da pessoa doente** foram um outro modo encontrado pelos enfermeiros participantes, para identificar a dor, neste sentido revelam-nos:

“Pelo posicionamento dele na cama, o não comer, a alteração do comportamento, pode servir para identificar a dor (...), ou estar em posição de defesa (...), uma posição mais contraída, pode ser indicativo de dor (...). O não comer ou estar em posição de defesa (...) uma posição mais contraída, pode ser indicativo de dor”. (E1)

“(...) as pessoas contorcem-se com (...), quando têm dor contorcem-se (...) ou pela própria posição, que adopta ..., temos doentes que gritam bastante e ficam muito ansiosos porque têm dor ... e nos inconscientes, na prestação de algum tipo de cuidado, ou porque fazem mais contracção, há sempre qualquer coisa, que nos indica, que o doente tem dor”. (E3)

“ Por vezes através de gemidos (...). Ele estava a gemer e eventualmente a chorar (...), não lacrimejava, mas a mim pareceu-me com aquela sensação de choro”. ( E5 )

“Pela maneira como ele se comporta (...), se emite algum sinal de dor (...), pelos próprios gemidos, que ele vai emitindo”. ( E6 )

“Aqueles doentes, que habitualmente até são comunicativos, mas que os vemos mais prostrados, mais calados (...). Os que estão conscientes ou que não conseguem transmitir o que sentem, geralmente gritam quando mudados de posição (...) e acho que será para dizer que sentem dor (...). Eles como que dizem eu estou aqui, eu tenho dor”. (E7 ).

“(...) posso ver se ele está agitado”. (E10)

“(...) reagir a algum procedimento e nós aí logo vemos, que eles têm dor”. (E11)

“ Pelo facto de não conseguirem dormir, (...) por esses aspectos sabemos”. (E12)

Os comportamentos da pessoa doente, podem ajudar os enfermeiros a identificarem a dor. O mutismo, o fácies atormentado, os gemidos, a expressão mortificada, as queixas racionais ou, pelo contrário, as expansivas, são na perspectiva de Metzger et al. (2002), modos de exprimir a dor, que dependem não só dos doentes, mas também daqueles a quem são dirigidos.

**A expressão facial da pessoa doente** é um indicador utilizado pelos enfermeiros participantes, para identificarem a dor, como nos explicam.

“ No caso do doente estar inconsciente, o fácies...”. (E1)

“ Através do fácies (...), pela expressão do doente (...), pela expressão facial do doente, também se vê se eles estão em sofrimento ou não”. (E2)

“Pelo fácies, por exemplo (...), quando se trata do doente inconsciente, identifico a dor mais pelo fácies...”. (E3)

“ As pessoas não conscientes, muitas vezes acabamos por nos aperceber pela expressão facial, expressões que são de agonia (...), mesmo que eles não consigam verbalizar, há sempre aquela linguagem gestual...”. (E4)

“ É mais difícil no inconsciente (...), se bem que há expressões de sofrimento”. (E5)

“ Se tem fácies de dor”. (E6)

“ (...), quando não há verbalização específica da localização ( da dor), quando prestamos cuidados, a mobilização e vemos as expressões que faz”. (E9)

“Às vezes nem é preciso dizerem, só pelo fácies, nós vemos que têm dor”. (E11)

“Muitas vezes pelo fácies (...), pelo fácies de sofrimento”. (E12)

“ (...) naturalmente há aqui expressões (...) , de alguma forma, é por aí que nós vemos e procuramos identificar a dor”. (E13)

A expressão facial traduz a expressividade do nosso corpo, uma vez que é através desta que se traduzem os nossos sentimentos. As expressões faciais são na opinião de Newstron (2008), fontes de linguagem corporal importantes. Contudo, tendo em conta que a dor tem um carácter subjectivo e multidimensional, a forma como é comunicada, varia de pessoa para pessoa, pelo que nos parece prudente realçar a necessidade de cautela por parte dos enfermeiros no que concerne à avaliação da dor da pessoa doente. A este respeito, Kazanowski e Laccetti (2005), salientam que as concepções culturais do doente podem afectar a forma de sentir, manifestar, informar ou descrever a dor, para além de determinar o significado da dor na sua vida.

**A Observação** é utilizada pelos enfermeiros, como nos explicam:

“Observando o doente, (...). Observar pelos gestos, pelos gemidos, pelo fâcies...”  
(E8)

“(...) a nossa observação directa (...) O que se avalia, é fruto da nossa observação ao longo do turno, durante a prestação de cuidados”. (E9)

A observação no aspecto cuidador do agir precede, simultaneamente, a atenção vigilante e o acolhimento protector. Ela decorre em três direcções, que correspondem às suas significações usuais: a observação como acção de seguir a prescrição de uma regra, de se confirmar a normas; a observação como acção de considerar atentamente qualquer coisa, alguém ou algum fenómeno; enfim, a observação como vigilância sistemática de um processo, de um organismo, de actividades de uma pessoa ou de um grupo (Honoré, 2004). Neste contexto, compreende-se que a observação seja uma aptidão importante da acção, na medida em que se torna um tempo de acção, para as pessoas que cuidam.

No domínio dos cuidados, a observação é a procura dos sintomas, ou das reacções de uma pessoa ao incómodo causado pela doença, ou pelo traumatismo (Honoré, 2004).

Os relatos dos enfermeiros participantes, são reforçados por Smeltzer e Bare (2005), quando referem que, na fase final da vida, os doentes necessitam de uma avaliação abrangente da dor e seu controlo, ainda que a avaliação seja prejudicada pela confusão, delírio ou inconsciência. Os cuidadores são ensinados a observar sinais de inquietação ou expressões faciais, como um indicador secundário da dor.

A **família** desempenha um papel fundamental no contexto psicológico, social, cultural e económico, constituindo uma rede complexa de relações e emoções.

A família, de acordo com Varela, citado por (Moreira 2001:19), “*é o núcleo social mais importante, que integra a estrutura do estado, antecedendo nas suas origens o próprio estado, pois, como instituição natural ela nasce com o homem. Os povos mais antigos, antes de se organizarem politicamente através do estado, viveram socialmente em famílias.*” O conceito de família tem vindo a alterar-se ao longo dos séculos, sofrendo transformações profundas, a nível da sua constituição e estrutura, de forma a assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros, bem como a sua sobrevivência como sistema familiar. No passado, o conceito de família era o de família alargada, actualmente passou a ser o de família nuclear. A família pode ainda definir-se, tendo em conta a proximidade geográfica, por laços sentimentais entre indivíduos, ou pela própria rede de apoio (Cerqueira, 2005).

A família é uma fonte de informação utilizada, para identificar a dor, como nos revela uma enfermeira participante:

“A família é um meio de nós sabermos, se o doente está com dor ou se esteve. Muitas vezes eles não verbalizam e depois os familiares são que nos vêm dizer (...).Eu pessoalmente gosto de comunicar com a família, e, por isso, algumas vezes questiono-a”.  
(E10)

De facto, a família desempenha um papel de relevo na saúde e na doença dos seus membros, pelo que é fundamental que os profissionais de enfermagem a tenham em conta aquando da prestação de cuidados de saúde. Como nos refere Moreira (2001:48,49), “ se a família não for tida em conta, ela não terá condições de ajudar o doente com eficácia”. Na perspectiva de Kazanowski e Laccetti (2005), as informações fornecidas por outras pessoas envolvidas, adicionadas à avaliação completa do doente, poderá ser útil.

### 3- MÉTODOS UTILIZADOS PARA A AVALIAÇÃO DA DOR

*A Dor não é uma flor, a Dor é uma raiz*

*Paul Monette*

A dor é um dos sintomas mais frequentes vivenciados e temidos pelo doente oncológico em fase avançada da doença. A dor oncológica é, frequentemente, descrita como “dor total”, termo proposto por Cicely Saunders (Pimenta e Ferreira, 2006). O termo “dor total” é utilizado para realçar o facto de a dor ter origem em múltiplos factores, que causam um impacto significativo em todos os domínios da vida da pessoa, que dela sofre com as consequências, que daí advêm para a sua qualidade de vida. Neste contexto, perante uma pessoa com dor, para além de se interpretar a nocicepção, é imprescindível ter em conta outros factores, nomeadamente, físicos, emocionais, sociais e espirituais (Pimenta e Ferreira, 2006).

A fim de se desenvolver uma estratégia de tratamento apropriada e eficaz, é fundamental que os profissionais de saúde façam uma avaliação exaustiva da dor do doente, que na opinião de Pereira (2006:63), “requer a identificação das causas da dor, da intensidade da dor e do seu impacto na função, disposição e qualidade de vida em geral.” Ainda de acordo com o mesmo autor, é essencial explorar o significado, que a dor tem para o doente. De realçar a importância da realização de uma boa história clínica, que deve incluir a caracterização da dor, tal como a sua localização, intensidade, difusão, entre outros e um exame físico completo (Pereira, 2006).

Para além dos aspectos referidos, a história da dor é outro a ter em consideração na avaliação da dor, que, na perspectiva de Pimenta e Ferreira (2006), é de particular importância no que diz respeito à formulação diagnóstica. A utilização sistemática de instrumentos de avaliação é fundamental, uma vez que, de acordo com Metzger, Schwetta e Walter (2002), permite evitar desvios de interpretação. Neste sentido, os instrumentos de avaliação, deverão ser escolhidos por uma equipa multidisciplinar. A avaliação da dor, deverá basear-se em critérios precisos, que constem de um processo bem estruturado, que todos conheçam e possam reproduzir.

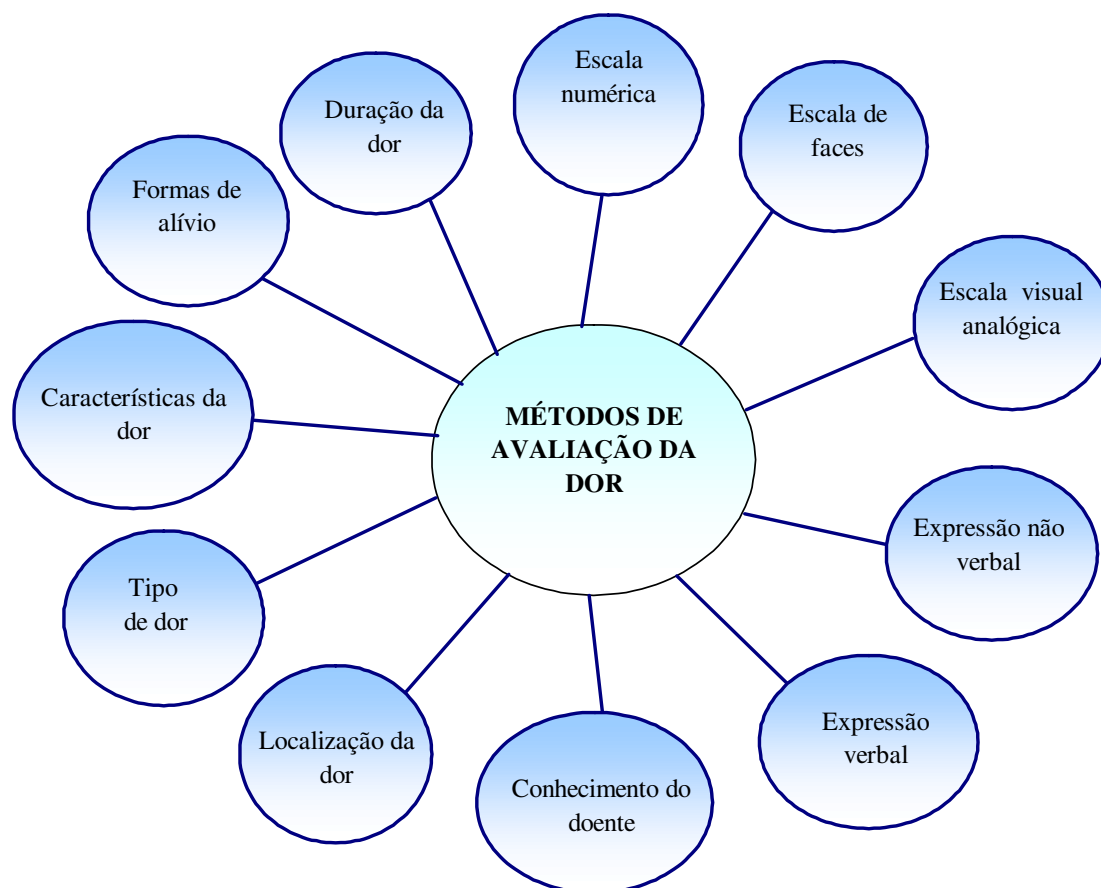
### 3.1 - AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor é um aspecto fundamental na obtenção do seu alívio. Os dados de avaliação são, na opinião de Pimenta e Ferreira (2006), a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais, que possam ter alguma influência na vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e para a avaliação da eficácia dos tratamentos prescritos.

Desta forma, iremos proceder à análise dos métodos utilizados pelos enfermeiros participantes para a avaliação da dor.

Neste tema foi criada a categoria avaliação da dor, estando ainda subdividido em treze subcategorias: **escala numérica, escala de faces, escala visual analógica, expressão não verbal, expressão verbal, conhecimento do doente, localização da dor, tipos de dor, características da dor, intensidade da dor, origem da dor, duração da dor e formas de alívio.** A categorização deste tema encontra-se no diagrama 6

**Diagrama 6 – Métodos de avaliação da dor**



A **escala numérica** é uma ferramenta de avaliação da intensidade da dor, utilizada pelos enfermeiros participantes, que nos explicam:

“(…) uma escala habitualmente de zero a dez (…), só uso a escala algumas vezes, porque só temos escalas, há pouco tempo”. (E1)

“(…) a escala de avaliação da dor de zero a dez”. (E2)

“Nós pegamos na escala de zero a dez, e perguntamos ao doente: de zero a dez como avalia a sua dor?”. (E3)

“(…) muitas vezes acabamos por questioná-los, avaliando a sua dor numa escala de zero a dez”. (E4)

“A escala numérica, que, quando estão conscientes, peço para me dizerem em que nível se situa a sua dor...”. (E5)

“Nos doentes terminais, utilizamos também aquela de zero a dez (…), quando eles verbalizam”. (E 11)

“Procuramos verificar, se conseguem graduar, por assim dizer, a dor de zero a dez, quanto é que sentem...”. (E12)

(…) depois tentar que eles, ( … ) nos enquadrem numa escala numérica, aquele que será o grau de dor que sente ...”. (E13)

Constatamos que a escala numérica é a mais utilizada pelos enfermeiros participantes para avaliar a dor da pessoa doente.

A **Escala de Faces** é também um método de avaliação da intensidade da dor utilizada por alguns enfermeiros participantes, que nos relatam:

“(…) se não, optamos pelas carinhas, mostramos-lhes a escala das faces e perguntamos...”. (E3)

“Para os inconscientes, utiliza-se às vezes a escala das faces, para avaliar a intensidade da dor”. (E5)

“A das faces, só para os que verbalizam”. (E10)

“Quando não verbalizam, utilizamos a escala de faces”. (E11)

“(…) quando não conseguem transmitir, (…) pela escala de faces (…). Quando os doentes não conseguem falar, nós pelo fácies...”. (E13)

Do exposto, parece-nos que os enfermeiros participantes utilizam a escala de faces, invariavelmente, para avaliar a dor da pessoa, que verbaliza, que não verbaliza, ou que está inconsciente. Destes factos, inferimos uma incorrecta utilização da escala de faces, na medida em que esta é um instrumento de auto-relato, pelo que não deve ser utilizado em doentes inconscientes ou com alterações cognitivas graves.

A **Escala Visual Analógica** é utilizada por dois enfermeiros, como nos referem:

“ Nós utilizamos a escala visual analógica. Quando a utilizamos, explicamos que zero é sem dor e dez é dor máxima...”. (E7)

“Às vezes utilizo a escala visual analógica de zero a dez”. (E8)

A escala visual analógica é pouco utilizada pelos enfermeiros participantes, para avaliar a dor. Contudo, é de fácil utilização, permitindo medidas aproximadas. É considerada, pela maioria dos autores, bastante válida (Metzger, Schwetta, Walter, 2002). No entanto, cerca de 20% das pessoas doentes não a compreendem, nomeadamente, os idosos, pessoas com limitação da capacidade de atenção ou de abstracção (Metzger, Schwetta, Walter, 2002).

A **Expressão Não Verbal** é um indicador utilizado pelos enfermeiros participantes, para fazerem a avaliação da dor, como nos expressam:

“ Tenho em atenção a forma como o doente se senta na cama, como se posiciona, se chora, (...), como é que o doente se comporta em função da dor, que está a sentir “. (E3)

“ (...) se está contraído, se mostra algum desconforto, (...) ou outra coisa qualquer, que me possa permitir avaliar essa dor”. (E8)

“ (...) a maneira como ele se mexe ...”. (E9)

“Quando os doentes não conseguem falar, mas pelo fâcies (...), mas se for uma dor intensa, a pessoa não consegue estar com um fâcies normal”. E12

A expressão não verbal do doente, é um modo de interacção, que pode ajudar na avaliação da dor. Na fase final de vida, a avaliação da dor bem como o seu alívio é uma prioridade. Para Smeltzer e Bare (2005), a avaliação da dor pode ser prejudicada pela confusão, delírio ou inconsciência do doente. As mesmas autoras referem que os cuidadores são ensinados a observar sinais de inquietação, ou expressões faciais como um indicador secundário da dor. Na opinião de Alves et. al. (2004), na avaliação da dor é importante que se dê especial atenção ao doente, que não comunica verbalmente, sendo necessário estar atento aos sinais, que possam ser indicativos de dor. Para Caseiro e Pinto (2001), Alves et al. (2004), ainda que o doente não se expresse oralmente, existem sinais, que nos poderão indicar desconforto, nomeadamente, as contracções musculares e espasmos, confusão, fâcies de sofrimento, aumento da frequência cardíaca e respiratória.

O dano cognitivo é uma das causas de subavaliação da dor, especialmente entre idosos. Neste sentido, a observação do comportamento é um instrumento válido para a avaliação da dor, (Pimenta e Ferreira, 2006). Contudo, Smeltzer e Bare (2005), referem que, por vezes, no doente não verbal, os comportamentos de dor são utilizados como

substituto para avaliar a dor, considerando imprudente fazer julgamentos e formular planos de tratamento, com base em comportamentos, que podem ser, ou não indicativos de dor. Neste contexto, a informação, que o enfermeiro obtém a partir da avaliação da dor, vai ser utilizada para identificar as metas para o seu controlo.

A **Expressão Verbal** é uma componente tida em consideração pelos enfermeiros participantes, durante o processo de avaliação da dor, como nos explicam:

“ (...) se ao posicionar um doente, ele emite um ai...”. (E6)

“ Para avaliar a dor, habitualmente espero que o doente se queixe”. (E8)

“ (...) esperamos que o doente verbalize, que tente especificar a dor...”. (E9)

“ Através da comunicação perguntando”. (E10)

“ Quando o doente nos verbaliza a dor, a intensidade é o que ele nos diz”. (E11)

“No fundo acaba por ser mais as queixas, que o doente verbaliza (...), como e qual é a experiência, que ele está a sentir...”. (E13)

A avaliação da dor começa pelo observar, cuidadosamente, a pessoa doente, estando atento à sua postura geral e à presença ou ausência de comportamentos de dor, pedindo-lhe que descreva com as suas próprias palavras, os aspectos específicos da dor (Smeltzer e Bare, 2005). A Queixa, na perspectiva de Araújo (1996), é a exteriorização daquilo que o doente sente e como sente, podendo ser manifestado de diferentes maneiras, desde a palavra, a expressão facial e corporal, o olhar e a inflexão de voz

Assim, Pereira e Coelho (2002:24) realçam que “ *o campo de acção do enfermeiro num paciente com doença oncológica é muito vasto. Muitas vezes a única forma de o doente manifestar o seu pesar, relativamente à doença é através das queixas álgicas*”. Na opinião de Camargo (2003), citado por Ritto (2006), a valorização da queixa garante que o cuidado e conforto aos doentes, que experimentam dor seja tão essencial na prática de enfermagem, como as intervenções efectuadas para estabilizar a pressão arterial, a circulação e a respiração.

O **Conhecimento do Doente** é um aspecto valorizado por um enfermeiro participante, como nos relata:

“ tenho em conta o conhecimento, que temos do doente”. (E2)

O conhecimento do doente é um aspecto de particular realce na prática do cuidar. Na opinião de Caseiro e Pinto (2001), o enfermeiro deve desenvolver competências, que lhe permitam conhecer os doentes, as famílias e o seu meio ambiente. Tanner et al citados por Potter e Perry (2006:451), comungam desta opinião, contudo, vão um pouco mais além, quando afirmam que “*conhecer o utente significa evitar pressupostos, centrar-se no utente,*

*e estabelecer com ele uma relação de cuidar que revela informações e pistas que facilitam a reflexão crítica e a decisão clínica*". Ainda Potter e Perry (2006), aludindo Lamb e Stempel (1994), consideram que conhecer o doente, significa participar num processo social e de cuidar, que tem como efeito a "criação de laços", que permitam ao doente sentir que o enfermeiro o conhece. Neste contexto, consideramos que a realização da história de dor é fundamental, para efectuar uma correcta avaliação, uma vez que esta nos permite compreender melhor a dor da pessoa doente, possibilitando, desta forma, um melhor conhecimento desta.

A **Localização da Dor** é um aspecto considerado pelos enfermeiros participantes, aquando da avaliação da dor como nos explicam:

"O local da dor". (E1)

"(...) a localização da dor". (E2)

"(...) outro aspecto é a localização da dor". (E4)

"Apenas tenho em conta a (...) e a localização". (E7)

"(...) e a sua localização". (E8)

"(...) e a localização se existe uma localização da dor". (E10)

"Interessa saber o que é que lhe dói". (E11)

"(...) a localização". (E13)

A avaliação da dor é um processo multidimensional, que começa, quando se pede ao doente para identificar a localização da dor, ou seja, onde é que lhe dói exactamente (Twycross, 2003, Smeltzer e Bare, 2005). A localização da dor é, na perspectiva de Smeltzer e Bare (2005), um aspecto valioso não só na determinação da eficácia do tratamento, mas também na alteração da localização com o passar do tempo.

O **Tipo de Dor** é tido em conta por alguns enfermeiros participantes, quando avaliam a dor, como nos explicam:

"(...) e o tipo de dor". (E1)

"O tipo de dor é um aspecto, que costumo considerar". (E2)

"(...) o tipo de dor..." . (E13)

Para conhecer o tipo de dor, é importante que o enfermeiro peça ao doente que a descreva com as suas próprias palavras, devendo para isso dar tempo ao doente, para se expressar.

As **características da dor** são um outro aspecto considerado pelos enfermeiros participantes, quando avaliam a dor, tal como nos explicam:

“ (...) tento perceber (...) qual a hora do dia, que sente mais dor (...), se esta irradia mais para um lado do que para o outro (...), se vai diminuindo, se se vai mantendo, quais as suas características (...), como é que ela se manifesta (...), falo com o doente para tentar perceber o mecanismo da dor, que ele está a sentir...”. (E1)

“ (...) como é que lhe dói”. (E11)

“ (...) como é que o doente a descreve”. (E13)

Ter em conta as características da dor, tal como referem os enfermeiros participantes, está em consonância com o defendido por Diamond e Coniam (1999:35), quando referem que na avaliação da dor “ é particularmente importante pedir uma descrição da dor.” Neste sentido, Pereira (2006) salienta que a exploração do que a dor significa para o doente, é essencial.

Para Pimenta e Ferreira (2006), conhecer e registar as características da dor, possibilita a compreensão do quadro algico, permitindo correlacioná-lo com a patologia, ou o trauma inicial e detectar complicações e desvios do esperado.

A **Intensidade da Dor** é tida em consideração pelos enfermeiros participantes durante a avaliação da dor, como nos relatam:

“ Tento perceber se é uma dor intensa...”. (E1)

“ (...) e a intensidade”. (E2)

“ (...) qual é o nível de intensidade da sua dor?”. (E4)

“Apenas tenho em conta a intensidade e a localização”. (E7)

“ (...) a intensidade”. (E10)

A intensidade da dor é um aspecto a considerar, sempre que se pretende fazer a avaliação da mesma (Cardoso, 1999; Metzger et al, 2002; Kazanowski e Lacetti, 2005; Pimenta e Ferreira, 2006). A intensidade da dor é influenciada pelo limiar da dor da pessoa e a tolerância à dor. *O limiar da dor consiste no estímulo mínimo para o qual uma pessoa reporta a dor, sendo a tolerância a quantidade máxima de dor, que uma pessoa pode tolerar* (Smeltzer e Bare, 2005: 242).

De acordo com Pimenta e Ferreira (2006), o ajuste terapêutico é feito, essencialmente, pelo relato da intensidade da dor.

A **Origem da Dor** é considerada por dois enfermeiros participantes durante a avaliação da dor, como nos referem:

“Tenho em conta a origem da dor”. (E2)

“ (...) o que é que lhe dói. Interessa saber a origem da dor”. (E11)

A **Duração da Dor** é tida em conta por dois enfermeiros participantes, quando fazem a avaliação da dor, como nos dizem:

“ (...) a duração também “. (E4)

“A duração da dor (...), se é sempre contínua, se é intermitente”. (E5)

A postura destes enfermeiros participantes coaduna-se com o preconizado por Kazanowski e Laccetti (2005), que consideram que a duração da dor é um aspecto, que deve ser contemplado na avaliação da dor. Estes autores salientam ainda a importância de determinar se ela é constante e ininterrupta, ou se tem natureza intermitente.

As **Formas de Alívio da Dor** são um aspecto considerado por um enfermeiro, quando faz a avaliação da dor, como nos explica:

“ tento perceber, se a dor aumenta, ou diminui com os posicionamentos”. (E1)

O conhecimento dos factores de alívio ajuda o enfermeiro a planear o tratamento (Diamond e Coniam, 1999, Smeltzer e Bare, 2005).

Na avaliação da dor, é indispensável acreditar na dor, que o doente diz ter. Para se fazer uma correcta avaliação da dor é importante determinar as características da dor, a sua localização, o que a agrava e o que alivia, o seu início, os sinais e sintomas, que lhe estão associados, o seu impacto psicológico, as perturbações, que causa na actividade diária, bem como a resposta à terapêutica previamente feita (Twycross, 2003). A personalidade do doente, os aspectos culturais e o ambiente, que rodeia o doente, são também aspectos a ter em conta.

De realçar que à medida que a morte se aproxima, os doentes perdem a capacidade de informar e descrever a sua dor devido à letargia, diminuição do nível de consciência ou do retraimento emocional, que acompanha o processo de morrer (Kazanowski e Laccetti, 2005). Porém, Smeltzer e Bare (2005) chamam à atenção para o facto de a incapacidade de comunicar a dor, não ser equivalente à ausência de dor. Assim, a atenção por parte dos enfermeiros é um aspecto de particular realce, no que concerne à avaliação rigorosa da dor.

Em síntese, consideramos que os enfermeiros participantes durante a sua prática de cuidar, avaliam a dor da pessoa doente, socorrendo-se de instrumentos de avaliação da dor (Escala Numérica, Escala de Faces e Escala Visual Analógica), para determinar a intensidade da mesma. A este respeito, parece-nos importante referir a inexistência de uniformização no que se refere à utilização dos instrumentos de avaliação da dor, por parte dos profissionais, sendo ainda de salientar que o uso destes instrumentos nem sempre é feito da forma mais correcta, o que pode ser explicado pela falta de formação dos profissionais de enfermagem nesta área de actuação. Constatamos que para além da

intensidade da dor, os enfermeiros, aquando da avaliação da dor, têm em consideração outros aspectos, que passam: pela expressão não verbal, pelo conhecimento do doente, pela expressão verbal e não verbal do doente, pela localização, tipo, características, origem, duração e formas de alívio da dor. Contudo, dos discursos proferidos, inferimos que estes aspectos não são tidos em conta na sua globalidade como preconizado, sempre que é feita a avaliação da dor. De realçar ainda que não foi encontrada qualquer referência sobre a história de dor, pelo que deduzimos que esta não é tida em conta pelos enfermeiros, quando fazem a avaliação. Neste sentido, parece-nos que a avaliação da dor é redutora, na medida em que não a contempla na sua vertente multidimensional, o que pode resultar na não implementação de intervenções adequadas, não se obtendo assim o alívio da dor do doente.

---

## 4 – RECURSOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PARA O ALÍVIO DA DOR

*“ Quanto mais desafiamos a nós mesmos no trabalho, mais apreciamos o que fizemos e mais temos a oferecer:”*

*Tartangtulku*

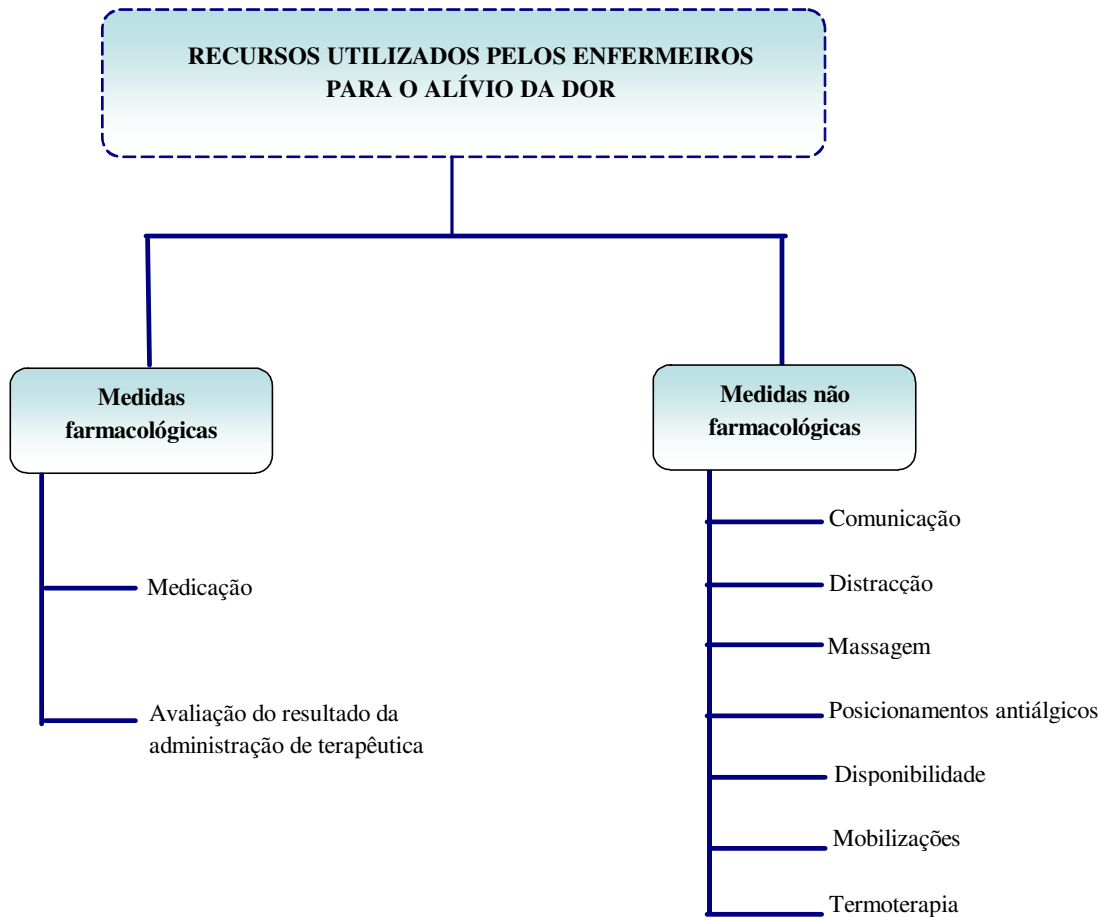
Após uma correcta avaliação da dor, é importante que se identifiquem estratégias de tratamento, que conduzam ao alívio da mesma. Uma das formas de tratamento da dor passa pela utilização de terapêutica analgésica. A escolha da estratégia terapêutica depende da avaliação adequada da dor e da determinação dos objectivos do cuidado, que podem ser o prolongar da sobrevivência, otimizar o conforto e a função (Pimenta e Ferreira, 2006).

A intensidade da dor, associada ao seu tipo e à sua localização, é um parâmetro utilizado na escolha inicial de um protocolo terapêutico (Kazanowski e Laccetti 2005).

De realçar que as medidas farmacológicas estão sempre dependentes de uma prescrição médica, competindo aos enfermeiros o cumprimento da prescrição, administrando a medicação, verificando a sua eficácia, despistando os seus efeitos adversos, e implementando medidas com o intuito de os reduzir.

### 4.1 – MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

As medidas farmacológicas são um recurso utilizado pelos enfermeiros para o alívio da dor, que constituem a categorização deste tema. Foram ainda criadas duas sub-categorias, que são: **a medicação** e **a avaliação do resultado da administração de terapêutica**. No Diagrama 7 encontram a categorização deste tema.

**Diagrama 7** – Recursos utilizados pelos enfermeiros para o alívio da dor

A **Medicação** é um recurso utilizado pelos enfermeiros participantes, para aliviarem a dor da pessoa doente, como nos referem:

“(…) desde a medicação (…) administrando o SOS”. (E1)

“Adminstramos a terapêutica prescrita e, se não estiver prescrita, contactamos o médico (...), nem sempre temos terapêutica prescrita (...), a maior parte dos doentes não têm prescrição”. (E2)

“Temos a administração de terapêutica”. (E3)

“Um dos principais recursos é mesmo a medicação”. (E4)

“Administração de fármacos”. (E5)

“(…) e se isso não resultar [medidas não farmacológicas], (...) ou então tudo isto associado à terapêutica”. (E6)

“A primeira coisa, que fazemos, é verificar a medicação e dá-la ao doente”. (E7)

“Recorremos (...) a fármacos”. (E8)

“(…) dar medicação analgésica prescrita, se tiver”. (E9)

“ A medicação”. (E10)

“Vou ver, se o doente tem medicação prescrita para administração em caso de dor”. (E11)

“ Aqui não há muito a preocupação com a prescrição da medicação (...), por norma, a medicação não é dada (...), muitas das vezes só a medicação é que alivia”. (E12)

“ (...) métodos farmacológicos e esses, a maioria das vezes, acabam por ser aqueles, que até valorizamos um pouco mais”. (E13)

Dos relatos dos participantes, depreendemos que o recurso à medicação para alívio da dor é uma intervenção valorizada pelos mesmos. Esta postura vai ao encontro do defendido por Kazanowski e Laccetti (2005), quando referem que uma das formas de tratamento da dor do doente pode ser a opção farmacológica, envolvendo o uso de analgésicos, opioides e anestésicos, sendo esta uma intervenção comumente utilizada.

Contudo, parece-nos que os doentes com dor, nem sempre têm medicação de base prescrita, o que consideramos inaceitável, uma vez que tal como salientam Carvalho e Cardoso (2000), o controlo sintomático é uma medida de humanização, que contribui para proporcionar ao doente com cancro dignidade e qualidade de vida. Neste sentido, o tratamento da dor é uma prioridade, pelo que não pode ser descurado pelos profissionais de saúde, e nomeadamente, pelos enfermeiros.

**A Avaliação do Resultado da Administração de Terapêutica** é também um aspecto tido em conta pelos enfermeiros participantes no alívio da dor da pessoa doente como nos explicam:

“ (...) e aquilo que lhe foi administrado [medicação] para combater essa dor (...) e se, de facto, fez efeito ou não (...), acabamos por lhe dar algo para os aliviar e depois vemos, se surtiu efeito ou não”. ( E4 )

“ Temos depois que avaliar o que fez efeito e o que não fez efeito (...). Temos que ir vigiando se está ou não melhor (...). Temos que avaliar até que ponto a medicação fez efeito ou não, que é para depois passar para outra medicação, que faça efeito”. (E11)

Após a administração da terapêutica, os enfermeiros avaliam a sua eficácia, no intuito de modificar a sua actuação se necessário. Esta forma de actuação coaduna-se com o defendido por Pereira (2006), quando refere que uma gestão ideal da dor oncológica, deve estar assente em alguns princípios básicos, que são a reavaliação e a continua modificação a fim de responder às mudanças nas necessidades. Na perspectiva de

Pimenta e Ferreira (2006), é importante conhecer claramente o início, a duração e o pico de acção de cada droga analgésica e adjuvante utilizada pelo doente.

Neste contexto, é importante que os enfermeiros avaliem e reavaliem as medidas implementadas, a fim de obter uma correcta gestão da dor oncológica.

#### 4.2 - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Os enfermeiros recorrem às medidas não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa doente, constituindo esta uma categorização deste tema. Foram ainda criadas sete subcategorias: a **comunicação**, a **distracção**, a **massagem**, os **posicionamentos anti álgicos**, a **disponibilidade**, as **mobilizações** e a **termoterapia**. No Diagrama 7 encontra-se a categorização deste tema.

A dor provoca sofrimento interferindo significativamente na qualidade de vida de quem a experiencia. Sabe-se que um eficaz tratamento da dor, deve englobar múltiplas intervenções, farmacológicas e não farmacológicas com o intuito de actuar a nível das diferentes componentes da dor, obtendo assim o alívio ou erradicação da mesma. Para Kazanowski e Laccetti (2005:41), “uma intervenção isolada raramente proporcionará alívio completo”. Também Smeltzer e Bare (2005) consideram que nos casos de dor intensa, que dura horas ou dias, a combinação da terapêutica não farmacológica com a farmacológica, pode ser a maneira mais efectiva para aliviar a dor.

As técnicas não invasivas para o controlo da dor compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, sendo, na sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação (Pimenta e Ferreira, 2006).

As medidas não farmacológicas, quando devidamente aplicadas, têm um impacto inquestionável na qualidade de vida da pessoa com doença avançada (Sapeta, 2003). A mesma autora considera que a promoção do conforto é um objectivo fundamental na pessoa com doença em estágio avançado, pelo que as medidas não farmacológicas ocupam um lugar de destaque no arsenal de intervenções, que devem cada vez mais estar disponíveis para os doentes com dor, cuja cura já não é possível.

**A Comunicação** é um aspecto privilegiado pelos enfermeiros participantes, como nos explicam:

“(...) à própria conversa com o doente (...), falo com o doente, para tentar perceber o mecanismo da dor, que ele está a sentir...”. (E1)

“Falar um pouco com o doente”. (E2)

“(...) interagir com ele, de forma a que ele se sinta parte dos cuidados”. E4

“Falo muito. Às vezes, falamos da dor em si”. (E5)

“(...) tentar conversar um pouco com o doente, mostrando-lhe as coisas boas da vida (...), mesmo sendo um doente terminal”. (E6)

“Costumamos dialogar sempre um bocado com o doente”. (E8)

“(...) conversar com os doentes...”. (E9)

“Estes doentes e eles próprios dizem isso, só o facto de conversarmos com eles, já ajuda bastante e dizem que as dores até parece que passam”. (E11)

“(...) um pouco de conversa também ajuda a pessoa a esquecer-se”. (E12)

De facto, a comunicação é um processo interpessoal complexo, que está sempre presente no nosso dia a dia, sendo essencial para o desenvolvimento humano. Na perspectiva de Querido, Salazar e Neto, (2006) “a comunicação é um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-perceptuais (acústicos, visuais, olfactivos, tácteis e térmicos), que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra”.

A comunicação é um processo de troca e partilha de informações e sentimentos, pelo que o seu uso é importante para poder haver entendimento entre as pessoas.

Neste contexto, o facto de os enfermeiros dialogarem com o doente, é uma forma de desviarem a sua atenção da experiência dolorosa, permitindo assim a obtenção de algum alívio da dor.

**A Distracção** é um recurso de que se socorrem os enfermeiros para o alívio da dor como nos revelam:

“(...) , que este se abstraia da sua dor, tentando distrair o doente”. (E1)

“Tento (...) abstrair o doente da sua situação”. (E5)

“Desviar o pensamento, utilizando qualquer estratégia”. (E6)

As técnicas de distracção para o controlo da dor, podem ser compreendidas na perspectiva de Cardoso (1999); Smeltzer e Bare (2005); Pimenta e Ferreira (2006), como a focalização da atenção noutra estímulo, que não seja a dor. De acordo com os mesmos autores, o uso da distracção pode aumentar a tolerância à dor, bem como proporcionar uma sensação de controlo.

A distração pode passar por ouvir música, ler, ver televisão, imaginar algo agradável, entre outras. Para Pimenta e Ferreira (2006), o simples facto de se tentar executar o procedimento, já funciona como distração. Para Smetzer e Bare (2005), a eficácia da distração depende da capacidade do doente para receber e criar o estímulo sensorial diferente da dor. A distração na opinião destas autoras, pode aliviar a dor crónica.

**A Massagem** é utilizada pelos enfermeiros participantes para aliviar a dor como nos relatam:

“Por vezes faço uma massagem ...”. (E1)

“ (...) a massagem de conforto, que nalguns doentes, alivia a dor”. (E3)

“Utilizamos massagens...”. (E4)

“ Já fiz massagens”. (E5)

“ (...) damos uma massagem”. (E7)

“ (...) ou talvez até uma massagem...”. (E9)

“ (...) e depois há as massagens, que também se costuma fazer bastante”. (E10)

“ (...) faz-se uma massagem”. (E12)

“Quando fazemos uma massagem ao doente, ele sente-se muito melhor”. (E13)

A massagem é um dos procedimentos mais antigos usados para o tratamento da dor. Na opinião de Aramburu et al (2000), do contacto físico entre a pessoa cuidadora que realiza a massagem e o doente resulta um reforço positivo para o mesmo, uma vez que tem efeitos directos na sua auto-estima. A extensão da região dolorosa bem como a tolerância do indivíduo, determinam o tipo de massagem; se pretendermos obter um efeito mio-relaxante, sedativo e analgésico a massagem deverá ser longa, se se pretender um efeito estimulante, a massagem deverá ser rápida (Mateus e Amorim, 2002).

Habitualmente a massagem é uma técnica muito apreciada pela pessoa que sofre com dor, uma vez que lhe proporciona uma sensação de conforto e bem-estar. Contudo, antes da sua realização, é fundamental que o enfermeiro avalie a pessoa, que tem à sua frente, tendo sempre por princípio, o respeito pelas suas preferências. Na opinião de Pimenta e Ferreira (2006), a massagem pode ser utilizada em doentes com dor, nos acamados, nos indivíduos com distúrbio do sono, nos indivíduos ansiosos, e em doentes muito isolados. A massagem é especialmente benéfica para o doente com dor crónica. Kazanowski e Laccetti (2005). Esta ideia é corroborada por Urbano et al (1999:32), quando referem que “a massagem induz o relaxamento e reduz a dor. Além disso, aumenta o apoio e confiança entre o doente e o enfermeiro”.

A massagem é um método privilegiado, que os enfermeiros têm ao seu alcance para interagirem eficazmente com a pessoa doente, fortalecendo a sua confiança.

**Os Posicionamentos antiálgicos** são um aspecto considerado pelos enfermeiros participantes para o alívio da dor, como nos dizem:

“(...) alterno o posicionamento...”. (E1)

“(...) tentamos dar conforto (...), posicionamos os doentes de outra forma”. (E4)

“Os decúbitos preferenciais da pessoa, se são preferenciais, as pessoas sentir-se-ão melhor”. (E5)

“A estratégia, que eu utilizei, foi de o ir posicionando, tentando arranjar uma posição, ia alternando e tentando ver se havia uma [posição] em que ele se sentisse mais confortável e não sentisse tanta dor (...). Procuo um posicionamento adequado...”. (E6)

“(...) tentar posicionar o doente...”. (E7)

“Nós, por vezes, recorremos ao posicionamento...”. (E8)

“Pode, eventualmente, fazer-se um aliviar de posicionamento...”. (E9)

“(...) tentar colocar a pessoa o mais confortável possível (...) o posicionamento é um meio, que dá conforto”. (E10)

“ As alternâncias de posicionamento dos doentes, são extremamente importantes”. (E13)

A alternância de decúbitos pode ser uma forma de proporcionar alívio da dor da pessoa doente. A manipulação e mudança de posição do doente representam uma técnica de controlo da dor. Essas técnicas são úteis como terapias adjuvantes, quando estamos em presença de dor moderada a intensa, podendo ser usada isoladamente, quando se trata de uma dor leve ou a medicação não é bem tolerada (Kazanowski e Laccetti, 2005; Smeltzer e Bare, 2005). Na perspectiva destas autoras, o uso de terapêutica para o alívio da dor ou de outras terapias adjuvantes antes de efectuar o posicionamento, pode reduzir ainda mais o desconforto.

**A Disponibilidade** é também um recurso utilizado pelos enfermeiros participantes para o alívio da dor, como nos explicam:

“(...) Só o facto de estar ali, de fazer um gesto carinhoso, ele já sente que nós nos preocupamos”. E3

“O estar com as pessoas (...), há situações, que são perfeitamente resolvidas só com este tipo de estratégias”. E5

“Às vezes, infelizmente, não temos mais disponibilidade de tempo. É uma correria. (...), não conseguimos ter a disponibilidade de tempo, para estar mesmo com as pessoas”. (E9)

“Acho que se deve estar mais tempo com esses doentes (...) Diminui a ansiedade, dá mais conforto e julgo que a pessoa se sentirá melhor”. (E10)

Os enfermeiros consideram que o facto de se mostrarem disponíveis, de estarem presentes, de fazer um gesto carinhoso, leva a que a pessoa doente sinta que se preocupam com ela, proporciona-lhe conforto e diminui a sua ansiedade, o que pode aliviar a sua dor. Salientam ainda, que têm pouca disponibilidade para estar com o doente, o que constitui uma dificuldade para a sua prática.

Tendo em conta que a enfermagem é uma profissão de ajuda, a disponibilidade é uma premissa, que deve estar sempre presente durante a prática do cuidar. Cuidar implica, assim, estar disponível para o outro, tendo por base um clima de confiança, abertura, atenção e compreensão de forma a promover o bem-estar do doente. Na perspectiva de Cerqueira e Gomes (2005), para que efectivamente haja compreensão, é necessário tempo e disponibilidade para comunicar com o doente, sendo a inexistência do mesmo um constrangimento. As mesmas autoras citando Fisher (1989), referem que a disponibilidade tem a ver com o tempo, que é gasto com o doente; tem a ver com uma abordagem sensata e com abertura de espírito.

Neste contexto, estar disponível não requer a presença continua do enfermeiro junto do doente, mas sim uma presença digna e efectiva. Disponibilidade significa estar presente, quando outra pessoa necessita, ainda que essa necessidade não seja expressa verbalmente (Potter e Perry, 2006).

A disponibilidade na opinião de Hesbeen (2000:104), *“permite ao prestador de cuidados mostrar que está ali, presente a tal pessoa. Revela uma atenção particular. Permite escutar serenamente - não de maneira artificial e apressada entre duas tarefas, por vezes entre duas portas - , responder às perguntas, identificar as inquietações...”*

**As Mobilizações** são um aspecto tido em conta para o alívio da dor como nos refere um enfermeiro participante.

“Às vezes reabilitação, movimentos activos ou passivos, por vezes em algumas situações”. (E5)

Os exercícios físicos activos e passivos podem fazer parte do tratamento da dor. De acordo com Aramburu et al (2000), as mobilizações activas e passivas, devem realizar-se de uma forma progressiva e suave, sem causar traumatismo ou dor, com uma frequência

diária variável de acordo com cada doente. Estes exercícios ajudam a prevenir o aparecimento de dor por imobilização. Também Pimenta e Ferreira, (2006), são da opinião que os doentes devem ser estimulados a realizar exercícios suaves, na medida em que daí advêm benefícios psíquicos, com conseqüente melhoria do humor, da fadiga, da função intelectual e da qualidade de vida.

**A Termoterapia** é uma medida não farmacológica utilizada por dois enfermeiros participantes como nos dizem:

“(...) temos o saco de água quente”. (E12)

“Não utilizamos de forma tão corrente (...), acabamos por utilizar mais por solicitação de um doente, pela experiência que ele teve, que é utilizar um saco de gelo ou de água quente”. (E13)

Constatamos que o recurso à termoterapia por parte dos enfermeiros, está relacionado com a experiência anterior da pessoa doente e com a solicitação desta. A termoterapia é uma técnica antiga de alívio da dor sendo a sua utilização universal.

As terapias que fazem uso do gelo ou do calor podem ser estratégias efectivas de alívio da dor em algumas circunstâncias Smeltzer e Bare (2005).

De acordo com Aramburu et al (2000), geralmente, as dores associadas aos processos oncológicos, como as posturas e as contracturas musculares, respondem bem ao calor. Por outro lado, uma dor localizada na zona tumoral e em zonas com inflamação, respondem melhor ao frio.

Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos científicos no que concerne à aplicação do frio ou calor para alívio da dor, não descurando as preferências da pessoa doente.

## 5 – NECESSIDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS CUIDADORES

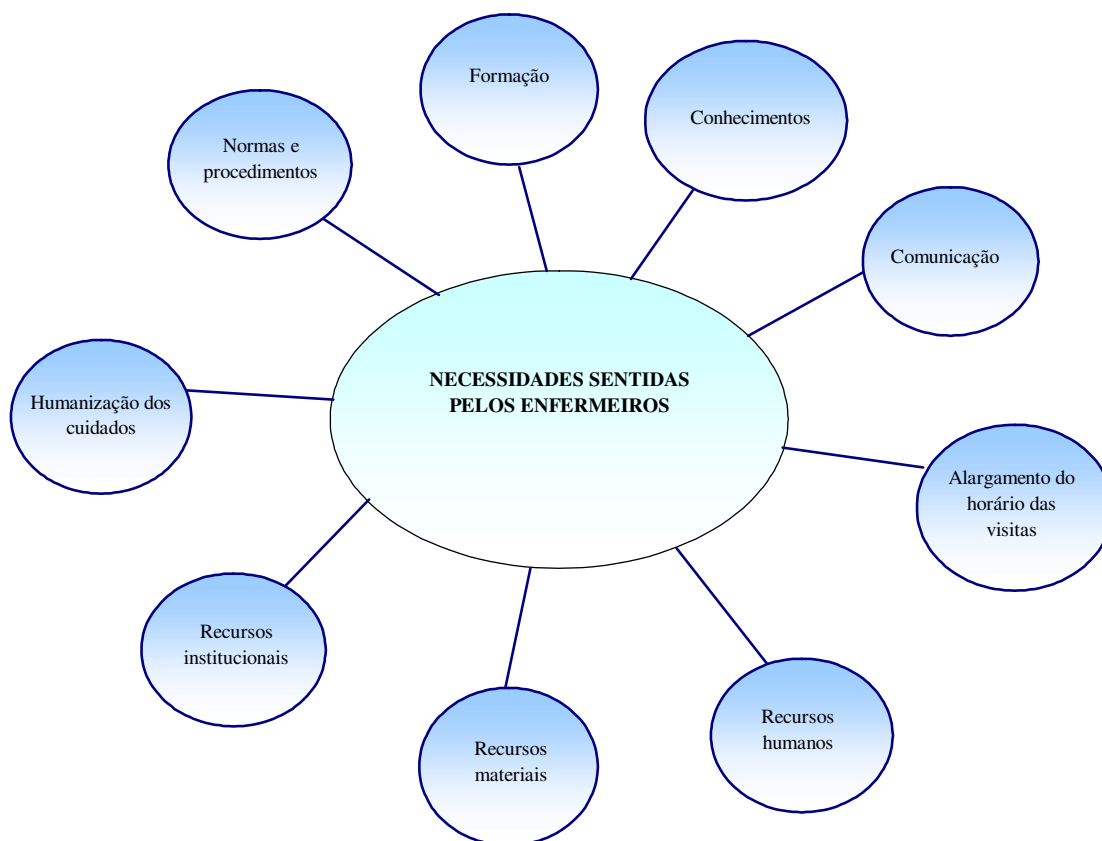
*“ A única dor suportável é a dos outros”.*

*René Leriche*

Com esta questão procuramos conhecer as necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal.

Neste sentido, foram criadas oito categorias, que são: a formação, a comunicação, as visitas, os recursos humanos, os recursos materiais, os recursos institucionais, a humanização dos cuidados e as normas e procedimentos; e quinze sub categorias: **pessoal, equipa, conhecimentos, interacção com a família, interacção no seio da equipa, horário, psicólogo, enfermeiro, médico, acessibilidade, características específicas, disponibilidade relacional, discriminação, sensibilidade e protocolos.** No Diagrama 8 encontra-se a categorização deste tema.

**Diagrama 8** – Necessidades sentidas pelos enfermeiros



## 5.1 – FORMAÇÃO

A constante evolução dos conhecimentos na área da enfermagem conduz à desactualização rápida dos saberes. Desta forma, só com o acompanhamento contínuo em termos de formação, é possível aos profissionais manterem-se actualizados, quer na área do conhecimento em enfermagem, quer nas descobertas noutras áreas do saber.

Para Goguelin e colaboradores, citado por Berbaum (1993: 19), *a formação define-se como a “ intervenção visando uma modificação nos domínios dos saberes, dos saberes fazer e dos saberes estar do sujeito em formação”*.

De acordo com Ferry citado por Bento (1997: 61), *“ a formação é um processo de desenvolvimento individual tendente a adquirir e a aperfeiçoar as suas capacidades (...) um trajecto de formação (...)”*. Mas *“ninguém se forma pelos seus próprios meios (são necessárias mediações), (...), ninguém será jamais formado por um dispositivo, nem por uma instituição, nem por qualquer um”*. Nesta perspectiva, a formação pode ser interpretada como um processo de apropriação, que pertence ao sujeito, que aprende, mas para o qual necessita de ajuda.

A dor é algo, que preocupa a sociedade em geral e os profissionais de saúde em particular, o que tem levado à crescente procura de soluções para este problema. Neste sentido, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem necessidade de adquirir formação nesta área. De acordo com Hesbeen (2000), sendo os cuidados de enfermagem a atenção prestada a uma pessoa por um enfermeiro ou enfermeira com o objectivo de a ajudar, utilizando, para a concretização dessa ajuda, as competências, que fazem deles profissionais de enfermagem, é na aquisição e no desenvolvimento dessas competências, que definem o enfermeiro, que se baseia a formação. Nesta perspectiva, o objectivo da formação, tanto inicial, como contínua, é contribuir para o desenvolvimento de uma pessoa enfermeira, cujo perfil é determinado não só por conhecimentos, mas também por aptidões e qualidades humanas. Contudo, Hesbeen (2001), alerta para o facto de não se poder confundir competência com qualificação, uma vez que como afirma Guy Le Boterf, a formação não produz competência. Na perspectiva deste autor, a formação produz aquisição de informação, de capacidades e de conhecimentos, que posteriormente se transformarão em competências.

Na opinião de Honoré (2004:177), *“ a formação é necessária para abrir a existência à descoberta e à recolha de possibilidades, partindo daquelas cuja apropriação deixou na experiência, um traço”*. Assim, a formação em enfermagem deve ter como linha

orientadora, a defesa da “dignidade humana”, não só da pessoa doente mas também do enfermeiro que cuida, tendo em consideração que ambos são pessoas.

A **formação pessoal** é um aspecto considerado pertinente para cuidar da pessoa com dor, como nos revelam os enfermeiros participantes:

“ (...) era importante ter mais formação, nessa área [dor] (...) Devia ter mais formação para saber lidar melhor com a família (...), a formação não seria apenas para ter mais conhecimentos, mas para me ensinar como devia actuar”. (E1)

“ (...) alguma formação (...), alguma formação a nível da dor também”. (E8)

“ A formação é sempre importante em todos os aspectos (...), em termos de formação, Estou sempre aberta (...) e disponível para isso”. (E9)

“ (...) Mas penso que poderia haver formação (...) tanto a formação pessoal...”. (E10)

“ É preciso uma formação adequada na área de oncologia e perceber claramente a dor”. (E 13)

Na opinião de Ramos (2001), uma adequada formação é necessária para melhor capacitar um novo colaborador nas suas funções e promover o seu rendimento, assim como é fundamental para uma boa progressão na carreira e para a actualização de conhecimentos. O mesmo autor citando Ross e Altmaier, (1994), refere que a formação é valorizada tanto pelos indivíduos, uma vez que os recompensa através da promoção de competências, como pelas organizações, que beneficiam dessas competências.

Botelho citado por Abreu (2001:54), considera que: *“uma parte destas competências é certamente adquirida no decurso de formação básica e pós básica; contudo... é sobretudo na interacção com o utente e com os colegas de trabalho, que os enfermeiros adquirem... na verdade, no dia do seu exercício profissional, o enfermeiro vive experiências e desenvolve formas de actuação e decisão que constituem por certo, uma importante fonte de conhecimentos”*.

Ainda Botelho, referido por Abreu (2001), põe em evidência os trajectos formativos individuais no processo de formação contínua dos enfermeiros, realçando a importância da formação informal e da reflexão sistemática e deliberada sobre as práticas como estratégia de formação.

A formação contínua visa promover a actualização e a valorização pessoal e profissional dos funcionários, em consonância com as políticas subjacentes aos programas de desenvolvimento, inovação e mudança (Frederico e Leitão, 2000).

Assim, é fundamental que os enfermeiros reconheçam as suas necessidades de formação, procurando uma solução indicada para a satisfazer, pois, só uma formação cuidada, poderá proporcionar ao trabalhador uma maior responsabilização, bem como uma maior capacidade de resposta, no que diz respeito aos problemas, que ocorrem no seu quotidiano.

A **formação em equipa** foi considerada pelos enfermeiros participantes como uma mais valia para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, como nos relatam:

“A equipa não está toda em sintonia, e devia fazer mais formação, para ter um método de actuação mais uniforme”. (E1)

“Precisamos de uma formação mais específica nessa área [dor] (...), estarmos mais despertos para o problema em si do doente oncológico”. (E2)

“ (...) Considero também importante que toda a equipa tenha formação na área de cuidados paliativos ... ”. (E3)

“As pessoas continuam a morrer com dor, sofrem imenso e tanto médicos como enfermeiros não estão preparados profissionalmente (...), para que a pessoa possa morrer com dignidade”. (E4)

“ (...) sensibilizar as pessoas, dando formação a todos os profissionais... da parte médica, não têm formação e acho que não nos respeitam. Quando vemos que o doente tem dor, até se riem de nós”. (E7)

“ (...) nós devíamos ter conhecimentos mais aprofundados a nível dos doentes oncológicos (...) acho que se, pelo menos tivéssemos certos conhecimentos a nível da equipa...”. (E8)

“Era importante haver formação (...) da equipa, para que a equipa possa agir de forma uniforme”. (E10)

A formação insuficiente a nível da equipa pode ser explicada, desde logo, pela não inclusão nos currículos académicos das escolas de enfermagem e médicas de aspectos abrangentes no que respeita à dor e aos cuidados à pessoa em fase terminal.

A falta de formação no controlo da dor é uma realidade amplamente conhecida, constituindo uma lacuna da educação médica (Hampton, 2004). Os resultados de um inquérito efectuado em 2000 – 2001, pela AAMC (Association of American Medical Colleges), citada por Hampton (2004), revelam que, actualmente, apenas 3% das escolas médicas exigem um curso individualizado no controlo da dor e 4% exigem um curso sobre cuidados terminais. Menos de um terço das escolas médicas oferece cursos electivos no

controlo da dor e apenas 25% proporciona idênticos cursos em cuidados terminais. Cleeland, Gonin e Hatfield et al, (1994), citados por Pereira (2006) salientam ainda que muitos médicos e enfermeiros não têm conhecimento do conjunto de procedimentos necessários para o controlo eficaz da dor oncológica, essencialmente, quando associada a outros sintomas, o que acontece frequentemente em doentes com cancro avançado. Um estudo referenciado por Pereira (2006) demonstrou que um grande número de oncologistas e médicos de família eram de opinião que proporcionavam um bom controlo da dor, no entanto, não estavam familiarizados com as directrizes para a dor oncológica emanada da OMS, incluindo a escada analgésica considerada, habitualmente, o padrão para a gestão básica da dor oncológica.

Bernardo, Rosado e Salazar (2006), realçam a importância da formação interna, que constitui um elemento essencial na aquisição de competências dentro da equipa, contribuindo para isso as reuniões de serviço, os estudos de caso, revisão de temas entre outros. É uma aprendizagem, que se faz no dia a dia, onde o enriquecimento de cada um se faz com a contribuição dos outros. As mesmas autoras consideram que para complementar a formação, é importante a aquisição de conhecimentos em congressos, Workshops, cursos de actualização, seminários, reuniões, que constituem a formação externa.

A formação externa, é na opinião de Hesbeen (2000:141), “muitas vezes excessiva”, contudo tem a vantagem de favorecer trocas de experiências. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008:11), “estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional”.

**Os Conhecimentos** foram também um aspecto considerado necessário pelos enfermeiros participantes para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal como nos explicam:

“(…) Se calhar, se tivéssemos um bocadinho mais de conhecimentos nesta área …”.  
(E8)

“(…) Saber interpretar a dor do doente (…) uma escala de faces, saber os recursos e os métodos, que existem medidas farmacológicas, mas que existem também medidas não farmacológicas e em que medida é que as podemos utilizar”. (E13)

Para Barreira (2002:17), “ *a cultura organizacional de um hospital oncológico influencia também os enfermeiros na medida em que estes necessitam de formação em patologia oncológica, meios de diagnóstico, tratamentos e relações interpessoais*”. Também, na perspectiva de Hesbeen (2001), “os conhecimentos técnicos e científicos

decorrem, em parte, da apropriação de saberes estabelecidos e da sua actualização”. Na opinião de carvalho (1996), para cuidar não basta apenas saber, sendo fundamental ter actividades, que permitam a utilização adequada dos saberes adquiridos.

Um estudo efectuado por Silva e Zago (2001), em que se pretendia identificar, como interpreta o enfermeiro o cuidado ao doente oncológico com dor crónica, revela que os enfermeiros têm dificuldades em desenvolver o cuidado com o doente devido à falta de conhecimentos específicos sobre o cancro, dor crónica e sua terapêutica, o que vai ao encontro das necessidades sentidas pelos participantes deste estudo.

## 5.2 – COMUNICAÇÃO

Comunicar significa estar em constante interacção com o meio, que nos rodeia, facilitando desta forma a socialização. De acordo com Costa (2004:70), *a comunicação é um processo interpessoal complexo, que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos*”.

A comunicação com o doente com dor em fase terminal assume um papel de destaque, na medida em que permite a interacção enfermeiro/doente/família/enfermeiros/profissionais de saúde. Na perspectiva de Martins, (2002:44), *“sem comunicação a relação humana é uma imagem em busca dos seus contornos”*

A comunicação efectiva é aquela, que permite que nos desenvolvamos e, simultaneamente, nos sintamos significativos ao partilharmos com os outros um determinado espaço, num certo momento (Fragoeiro, 2000).

Na perspectiva de Costa (2004:70), *o enfermeiro “deve ter habilidade para prestar atenção, desenvolvendo uma atitude de compreensão e de ajuda ao ser humano em situação de cuidados”*. De salientar que a comunicação é um processo interactivo, através do qual uma pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos, emoções, ou ideias aos outros, funcionando como um instrumento, que permite a uma pessoa entender a outra. A comunicação pode ser verbal, quando se faz uso da palavra, ou não verbal, quando comunicamos com os outros sem fazer uso da palavra.

De acordo com Watzlawick, Beavin e Jackson (2002), se está aceite que todo o comportamento, perante uma situação de interacção, tem valor de mensagem, ou seja, é

comunicação, por muito que individuo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Assim, com actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem.

Neste sentido, é fundamental que os profissionais de enfermagem possuam competências comunicacionais, que lhe permitam responder, adequadamente, às necessidades sentidas pela pessoa doente, respeitando assim a essência do cuidar. Na opinião de Fallowfield et al (2002), citados por Querido, Salazar e Neto (2006), essas competências não melhoram apenas com o acumular da experiência clínica, mas também com o treino adequado dessas perícias, que induzem mudanças duradouras e eficazes na actuação do profissional, aumentando a satisfação dos doentes e a sua adesão ao tratamento.

A **Interacção com a família** é um aspecto considerado necessário pelos enfermeiros participantes, para cuidar da pessoa com dor, como nos revelam:

“A família devia ser chamada e devia ser envolvida neste tipo de situações (...) em termos de interacção equipa, família, acho que esta se devia envolver mais (...) Os familiares deveriam colaborar na prestação de cuidados e no alívio da dor (...). A equipa devia envolver-se mais, estar mais desperta e chamar a família”. (E1)

(...) Considero que a presença da família é importante, deveriam estar mais a par da situação do doente (...). Para que a família possa fazer parte da equipa multidisciplinar, tem que haver um maior diálogo entre a equipa de enfermagem, a equipa médica e família, tem que haver uma maior interligação (...), a família tem que ser informada aos poucos (...). As famílias precisam de ser melhor integradas (...). O contacto, que temos com a família, não é muito próximo (...), não há envolvimento da família”. (E2)

“(...) Eu acho que a família tem que ter um grande apoio”. (E3)

“A nível da família, devia ser importante envolver mais a família nos cuidados”. (E4)

“(...) Poderíamos envolver mais a família; a família estar mais junto do doente oncológico em fase terminal, do que realmente está (...). Não temos grande contacto com a família dos doentes (...), apanhamo-los na hora da visita e nem sempre temos possibilidade de estar com todos, de prestar todos os esclarecimentos, que seriam necessários e oportunos à família”. (E6)

“(...) é preciso apoiar também um bocado a família, porque a família também fica bastante deprimida, (...) revoltada, frustrada (...). Se fosse possível, era tratar do doente oncológico e da família, que geralmente precisa de bastante apoio”. (E8)

“A família tem um papel importante (...); os doentes terminais precisam de muito apoio da família”. (E11)

Os enfermeiros consideram importante o envolvimento da família nos cuidados prestados à pessoa doente e no alívio da sua dor, realçando a necessidade de a família fazer parte da equipa multidisciplinar, ser informada gradualmente e de ser apoiada. No entanto, pelos discursos proferidos, constatamos que os enfermeiros têm pouco contacto com a família, pelo que lhe prestam poucos esclarecimentos, que consideram necessários e oportunos. Inferimos ainda a inexistência de apoio à família.

De facto, a família desempenha um papel fundamental em todo o processo da doença, funcionando como base de suporte do doente, pelo que o seu envolvimento e inclusão na equipa são essenciais. Na opinião de Pereira e Lopes (2005), a participação da família nos cuidados ao doente é crucial, permitindo, futuramente, uma maior adaptação ao processo de luto perante a morte do familiar, uma vez que a família vai sentir que tudo foi feito e que tudo fez pelo seu familiar. As mesmas autoras, citando Astudillo (1996), referem que os profissionais de saúde devem estar atentos às preocupações dos familiares, proporcionar uma comunicação aberta e evitar a conspiração do silêncio, dedicando-se ao doente, e prestando todos os cuidados necessários e possíveis para esta fase final da vida.

Assim, é essencial que os profissionais de saúde tenham presente que a família é quem melhor conhece o doente, sabendo melhor que ninguém quais os seus gostos, interesses, inquietações e hábitos, pelo que o seu envolvimento nos cuidados ao doente, bem como a valorização da sua presença junto deste, são premissas indispensáveis para o sucesso do tratamento. Esta ideia é reforçada por Pacheco (2001:134), quando refere que “o enfermeiro não deve esquecer a importância da colaboração dos familiares mais próximos e dos amigos mais queridos em todo este apoio ao doente, pelo que deve envidar esforços no sentido de os envolver em todo o processo”.

De acordo com Guarda, Galvão e Gonçalves (2006), embora desgastante, o cuidar de um familiar em fase terminal é, frequentemente, referido pelos familiares como um tempo único e gratificante, que contribui para o crescimento pessoal e espiritual do cuidador. Na opinião das mesmas autoras, para que a família possa desempenhar a sua função de prestadora de cuidados na totalidade, os profissionais de saúde devem tentar compreender as necessidades sentidas pelos familiares e criar as condições necessárias, para que a família e o doente possam verbalizar os seus sentimentos, medos e angústias.

A **Interacção no seio da equipa** é considerada pelos enfermeiros participantes uma premissa para cuidar, como nos explicam:

“Deveria haver uma maior interacção entre a equipa de enfermagem e a equipa médica”. (E2)

“Acho que beneficiávamos da reunião de grupo (...) “Em termos de equipa, era importante termos uma actuação mais uniforme (...)”. (E3)

“Acho que seria importantíssimo que houvesse mais diálogo entre profissionais, entre médicos, enfermeiros e os auxiliares (...)”. (E4)

“(...) Em relação à equipa, não há interacção entre médicos e enfermeiros. Eles são médicos e nós somos enfermeiros”. (E7)

“É necessário uma articulação clara entre o médico e o enfermeiro (...), haver um bom entendimento com a consulta da dor (...), para que tudo resulte em benefício do doente”. (E13)

Dos discursos proferidos, depreendemos que neste grupo de trabalho, não há uniformização de critérios de actuação, denotando-se uma deficitária interacção entre os diferentes grupos profissionais, o que em nosso entender, pode ser prejudicial para o doente e família.

Benner (2001) reforça as opiniões dos enfermeiros participantes, quando refere que o tratamento para ser o mais eficaz possível, deve cada uma das pessoas implicadas, apresentar o seu ponto de vista aos outros membros da equipa. Esta troca é um processo dinâmico uma vez que o doente muda pouco a pouco e porque as relações múltiplas realçam perspectivas diferentes e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de terapia. Ainda na opinião desta autora, trabalhar em equipa é crucial, não só para prestar ao doente cuidados eficazes, como para manter a moral da equipa de saúde.

Assim, a interacção entre os diferentes membros de uma equipa é um aspecto que ocupa um lugar de destaque no que diz respeito ao desempenho da equipa e seu conseqüente sucesso.

De acordo com Azenha e Freitas (2004:145), “*dentro de um ambiente hospitalar, o trabalho em equipa é o que mais se desenvolve, tornando-se por isso, imprescindível aos colaboradores de uma equipa conhecer profundamente o trabalho, as necessidades dos seus colegas e manter uma relação recíproca de respeito, ajuda e solidariedade.*”

Neste contexto, Smeltzer e Bare (2005) chamam à atenção para o facto de muitos dilemas nos cuidados à pessoa doente em fase terminal estarem relacionados com a comunicação deficiente entre os elementos da equipa, o doente e a família, bem como com a falha dos elementos da equipa em estabelecer uma comunicação efectiva entre si.

Na opinião de Benner (2001), quando existe uma boa comunicação entre os médicos e as enfermeiras e a colaboração prevalece, a flexibilidade aumenta e quem sai beneficiado é o doente.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2008:11), refere que *“um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados”*.

### 5.3 – VISITAS

As visitas aos doentes fazem parte das normas existentes nas organizações de saúde. Habitualmente, os hospitais restringem as visitas fixando regulamentos, que se destinam a servir hábitos rotineiros do trabalho, ao invés de se preocuparem com as carências humanas da pessoa doente. Esta ideia é partilhada por Nabais (2006: 57), quando afirma que:

*“entre as diversas regras e normas instituídas no hospital, as visitas (quando não compreendidas numa interação significativa entre dois ou mais indivíduos), continuam teimosamente a integrar algumas instituições e serviços como uma rotina, fundada num regulamento geral, que os profissionais de saúde por vezes resistem em moldar a cada situação ou indivíduo”*.

A nossa experiência mostra-nos que a presença das visitas de familiares e/ou amigos próximos junto dos doentes, desde que por eles aceite, são benéficas, traduzindo-se este benefício numa melhor qualidade de vida para o doente. Esta ideia é reforçada por Smeltzer e Bare (2005), quando referem que as visitas de familiares e amigos são efectivas no alívio da dor.

**O Horário** das visitas foi um aspecto realçado pelos enfermeiros como necessário para cuidar, como nos transmitem:

“O horário das visitas devia ser alargado”. (E1)

“O período de visita é muito limitado”. (E3)

Os enfermeiros referem que o horário das visitas é muito limitado, pelo que consideram o seu alargamento uma necessidade.

Os horários das visitas são estabelecidos pelas instituições de saúde, constituindo uma regra a cumprir pelos colaboradores. Os enfermeiros, como membros das instituições hospitalares, vêem-se assim confrontados com um conjunto de regras, que têm que cumprir, ainda que algumas vezes discordem delas. Contudo, na opinião de Lopes (2004),

nada impede os enfermeiros de autorizarem os familiares a permanecerem mais tempo junto do seu doente, se considerar importante para o mesmo e se a situação o permitir. No entender do mesmo autor, não basta ter um bom desempenho económico, a responsabilidade ética e social é uma condição essencial para que o hospital funcione com eficiência.

Também Twycross (2003) considera que, em contexto hospitalar, os profissionais de saúde devem promover o acompanhamento do doente pela família, facultando a sua permanência no serviço por um período de tempo mais alargado, para além do horário habitual de visita.

Para Cardoso (1999), a presença de familiares e amigos ajuda a diminuir o sofrimento físico e emocional do doente, pelo que deveriam poder conviver, sempre que o desejassem, no hospital e no domicílio.

A nossa experiência revela-nos que o período de visita, permite aos enfermeiros estabelecer uma relação mais próxima com o doente e com a família bem como com amigos próximos, fortalecendo assim a interacção doente/ família/ equipa de cuidados.

Neste sentido, consideramos que estas regras são inadequadas, contrariando claramente a filosofia de humanização de cuidados.

#### 5.4- RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são um aspecto de particular relevo nas organizações de saúde. Na opinião de Lopes (2004), é essencial que o hospital centre toda a sua actividade no cliente ou na pessoa, tenha uma eficiente coordenação das pessoas e dos serviços e uma planeada alocação de recursos e tenha pessoal com boas aptidões, conhecimentos e qualidades humanas, pois estas são algumas das premissas para alcançar a excelência. De facto, os recursos humanos, numa equipa onde se prestam cuidados à pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, são um aspecto fundamental. Esta ideia é partilhada por Pacheco (2001:107), quando refere que *“de modo a atender sempre o doente como uma totalidade singular e única, os cuidados paliativos devem resultar de um trabalho interdisciplinar, no qual participem médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, assistentes sociais, ministros religiosos e voluntários”*.

Os enfermeiros participantes deste estudo consideram que para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, é necessário a existência de recursos humanos adequados, nomeadamente, o **psicólogo**, o **enfermeiro** e o **médico**.

**O Psicólogo** é considerado pelos enfermeiros participantes um elemento necessário para cuidar, como nos explicam:

“(…) Devia existir um psicólogo na equipa, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal (…). Se houvesse um Psicólogo, nós teríamos reuniões para falar acerca daquele doente, e se calhar exporíamos as nossas ideias de outra forma, seria uma mais valia (…), poderia melhorar o nosso desempenho”. (E3)

“ Mas, às vezes, poderíamos precisar de uma ajuda mais profissional (…), que é o caso do psicólogo “. (E4)

“Acho que falta uma coisa, um doente oncológico com dor, toda a gente fala de apoio psicológico à família e não há ninguém, que diga à família, que consulte um psicólogo (…), que precisa de acompanhamento...”. (E7)

Os enfermeiros participantes consideram que a presença de um psicólogo na equipa é uma mais valia para o doente e família. De acordo com Diamon e Coniam (1999), a avaliação psicológica completa dos doentes, deveria ser efectuada por um psicólogo clínico. Consideram ainda que um psicólogo pode ajudar o doente a compreender a natureza da dor crónica. Também Anderson, 1982, Linn, Linne Haris, 1982, citados por Matos e Pereira (2005) são da opinião de que a psicoterapia tem muito para oferecer na fase final da vida do doente, sendo eficaz na redução do *stress* e da depressão, aumenta a auto estima e a satisfação com a vida, promovendo ainda um maior sentido de controlo, melhora as relações interpessoais e reduz a dor e o medo da morte. Um estudo efectuado por Silva e Zago (2001), que pretendia identificar a forma como o enfermeiro interpreta o cuidado ao doente oncológico com dor crónica, evidencia que a necessidade da presença de um psicólogo nesse cuidado, reforça as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, quando lidam com esse doente, o que corrobora os resultados deste estudo.

**O Enfermeiro** é um elemento da equipa de saúde, que melhor conhece o doente e as suas necessidades, uma vez que é a pessoa, que mais tempo passa junto do doente, pelo que a dotação de pessoal no que se refere a esta categoria profissional deve ser feita tendo por base esta premissa. Os enfermeiros participantes consideram necessário o aumento da dotação de profissionais de enfermagem para cuidar melhor da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, como nos revelam:

“É necessário haver mais gente [enfermeiros] para cuidar destes doentes”. (E4)

“(…) poderiam funcionar melhor algumas coisas, mas lá está, somos sempre poucos (...) acho que somos efectivamente poucos enfermeiros (...). Ter mais pessoas, os cuidados seriam melhores (...). Melhoraria, nitidamente, a qualidade dos cuidados com mais enfermeiros”. (E9)

“Se fôssemos mais elementos [enfermeiros], haveria uma melhor distribuição de pessoal”. (E11)

Na opinião de Marquis e Huston (2005), os funcionários têm o direito de esperar uma carga razoável de trabalho. Os administradores devem garantir um número apropriado de funcionários de forma a atender as suas necessidades e as dos doentes. Também Vieira (2007:124) realça que “ *um reduzido número de enfermeiros num serviço, aumenta a carga de trabalho dos existentes e aumenta, exponencialmente, os riscos de acidentes com doentes*”.

**O Médico** é um elemento, que deve fazer parte da equipa multidisciplinar. A existência de um médico nas equipas durante vinte e quatro horas é um aspecto considerado relevante por um enfermeiro participante, quando cuida da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, como nos diz:

“(…) Estes doentes deveriam ter sempre um médico 24 horas por dia (...), para que caso a medicação deixasse de fazer efeito, recorria-se a ele ”. (E11)

Neste sentido, Capelas e Neto (2006: 497) consideram que “ os cuidados prestados em unidades de internamento implicam cuidados permanentes (durante 24 horas), exigindo para tal a presença constante de pessoal de enfermagem e auxiliar, pelo menos uma visita médica diária e contacto permanente com o médico”.

## 5.5 - RECURSOS MATERIAIS

Os recursos materiais, a par dos humanos, são um aspecto de particular relevo nas organizações de saúde. A **acessibilidade** é considerada importante para cuidar, como nos transmite um enfermeiro participante:

“(…) Ter sacos de água quente (...), num serviço hoje quatro doentes com um problema desta natureza e ter só dois sacos disponíveis (...), ou ter menos almofadas para

posicionar (...), não ter um colchão, que possa aliviá-lo melhor, enquanto está posicionado de uma determinada forma...”. (E13)

A acessibilidade é, de acordo com o Ministério da saúde (1999:67), “ *a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no local e no momento em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde*”. Neste contexto, a acessibilidade pressupõe a existência de recursos materiais adequados a serem utilizados em benefício da pessoa doente, de acordo com as suas necessidades, permitindo-lhe usufruir de uma melhor qualidade de vida, obtendo-se, desta forma, potenciais benefícios de saúde.

## 5.6 - RECURSOS INSTITUCIONAIS

Os recursos institucionais são um aspecto considerado relevante pelos enfermeiros participantes, para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal. As **Características Específicas** da instituição, nomeadamente, no que se refere à estrutura física das unidades, é um factor apontado pelos enfermeiros participantes como necessário para cuidar, como referem:

“Há aqui uma coisa, que não é benéfica para o doente, não temos quartos individualizados (...), acho que se deveria criar unidades mais específicas para estes doentes”. (E3)

“(...) Se calhar precisávamos que este tipo de doentes não estivessem no hospital central, mas em unidades de cuidados paliativos, especificamente, para o seu caso”. (E6)

Diamond e Coniam (1999) partilham da opinião dos enfermeiros participantes, quando referem que para além da analgesia e do controlo sintomático, o hospício proporciona um ambiente mais aceitável para os familiares do doente oncológico em fase terminal. Consideram ainda que não só oferece cuidados médicos especializados, talvez com mais atenção individual do que a que se presta num hospital geral, mas também o ambiente favorece um cuidado espiritual, que envolve uma relação íntima com o profissional de enfermagem e médico, bem como o apoio de conselheiros profissionais, assistentes sociais e religiosos. Nesta perspectiva, os doentes têm mais facilidade em lidar com a doença. Também um estudo efectuado por Moreira (2001) sobre o doente terminal em contexto familiar, ao analisar a experiência do cuidar vivenciada pela família, constatou

que alguns cuidadores consideram que os hospitais gerais não são o local ideal para os doentes terminais, uma vez que reconhecem que existe uma maior adequação para cuidar do doente oncológico nos hospitais especializados em oncologia, porque a relação, que se estabelece com ele, é diferente.

## 5.7 - HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2003:107), *“humanizar pode ser interpretado como “tornar mais humano”, no contexto dos actos profissionais que ligam as pessoas – ao acaso, entre enfermeiro e cliente/ família. E, aqui entende-se por família os conviventes significativos, além dos laços de parentesco”*. Durante a prática do cuidar, o enfermeiro ocupa um lugar de destaque relativamente aos outros profissionais de saúde uma vez que é ele que mais tempo passa junto do doente, permitindo assim uma relação de proximidade e intimidade, que pode contribuir, significativamente, para a humanização dos cuidados.

A humanização dos cuidados é, de acordo com Osswald (2004:369), *“tratar com cortesia, saber ouvir, ir ao encontro, oferecer empatia, sentir-se solidário, ser solícito, tentar compreender a pessoa doente”*. Ainda segundo este autor, a humanização baseia-se no conceito da dignidade e liberdade das pessoas, com a premissa de respeito total pelas suas opções religiosas, políticas, sociais, entre outras, devendo informá-las devidamente e ajudá-las durante o seu percurso de sofrimento.

Um estudo sobre os enfermeiros e a humanização efectuado por Teixeira (2005), mostra-nos que 60,0% dos 25 enfermeiros inquiridos, consideram que a humanização dos cuidados de enfermagem significa ter uma visão holística do doente, ou seja, têm em consideração o doente como um todo. Para os restantes enfermeiros inquiridos, 32,0 % consideraram que o conceito de humanização dos doentes, significa estabelecer relação de ajuda e 8,0% respeitar os direitos dos doentes.

O processo de humanização é uma tarefa pluridisciplinar, contudo, na opinião de Osswald (2004), ao enfermeiro cabe um papel de grande relevo na humanização, uma vez que a proximidade, que tem com o doente lhe permite estabelecer um diálogo mais franco e íntimo, podendo e devendo criar um clima de confiança e compreensão mútuas, que humanizem a relação com as instituições.

De acordo com o artigo 89º da Ordem dos Enfermeiros (2003:107,108), o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;

b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda eficaz com a pessoa doente e sua família, respeitando os seus valores, crenças e desejos, bem como a sua dignidade.

Assim, a humanização deve preocupar-se, essencialmente, com a pessoa e não com o tecnicismo desenfreado, que vê o ser humano como um objecto, descurando a dimensão relacional, e consequentemente, a pessoa como ser único.

**A Disponibilidade Relacional** é considerada pelos enfermeiros participantes um aspecto de relevo no cuidar, como nos transmitem:

“Porque são doentes, que precisam de um grande apoio psicológico, quer para ele, quer para a família (...). O estarmos disponíveis para ouvir o doente (...), promover algumas atitudes de carinho (...). Eu acho que a disponibilidade é o ponto de partida (...). O que nós, basicamente, podemos fazer, é aliviar a dor e dar algum conforto ao doente (...). Eu acho que a família tem que ter um grande apoio”. (E3)

“Acho que o permitir que ele realize determinados desejos e vontades (...), eu sou da opinião que devemos facilitar isso e fazer”. (E5)

“Talvez mais disponibilidade (...), nós não fazemos mais porque não temos tempo para mais (...), não temos tempo para nós próprios, avaliarmos bem a situação dos doentes”. (E9)

“Ter mais disponibilidade. Por vezes não conseguimos conciliar (...). Os doentes deviam estar melhor distribuídos, para podermos ter mais tempo para cuidar deles”. (E10)

“Era importante ter mais tempo. Estes doentes precisam de mais disponibilidade, que se lhes dê mais atenção”. (E11)

“(…) ter pessoal com disponibilidade, para estar atento e ouvir...”. (E 13)

Dos relatos apresentados, concluímos que os enfermeiros consideram necessário a existência de uma maior disponibilidade, para dar apoio ao doente e à família, para ouvir, para proporcionar carinho, para aliviar a dor da pessoa doente e oferecer-lhe algum conforto, para lhe proporcionar a realização dos seus desejos e disponibilizar-lhe mais atenção durante o cuidar. De facto, o cuidar exige disponibilidade, pelo que os

profissionais de enfermagem devem demonstrar, através dela, capacidades de ajuda, de forma a estabelecer com a pessoa doente e família uma verdadeira relação de ajuda, que contribua para a criação de um ambiente seguro e confortável, permitindo ao doente e sua família usufruir do máximo de qualidade de vida possível.

Neste contexto, Caseiro e Pinto (2001:17), referem que *“a comunicação aberta, o relacionamento empático, disponibilidade para ouvir criam confiança e segurança para o doente e para a família, facilitando a sua reacção com a experiência dolorosa, e o seu envolvimento no tratamento e alívio da mesma”*.

**A Discriminação** dos doentes foi um aspecto referenciado por um enfermeiro como nos transmite:

“Se os doentes tiverem parentes influentes, as coisas funcionam (...), se forem pessoas simples, acabam por não ter acompanhamento”. (E5)

O Artigo 64º da constituição reconhece o direito de todos os cidadãos à protecção e defesa da própria saúde mediante a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuita, para além de condições económicas, sociais, culturais e educacionais, que garantam e promovam a saúde. Neste sentido, é da responsabilidade do Estado, garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de medicina preventiva, curativa, paliativa ou de reabilitação.

Tendo em conta que o serviço Nacional deve ser Geral, pressupõe-se que se destina a todos os cidadãos portugueses sem qualquer discriminação.

**A Sensibilidade** é um aspecto considerado relevante no cuidar, como nos transmitem os enfermeiros participantes:

“(…) e se no meu curso nos andaram a batalhar tanto na humanização dos cuidados, acho que alguma coisa deveria mudar”. (E3)

“ A ideia, que eu tenho destas minhas colegas mais jovens, (...) é que elas até são muito sensíveis e dedicadas e em termos de equipa, a parte humana existe”. (E9)

“À partida uns têm mais sensibilidade do que outros...”. (E10)

“Para tratar destes doentes, acho que as pessoas têm que ser mais sensíveis (...), temos que ser mais humanos “. (E12)

Cuidar implica estar munido de conhecimentos técnicos e científicos e considerar a pessoa como um todo, como um ser único, exigindo da parte do enfermeiro, sensibilidade, atenção, compreensão, respeito pela sua dignidade, consideração e afecto.

Na perspectiva de Pacheco (2001), devemos considerar sempre as duas perspectivas do cuidar, a competência técnica e a sensibilidade afectiva, não devendo nenhuma destas existir separadamente.

Morse (1990), citada por Gândara e Lopes (1993), considera que cuidar com afecto, traduz um envolvimento emocional e o desenvolvimento da capacidade de empatia em relação às experiências do doente. Este envolvimento pressupõe a existência de uma sensibilidade adequada, proporcionando a intimidade entre o cuidador e o doente e a aceitação por parte deste, num movimento sequencial e ascendente.

Dos discursos proferidos pelos enfermeiros, constatamos que a humanização está presente no cuidar, no entanto, estes consideram necessário ter mais disponibilidade para promover atitudes de carinho, para ouvir o doente, para lhe dar mais atenção, para aliviar a dor e dar algum conforto a ele e à família e para lhe permitir realizar determinados desejos e vontades. As necessidades sentidas pelos enfermeiros participantes, revelam um sentido de humanização tal como é defendido por Renaud (2004:6,7), que considera que a competência técnica, que se exige aos enfermeiros, “deve ser atravessada por um sentido do «humano», já que cuidar tem um objecto – o corpo humano”. Contudo, as declarações dos participantes, salientam também a inexistência de um conjunto de condições, que os remetem para uma prática, que acaba por negligenciar o cuidar humanizado.

## 5.8 - NORMAS E PROCEDIMENTOS

O hospital é uma instituição fortemente alicerçada em normas e rotinas, impostas pelos gestores de uma forma inflexível, em que as regras deverão ser cumpridas pelos colaboradores. Nesta perspectiva, as regras assumem um carácter inflexível, pelo que, frequentemente, não são mudadas, os erros não são analisados e, conseqüentemente, a aprendizagem proveniente destes não é efectuada (Bertelli, 2004).

**Os Protocolos** são um aspecto considerado por dois enfermeiros participantes como necessário para cuidar:

“(…) lá está, não há protocolos (...). Poderíamos trabalhar melhor, talvez, se houvesse realmente algum protocolo, as coisas fossem ainda melhores...”. (E9)

“ Os protocolos da dor, por exemplo, se nós tivéssemos um protocolo no serviço, que (...) é claro...”. (E11)

Do exposto, constatamos a inexistência de protocolos de actuação neste serviço, nomeadamente de dor, o que parece dificultar a actuação dos enfermeiros. De acordo com Capelas e Neto (2006), um aspecto, que se pode e deve institucionalizar e que promove uma adequada abordagem paliativa generalista, são a implementação de protocolos de abordagem sintomática ou de outros problemas, que prevalecem neste tipo de doentes.

A nossa experiência demonstra-nos também que a existência de protocolos no serviço são de grande utilidade, permitindo melhorar, significativamente, o desempenho da equipa, e conseqüentemente, a eficácia do tratamento do doente.

---

---

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A dor é uma experiência subjectiva e multifactorial, sendo um dos sintomas mais temidos pelo doente e sua família, pelo que a sua valorização, avaliação e tratamento, são aspectos fundamentais. Serrano e Pires (2000:18) reforçam esta ideia, quando referem que “a ausência de dor é um objectivo constante e uma das «maiores lutas» da prática de enfermagem”.

De facto, o alívio da dor é um direito do doente, constituindo um aspecto essencial de preocupação na satisfação das necessidades fundamentais de qualquer ser humano.

Com a realização deste estudo, foi nossa intenção compreender como vivem os enfermeiros a experiência de cuidar de uma pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal. Assim, procuramos analisar o mundo vivido pelos participantes no seu contexto de cuidar, que consideramos único. Tendo em conta a metodologia adoptada, não pretendemos estabelecer generalizações, pelo que os significados atribuídos apenas têm a ver com o contexto estudado. Contudo, consideramos que os resultados deste estudo podem ser um contributo para uma melhor compreensão do fenómeno dor, o que é determinante para a concepção de estratégias de alívio, adequadas e eficazes.

A experiência de cuidar do doente com dor e com doença oncológica em fase terminal em contexto hospitalar, encontra-se estruturada em torno dos seguintes vectores: sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros durante o seu cuidar, métodos de identificação da dor, métodos de avaliação da dor, recursos utilizados para o alívio da dor e necessidades sentidas pelos enfermeiros cuidadores.

Os enfermeiros reconhecem a sua vivência emocional, que se traduz na vivência de sentimentos e emoções de mal-estar, partilhados por estes, traduzidos em tristeza associada ao cuidar de pessoas idosas, ao diagnóstico reservado e à situação de perda eminente; a pena, que realça o sofrimento, que experienciam face à dor e à inevitabilidade da morte; a mágoa, que está relacionada com o sofrimento vivenciado pelo doente; a angústia, que pode ajudá-los a modificar a sua forma de agir; a revolta sentida durante o cuidar, que espelha a indignação e impotência perante a pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, estando também associada ao cuidar de pessoas jovens; o medo experienciado durante o cuidar constitui uma reacção emocional, que está associada à identificação com a prática de cuidados e com a antecipação da morte; a ansiedade está também presente durante o cuidar; a impotência experienciada está relacionada com a

inexperiência profissional, com a incapacidade de dar resposta em determinados momentos e com a inevitabilidade da morte; a incapacidade de dar à pessoa aquilo, que ela necessita, conduz ainda os enfermeiros ao estado emocional de frustração. A aversão é também experienciada durante a prática de cuidar. O enfermeiro, contudo, durante o seu cuidar, vivencia também emoções de prazer, nomeadamente, de satisfação, que se traduz numa sensação de bem-estar.

Os enfermeiros do nosso estudo revelam possuir algumas competências relacionais de ajuda, onde evidenciam as suas habilidades empáticas, que estão relacionadas com a compreensão, com a ajuda, com a atenção e com o envolvimento profissional.

Os entrevistados experienciam ainda dificuldades sentidas no cuidar, que estão relacionadas com a precocidade etária da doença, com o estado de consciência dos doentes, com a identificação com uma vivência penosa e com a avaliação da dor do doente.

Os enfermeiros participantes têm percepção das dificuldades, sentimentos e emoções experienciados, que lhes provocam sofrimento durante a prática de cuidar. Neste sentido, para ultrapassarem as dificuldades sentidas e o sofrimento experienciado, os enfermeiros do nosso estudo utilizam estratégias de alívio, recorrendo a redes de apoio, que passam pela partilha com os pares, partilha com a família e informação científica e técnica. Evidenciam possuir competências internas, que são a reflexão, o desvio do pensamento, o recurso a outras ocupações, os cuidados à família e a distração, ou actividades de lazer. Protegem-se das vivências emocionais, adoptando mecanismos de defesa, recorrendo ao distanciamento da interacção e ao desapego emocional. Estas formas de alívio referenciadas, salientam a existência de sofrimento e de dificuldades em lidar com as experiências emocionais na prática de cuidar.

O enfermeiro identifica a dor, através da verbalização da pessoa doente, do questionamento, e dos comportamentos da pessoa doente, da observação, que efectua e da família.

O enfermeiro avalia a dor socorrendo-se da escala numérica, escala de faces, escala visual analógica, expressão não verbal, conhecimento do doente, localização da dor, tipos de dor, características da dor, intensidade da dor, origem da dor e formas de alívio.

O nosso estudo revelou ainda que o enfermeiro, para aliviar a dor da pessoa doente, recorre a medidas farmacológicas, que passam pela medicação e pela avaliação do resultado da administração de terapêutica. Utiliza também medidas não farmacológicas para aliviar a dor, privilegiando a comunicação, a massagem, os posicionamentos antiálgicos, a disponibilidade, as mobilizações e a termoterapia.

No que diz respeito às necessidades sentidas pelos enfermeiros participantes, verifica-se que estes evidenciam a necessidade de formação pessoal e em equipa, valorizam os conhecimentos na área da dor, a comunicação é considerada fundamental para cuidar, na qual salientam a interacção com a família e a interacção no seio da equipa, o alargamento do horário das visitas, os recursos humanos adequados, nomeadamente, o psicólogo o enfermeiro e o médico, os recursos materiais, especialmente, no que respeita à acessibilidade, são também aspectos valorizados pelos entrevistados. Os recursos institucionais, são do mesmo modo considerados relevantes para cuidar, pelo que, o enfermeiro considera necessário a existência de características específicas, no atinente à estrutura física das unidades. A humanização dos cuidados, foi também um aspecto, que ressaltou, dos quais se destaca a disponibilidade relacional, a sensibilidade e a ausência de discriminação. Por último, salienta-se a necessidade de existirem normas e procedimentos, que levem à criação de protocolos de actuação, no intuito de melhorar a prática de cuidados.

Do exposto, depreendemos que o enfermeiro valoriza a dor da pessoa doente, contudo, consideramos que a avaliação da dor, bem como o seu tratamento não constituem uma prioridade para alguns profissionais de saúde. Concluimos que não existe uma correcta colheita de dados, que contemple as vivências de dor (história de dor). A avaliação da dor parece-nos redutora, na medida em que os enfermeiros participantes não contemplam todos os aspectos preconizados para uma correcta avaliação.

A terapêutica de base para o tratamento da dor, nem sempre é utilizada, contemplando poucas modalidades quanto ao tratamento não farmacológico, sendo de salientar o recurso à massagem e aos posicionamentos antiálgicos.

Consideramos que o estudo contribuiu para um conhecimento mais profundo da prática de cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, a partir do qual se pode planear cuidados de enfermagem mais eficazes no intuito de obter o alívio da dor destes doentes, de forma a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto, importa realçar que *“a cuidadosa avaliação e o tratamento da dor no final da vida, podem possibilitar uma “boa morte”. A educação dos profissionais de saúde e a família podem ajudar os pacientes a imaginar a meta do alívio adequado da dor durante todo o processo de morrer”* ( Smeltzer e Bare, 2005:241).

Como é habitual, os resultados de um estudo abrem novos caminhos e levantam novas interrogações. Assim, gostaríamos de expressar algumas sugestões.

**No campo da investigação**

Consideramos que a combinação da entrevista com a observação participante em contexto da prática clínica, de modo a observar o agir quotidiano dos enfermeiros, quando cuidam da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, pode descrever melhor o mundo de significados e interpretações dos mesmos e, conseqüentemente, permitir um conhecimento mais aprofundado, pelo que seria importante a sua inclusão em estudos futuros.

Pensamos que seria importante o envolvimento de outros participantes, nomeadamente o doente e a família, pois consideramos que a sua inclusão no estudo, tornaria mais rica a investigação, permitindo ainda fazer um cruzamento da informação.

**No campo dos cuidados**

Consideramos necessário implementar acções de sensibilização e formação em serviço sobre a dor, com a participação dos vários elementos da equipa, reforçando aspectos relacionados com a avaliação da dor, com o tratamento farmacológico e a necessidade de existirem prescrições fixas e ainda com as medidas não farmacológicas, no intuito de se conseguir uma uniformidade de actuação.

Entendemos que a avaliação e o registo da intensidade da dor devem ser feitos pelo menos uma vez por turno e sempre que for considerado necessário, com recurso a escalas validadas, de simples aplicação e com utilização uniforme no serviço.

Sugerimos a implementação de uma escala de avaliação da intensidade da dor no serviço, que possa ser aplicada em doentes inconscientes ou portadores de alterações cognitivas graves.

Pensamos que uma melhor comunicação no seio da equipa de saúde pode melhorar o seu desempenho, pelo que sugerimos a melhoria deste aspecto.

Ao nível do serviço, somos de opinião que seria pertinente a criação de protocolos de actuação, o que, no nosso entender, traria benefícios para a equipa na medida em que facilitaria a sua actuação e permitiria a uniformização dos procedimentos e para o doente e família pelo facto de lhes permitir usufruir de melhores cuidados, que proporcionem o alívio da sua dor e do seu sofrimento.

Entendemos que para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, os serviços devem estar dotados de recursos humanos adequados, pelo que sugerimos uma atenção especial por parte das entidades responsáveis para esta área.

Consideramos necessário a criação de equipas multidisciplinares, que prestem cuidados globais à pessoa doente e sua família.

Ao nível da instituição consideramos ainda que seria pertinente alargar o horário das visitas e facultar a presença de um familiar junto da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal, caso fosse esse o seu desejo.

Salientamos ainda a importância dos recursos materiais, no que concerne à sua acessibilidade, pois entendemos que sem os recursos materiais adequados não é possível prestar cuidados de qualidade.

#### **No campo do ensino**

Consideramos que as escolas poderão ter uma participação mais activa, se incluírem nos seus planos de estudo actividades formativas, que possam ajudar a gerir situações emotivas de cuidados.

Sugerimos que sejam reforçados nos planos de estudo aspectos relacionados com a dor nomeadamente com a sua avaliação e tratamento e também sejam valorizados aspectos relacionados com a fase final de vida, nomeadamente, como cuidar da pessoa doente em fase terminal e com o lidar com a iminência da morte.

Finalmente, somos de parecer que o processo ensino / aprendizagem, deve enfatizar a necessidade de perceber a família como unidade a cuidar e como elemento fundamental no cuidar, formando os alunos nesta perspectiva, para que estes possam ser um agente de mudança das práticas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, Maurice - **Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.
- Abreu, Wilson Correia de - **Identidade, formação e trabalho**. Formasau, Formação e Saúde, Lda, Educa 2001.
- Alves, Sandra [et al] - **Cuidados paliativos**. In: *Enfermagem oncológica*. Formasau, 2004: 139-159.
- Andrade, Francisco Alves de; Pereira, Lilian Varanda; Sousa, Fátima Aparecida Emm Faleiros - **Mensuração da dor no idoso: uma revisão**. *Revista Latino am Enfermagem*, 2006, Março-Abril, 14 (2): 271-6. [online] [acedido em 11/05/08]. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlace](http://www.eerp.usp.br/rlace).
- Andrade, Graça; Grilo, Ana Monteiro - **A relação de ajuda na prestação de cuidados de saúde**. *Nursing* 2004, 194.
- Aramburu, Ana Orbegoso [et al] - **Tratamento no farmacológico del dolor**. In: *Enfermería en cuidados paliativos*. Imedio, Eulália Lopez. Editorial Médica Paramérica, S. A. 2000.
- Araújo, Vera Soares; Mcintyre, Teresa; Figueiredo, Margarida - **Depressão e dor crónica: Implicações para a intervenção**. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 1996, 2: 381-404.
- Azenha, Flávio, Freitas, Ricardo Luíz de, Berteli, Sandra Benavento - In: **Gestão de pessoas em administração**. Colecção Gestão Hospitalar; 2004.
- Barbosa, António - **Sufrimento**. In: Barbosa, António, Neto, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa* 2006: 397-417.
- Bardin, Laurence - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Barón, Manuel González et al - **Tratado de medicina paliativa: tratamento de suporte en el enfermo com cancer**. Madrid: Editorial Médica Panamérica, 1996.
- Barreira, Esmeralda - **A cultura organizacional do hospital oncológico**. *Enfermagem Oncológica* 2004, 22: 17-25.

- Barros, Aidil Jesus Paes; Lehseld, Neide Aparecida de Souza - **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Mc Graw – Hill, 1986.
- Bastos, Zeferino - **Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica**. Lisboa: Biblioteca da dor; 2005.
- Benayas Luna, Maria Carmen - **A dor**. “*Enfermagem em Foco*”. Lisboa. Ano V, 17, 1995. 44-46.
- Benner, Patrícia - **De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
- Benôit, Laugner- Bases Fisiológicas – **TENS: Indicações, técnicas, utilização, elementos a vigiar**. In: Metzger et al - **Cuidados de enfermagem e dor. Avaliação da dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda. 2002.11-118.
- Bento, Maria da Conceição - **Cuidados e Formação em Enfermagem. Que identidade?**. Lisboa: Fim de Século; 1997.
- Berbaum, Jean - **Aprendizagem e formação**. Porto: Porto Editora; 1993.
- Bernard, Honoré - **Cuidar e persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas Científicas, Lda; 2004.
- Bernardo, Ana; Rosado, Joaquina, Salazar, Helena - **Trabalho em equipa**. In: Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa* 2006: 463-474.
- Bernardo, Mário – **Definição dos cuidados paliativos**. In Portela, J. Luís; Neto, Isabel Galriça – **Dor e cuidados paliativos**. Lisboa: Permanyer, Portugal (Marketing, publicidade e edições), 1999.
- Berteli, Sandra Benavento- **Gestão de pessoas e administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Coleção Gestão Hospitalar; 2004.
- Black, Joyce M. Matassarini-Jacobs, Ester - Luckman e Sorensen - **Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. Vol. 1. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- Bogddan, Robert C.; Biklen, Sari Knopp - **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos Métodos**. Porto: Porto editora, 1994.

- Brodley, Bárbara - **Compreensão empática: Observações de uma prática centrada no cliente. A pessoa como centro.** Lisboa: *Revista de Estudos Rogerianos* 2001, 8: 9-36.
- Capelas, Manuel Luís; Neto, Isabel Galriça - **Organização de serviços.** In: Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos.** Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa*, 2006: 485-511.
- Cardoso, Alice - **Manual de tratamento de dor crónica.** Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. 1999.
- Cardoso, Maria Alice - **Terapêutica paliativa.** Lisboa: *Revista de Geriatria*, 1997.
- Carvalho, Amâncio; Cardoso, António - **O controlo da dor e a qualidade de vida do doente oncológico.** “*Enfermagem Oncológica*”. Porto. Ano 4, 13, 2000. 17-29.
- Carvalho, Maria Manuela Montezuma de - **A enfermagem e o humanismo.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1996.
- Caseiro, Helena; Pinto, Isabel - **Dor oncológica: que sentido?** Lisboa: *Nursing* 2001, 158: 15-21.
- Caseiro, José Manuel - **Dor irruptiva: Conceito, controvérsias e sua abordagem terapêutica.** Lisboa: Permanyer Portugal, 2002.
- Cerqueira, Maria Manuela - **O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio.** Coimbra: *Formasau, Formação e Saúde*, Lda.; 2005.
- Cerqueira, Maria Manuela Amorim; Gomes, Jacinto Maria Pisco Alves - **Comunicar em enfermagem: (Algumas reflexões).** Coimbra: 2005. *Revista Sinais Vitais*, 62: 55-57.
- Chalifur, Jacques - **A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial humanista da relação de ajuda.** Loures: Lusodidacta; 2008.
- Collière, Marie Françoise – **Promover a vida.** Lisboa. Lidel, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- Coon, Denis - **Introdução à psicologia: Uma jornada.** Editora São Paulo, Pioneira Thomson Learning; 2006.
- Cortés, Carlos Centeno - **Introducción a la medicina paliativa.** Salamanca: Junta de Castilla y Leon, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1998.

- Costa, Maria Arminda - **Relação enfermeiro/doente**. In: Patrão, Maria do Céu Neves; Pacheco, Susana - **Para uma ética de enfermagem**. Coimbra: Desafios. G.C. Publicações, Lda.; 2004: 63-80.
- Coulon, Alain - **Etnomotodologia e educação**. Petrópolis, R. J: Vozes; 1995.
- Cristina, Irene dos Santos; Lança, Carla Maria M. Rodrigues, Maria de Fátima - **Enfermagem perante a dor: cuidar com qualidade**. “*Enfermagem em Foco*”. Lisboa: Ano VIII, 31, 1998. 21-25.
- Dadidof, Linda L.- **Introdução à psicologia**. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2001.
- Damásio, António - **Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir**. Men Martins: Publicações Europa América; 2003.
- Damásio, António - **O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência**. Men Martins: Publicações Europa América, 2001.
- Deodato, Sandra: **Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão**. *Dor* 2003, 11, 4: 29.
- Diamond, A. W; Coniam, S. W. - **Controlo da dor crónica**. Lisboa: Climepsi, Sociedade Médico Psicológica, Lda; 1999.
- Dias, António O. da Silva; Nogueira, Fernando M. P. B. F. Rocha, Maria Lúcia da – **Experiência dolorosa: visão psicológica**. “*Servir*”. Lisboa: Vol. 42, 3, 1994. 145-154.
- Dias, Henrique Oliveira - **Alívio da dor em fase terminal: Dor no doente terminal**. In: Neves, Chantal, et al. - **Cuidados Paliativos**. “*Dossier Sinais Vitais 4*”. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda., 1ª edição, 2000. 87-96.
- Dias, Maria do Rosário - **A Esmeralda perdida: A informação ao doente com cancro da mama**. Lisboa: *Instituto Superior de Psicologia Aplicada* 1997.
- Dias, Maria do Rosário - **Cancro da mama: a (contra) informação dos Mass Media?** In: Dias, Maria do Rosário; Durá Estrella - **Territórios da psicologia oncológica**. Lisboa: Climepsi Editores, 1ª edição, 2002.
- Dicionário de Língua Portuguesa - **Ira**. [online] [acedido em 23/02/08]. Disponível em <http://www.infopedia.pt>.

- Diogo, Paula Manuela Jorge - **A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados.** Coimbra: *Formasau, Formação e Saúde*, Lda. 2006.
- Direcção Geral Da Saúde – Circular Normativa nº 09/DGCG – **A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** 14 de Junho de 2003.
- Doron, Roland; Parot, Françoise - **Dicionário de psicologia.**1ª ed, Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
- Esteves, Manuela: **Análise de conteúdo.** In: **Fazer investigação: contributos para a elaboração de dissertações e teses.** Porto: Porto Editora, Lda; 2006.
- Estrela, Albano - **Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores.** Porto: Porto Editora, Lda; 1994.
- Eurag. Mating palliative care a priority topic on the european health agenda. Graz; January 2004.
- Férez, José García - **Ética de la salud en los procesos terminales.** Madrid: San Pablo. 1998.
- Fernandes, Ananda - **Crianças com dor: o quotidiano do trabalho da dor no hospital.** Coimbra: Quarteto Editora; 2000.
- Flick, Uwe - **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed Editora, S. A.; 2004.
- Formarier, Monique - **Intérêt de la recherche qualitative dans les pratiques infirmières.** Recherche en soins infirmières. Paris: 61, 2000.23-30.
- Fortin, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização.** Loures, Lusociência, 1999.
- Fragoeiro, Isabel Maria Abreu Rodrigues - **Comunicação com o idoso.** Coimbra: *Revista Sinais Vitais* 2000, 32: 10-12.
- Frederico, Manuela - **Organizações, trabalho e carreira.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2006.
- Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos - **Administração para enfermeiros.** Coimbra: *Formasau, Formação e Saúde*, Lda. 2000. 135-147.

- Frias, Cidália de Fátima Cabral - **A aprendizagem do cuidar e a morte.** Loures: Lusociência, 2003.
- Gameiro, Manuel Henriques - **O Sofrimento na Doença.** Coimbra: Quarteto Editora, 1999.
- Gandara, Maria Manuela; Lopes, Maria dos Anjos Pereira - **Cuidar em enfermagem: Uma novidade?.** Lisboa: *Enfermagem em Foco* 1993, Ano III, 9: 20-25.
- Garcia Baró, Miguel – **El dolor, um mau sentido. Crítica: el enigma del dolor.** Madrid: Ano 49, 865, 1999. 18-20.
- Gauthier, Benôit - **Investigação social: Da problemática à colheita de dados.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2003.
- Gauthier, Jacques H. M. [et al] - **Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 1998.
- Goleman, Daniel - **Inteligência emocional.** Lisboa: Temas e Debates; 2002.
- Gonçalves, Ferraz - **Controlo de sintomas no cancro avançado.** Lisboa: *Fundação Calouste Gulbenkian*, 2002.
- González Radío, Vicente - **Un análisis sociológico. “Crítica: el enigma del dolor”.** Madrid: Ano 49, nº 865, 1999. 21-24.
- Guarda, Hirondina; Galvão, Cristina; Gonçalves, Maria de Jesus - **Apoio à família** In: Barbosa, António; Neto, Isabel, Galriça - **Manual de cuidados paliativos.** Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa* 2006: 453-462.
- Guerra, Isabel Carvalho - **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso.** Estoril: Principia Editora, Lda.; 2006.
- Hacpille, Lucie - **A dor cancerosa e o seu tratamento: abordagem global em cuidados paliativos.** Lisboa: Instituto Piaget, 2000.
- Hampton, Tracy - **Desenvolvimento de um << tratado virtual>> sobre dor – Tentativa para remediar uma lacuna da educação médica.** Carnaxide: Jama, Publicisaúde, Edições Médicas, Lda., vol 2, 9. 2004. 716- 717.
- Hesbeen, Walter - **A reabilitação: Criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2002.

- Hesbeen, Walter - **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2000.
- Hesben, Walter - **Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2001.
- Hogan, Rosemarie – Cancro. In: Phipps, Wilma J. et al. - **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica.** 2.<sup>a</sup> ed., Vol. 1, Lisboa: Lusodidacta, 1999. 333-411.
- Honoré, Bernard - **Cuidar: persistir em conjunto na existência.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2004.
- Juan, Frederico Madrid; Alentorn, Xavier Gomez-Batista - **Afrontar el dolor en oncología.** Barcelona: J&C Ediciones Médicas, S.L., 2002.
- Karb, Virginia Burke - Dor. In: Phipps, Wilma J. et al. - **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica.** Vol. 1, 2<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lusodidacta, 1999. 303-330.
- Kazanowsky, Mary; Lacetti, Margaret Saul - **Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S. A.; 2005.
- Lage, Maria Gomes [et al] - **Educar para o cuidado reflectido.** Coimbra: *Revista Sinais Vitais* 2004, 53.
- Lazure, Helene - **Viver a relação de ajuda: abordagem técnica e prática de um critério de competência do enfermeiro.** Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- Leal Herrero, Fernando - **Psicopatología del dolor: dolor físico, dolor psíquico. “Crítica: el enigma del dolor”.** Madrid: Ano 49, 865 1999. 29-31.
- Lobo, Victor Amável da Costa Ferreira – **Assistência ao doente oncológico com dor em fase terminal.** “*Sinais Vitais*”. Coimbra: 20, 1998. 21-24.
- Lopes, José Carlos - **Relação enfermeiro instituição.** In: Patrão, Maria do Céu Neves; Pacheco, Susana -**Para uma ética de enfermagem.** Coimbra: Desafios. G.C. Publicações, Lda; 2004.109-125.
- Lopes, Manuel José – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações.** Gráfica, 2000.
- Marques, António Lourenço - **O dever de aliviar a dor e o acesso aos opioides.** In: Marques, António Lourenço; Neto Isabel Galriça- **Dor e cuidados paliativos.** Lisboa: Permanyer Portugal. 2003. 23-31.

- Marquis, Bessiel; Huston, Carol, J. - **Administração e liderança em enfermagem: Teoria e prática.** São Paulo: Artmed Editora, S. A.; 2005.
- Martins, Catarina Afonso - **A comunicação na equipa de enfermagem.** Coimbra: *Revista Sinais Vitais* 2000, 45: 43-46.
- Mateus, Paula; Amorim, Maria do Céu - **Terapias não farmacológicas no controlo da dor.** Coimbra: *Revista Sinais Vitais*, 42: 54-56.
- Matos, Pedro; Pereira, Maria da Graça - **Áreas de intervenção na doença oncológica** In: Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana: **O doente oncológico e a sua família.** Lisboa: Climepsi Editores, Sociedade Médico-Psicológica, Lda; 2005.15-25.
- Matos, Pedro; Pereira, Maria da Graça - **Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: Pertinência e objectivos gerais.** In: Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana: **O doente oncológico e a sua família.** Lisboa: Climepsi Editores, Sociedade Médico-Psicológica, Lda; 2005. 25-56.
- Meireles, Maria Amélia - **Aspectos éticos.** In: Queirós, Ana Albuquerque; Meireles, Maria Amélia; Cunha, Sara Raquel - **Investigar para compreender.** Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2007.
- Mendes, António, Eustáquio, Francisco J. S. - **Medos, crenças, mitos... representações sociais do cancro. “Nursing”.** Lisboa: 141, 2000. 20-22.
- Mercadier, Catherine - **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2004.
- Metzger, Christiane; Muller, André; Schwetta, Martine; Walter, Christiane - **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor – Modalidades de tratamento – Psicologia do doente.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002.
- Metzger, Christiane; Schwetta, Martine; Walter, Christiane - **Avaliação da dor.** In: Metzger [et al] – **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor - Modalidades de tratamento – Psicologia do doente.** Loures: Lusociência, edições Técnicas e Científicas Lda.; 2002. 159-182.
- Montenegro, Miguel - **Entre a etnometodologia de H. Garfinkel e a etnologia de R. Joulin.** [online] (acedido em 28/04/08). Disponível em <http://www.miguel-montenegro.com/Entre.pt.htm>.

- Moreira, Isabel Maria Pinheiro Borges - **O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família.** Coimbra: *Formasau, Formação e Saúde, Lda*; 2001.
- Muccillo, Nina - **O preparo do corpo após a morte: Aspectos culturais, cuidados físicos e emocionais.** In: Pimenta, Cibele A. de M.; Mota, dálete D. C. de F.; Cruz, Dina de A. de L. M. (coord) – **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e Psicologia.** Brasil: Editora Manole, Lda., 2006. 347-359.
- Muller, André; Schwetta, Martine - **Fisiologia e fisiopatologia da dor.** In: Metzger et al: **Cuidados de enfermagem e dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2002: 5-38.
- Muller, André; Schwetta, Martine. **Fisiologia Fisiopatologia da dor.** In: Metzger et al: **Cuidados de enfermagem e dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002. 5- 28.
- Murillo, E. - **Incidencia y prevalencia y etiologia del dolor.** In: Gomez-Batiste, X., et al. – **Cuidados paliativos em oncologia.** Barcelona: Editorial Jims, 1996.125-131.
- Nabais, António - **Visitas, laços com o exterior.** In: Vasco, Fernando (coord): **Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital.** Instituto de Apoio à Criança; 2006.
- Neto, Isabel Galriça - **O doente em fim de vida: Cuidados no domicílio.** In: Portela, J. Luis; Neto, Isabel Galriça - **Dor e Cuidados Paliativos.** Lisboa: Permanyer Portugal, 1999.
- Neto, Isabel Galriça - **Princípios e filosofia dos cuidados paliativos.** In: Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos.** Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006: 17-52.
- Neto, Isabel Galriça: **A dignidade e o sentido da vida.** In: Neto, Isabel Galriça; Aitken, Helena, Hernine; Isering Paladrön - **A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência.** Cascais: Editora Pergaminho, Lda; 2004.
- Neto, Luís Miguel; Azevedo, Ivete - **A nossa vida emocional.** Lisboa: Editorial Presença; 2003.
- Newstron - **Comportamento organizacional: O comportamento humano no trabalho.** MCgraw Hil; 2008.

- Niblett, Vicki - **Um ritual para todas as estações. “ Pensar Enfermagem”**. Vol. 5, 2, 2º semestre. 2001. 63-64.
- Oliveira, Irene Maria da Silva - **Vivências da mulher mastectomizada: Abordagem fenomenológica da relação com o corpo**. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2000.
- Ordem dos Enfermeiros - **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: *Cadernos OE*; 1: 2008.
- Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro - **Anotações e comentários**. Lisboa: OE; 2003.
- Osswald, Walter - **Entre o “curar” e o “cuidar”:** A humanização dos serviços de saúde. In: Neves, Maria do Céu Patrão; Pacheco, Susana: **Para uma ética de enfermagem**. Coimbra: *Desafios* 2004: 363-373.
- Pacheco, Susana - **Cuidar do doente em fase terminal: perspectiva ética**. Loures: Lusociência, 2002.
- Parracho, Margarida; Silva, Maria dos Anjos; Pisco, Rosa - **A enfermagem como elo de ligação entre o utente/família/comunidade (comunicação relação de ajuda)**. Coimbra: *Revista Sinais Vitais* 2005, 58: 65-66.
- Paúl, Maria Constança - **Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais**. In: McIntyer, Teresa Mendonça; Vila Chã, Carmo - **O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares**. Braga: Teresa Mendonça McIntyer e Carmo Vila Chã, 1995. 33-48.
- Pereira, Filomena, Santos; Coelho, Odete Ferreira - **Sensibilizar para a dor**. *Revista Sinais Vitais* 2002, 44: 23-25.
- Pereira, José Luís - **Gestão da dor oncológica**. In: Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa* 2006: 21-61.
- Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana - **O doente oncológico e a sua família**. Climepsi Editores; 2005.

- Pessini, Léo - **Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do quotidiano e os grandes dilemas.** In: Pimenta, Cibele A. de M.; Mota, Dálete, D. C. de F.; Cruz, Dina de A. L. M.(cord) - **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia.** Brasil: Editora Manole, Lda.; 2006: 45-66.
- Phaneuf, Margot - **Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira.** Coimbra: Edição “cuidar”, 1995.
- Phipps, Wilma J. et al. – **Enfermagem Médico-cirúrgica : Conceitos e Prática Clínica.** Lisboa: 4ª ed., Lusodidacta, 1999.
- Phipps, Wilma J.; Sands, Judith K.; Marek, Jane F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2003.
- Pimenta, Cibele A. de M.; Ferreira, Karine Azevedo São Leão - **Dor no doente com câncer.** In Pimenta, Cibele Andrucio de Mattos; Mota, Dálete D. C. C. de F.; Cruz , Dina de A. L. M. (cord.) - **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia.** Brasil: Editora Manole, Lda.; 2006: 124-192.
- Pimparel, Maria Margarida Teixeira; Marques, Carla Retroz - **Dor oncológica: guia prático.** Coimbra: Novartis, 1998.
- Pinto, José Manuel - **Adolescência e grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no (s) grupo (s) adolescente (s).** Coimbra: Tese de Doutoramento apresentado na Universidade de Coimbra. 2006.
- Pita, Ana - **Hospital, dor e morte como ofício.** São Paulo: Editora Anablume, Comunicação; 2003.
- Polit, Denise F. Hungler, Bernardette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernardette P.- **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Editora Artmed; 2004.
- Portugal, Ministério da Saúde - **Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século.** (1998-2002). Lisboa; 1999.

- Potter, Patrícia A.; Perry, Anne Griffin - **Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2006.
- Prado, Andréa Denise - **Dor crónica: instrumentos de avaliação**. Maio de 2007. [online] [acedido em 10/06/2008]. Disponível em <mhtml:file://E\2007%20aMaio%2013.mht>
- Queirós, Ana Albuquerque - **Metodologia: Enfermagem Pediátrica**. In: Queirós, Ana Albuquerque; Meireles, Maria Amália; Cunha, Sara Raquel: **Investigar para compreender**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2007: 83-97.
- Queirós, Ana Maria Correia Albuquerque - **Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.
- Querido, Ana; Salazar, Helena; Neto, Isabel Galriça - **Comunicação**. In: Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça. **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: *Faculdade de Medicina de Lisboa*: 2006. 357-395.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van - **Manual de Investigação em Enfermagem**. Barcelona, Ediciones Doyma, S.A., 1992.
- Raminhos, João André - **Mitos e representações sociais ligadas à doença oncológica**. Lisboa: *Enfermagem Oncológica* 2004. 28 e 29.
- Ramos, Marco - **Desafiar o desafio: prevenção do stresse no trabalho**. Editora RH; 2001.
- Renaud, Isabel - **Situações do corpo e a ética do cuidado**. *Cadernos de Bioética* 2004. 36: 5-21.
- Renaud, Michel - **Eugenismo e mito da perfeição**. “*Cadernos de Bioética*”. Coimbra: 1995. 15-28.
- Rito, Ana Cristina Fonseca Fernandes - **A dor e a prática de enfermagem: A dor como 5º sinal vital**. Tese de Dissertação de Mestrado em Oncologia. Apresentada na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: 2006.
- Rodrigues, Inês Gimenes, Zago, Márcia - **O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos**. In : Pimenta, Cibele A. de M.; Mota, Dálete D. C. de F.; Cruz, Dina de A. L. M. (coord) - **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia**. Brasil: Editora Manole, Lda.; 2006: 434-449.

- Ruiz Lopez, Ricardo - **Tratamiento del dolor: aspectos generales.** “*Rol*”. Barcelona: Ano XVI, n.º 178, 1993. 77-82.
- Russ, Jaqueline - **Dicionário de filosofia.** Plátano Editora. S. A.; 2000.
- Salazar, Helena - **A natureza do sofrimento em cuidados paliativos.** In: Marques, António Lourenço; Neto, Isabel Galriça - **Dor e cuidados paliativos.** Lisboa: Permanyer Portugal. 2003. 9-14.
- Sapeta, Ana Paula G. A.- **Estratégias não farmacológicas no tratamento da dor.** In: Marques, António Lourenço; Neto, Isabel Galriça. **Dor e cuidados paliativos.** Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. 33-45.
- Saraiva, Maria da Conceição - **O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados.** *Revista de Investigação em Enfermagem.* Lisboa 2003, 8, Agosto: 37-48.
- Saúde em Movimento - **Dor. Mensuração.** [online] 2008 [acedido em 11/05/08]. Disponível em [http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteúdoprint.asp?cod\\_noticia=39](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteúdoprint.asp?cod_noticia=39).
- Scopel, Evânea; Alencar, Márcia; Cruz, Roberto Moraes - **Medidas de avaliação da dor.** *Revista Digital.* Buenos Aires: ano11, 105, Fevereiro de 2007. [online] [acedido em 10/06/2008]. Disponível em <mhtml:file\\:E\Medidas%20de%avaliação20da%20dor.mht>
- Serra, Adriano, Vaz - **O stress na vida de todos os dias.** Coimbra; 2007.
- Serra, Adriano, Vaz - **Transtornos mediados pela ansiedade: perspectivas actuais do seu tratamento.** *Revista de Psicologia* 1989, VII, 1: 11-24.
- Serrano, Cláudia M. P; Pires, Pedro Miguel D. Ferreira - **A intervenção do Enfermeiro na dor.** “*Nursing*”. Lisboa: 148. 2000. 16-18.
- SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem - **Desafios de enfermagem em cuidados paliativos. Cuidar: ética e prática.** Loures: Lusociência, 2000.
- Silva, Lili Marlene H.; Zago Márcia Maria F. - **O Cuidado do paciente oncológico com dor crónica na óptica do enfermeiro.** *Revista Latino – Americana de Enfermagem.* Vol. 9, 4. Ribeirão Preto: 2001. [On line] 2006 [acedido em 12/05/ 2006]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400008).

- Smaltzer, Suzanne C.; BARE, Brenda. In: Brunner & Suddarth - **A enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005.
- Smeltzer, Susane C; Bare, Brenda G. – Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Vol. 1. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
- Sousa, Paulino Artur Ferreira - **As representações sociais**. “*Enfermagem Oncológica*”. Porto: Ano 1, 1, 1997. 58-62.
- Strauss, A. ; Corbin, J. - **Basies of qualitative research**. London: Sage; 1998.
- Streubert, Helen, J; Carpenter Dona R. - **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e científicas, Lda. 2002.
- Strongman, Kenneth, T. A. - **Psicologia da emoção**. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.
- Sullivan, Lynn Marie - **Factors influencing pain managemant: a nursing perspective**. *Journal of post anesthesia, Nursing* 1994, 2: 83-90.
- Swenson, Carol J. - **Gestão da dor**. In: Otto, Shirley E. - **Enfermagem em oncologia**. Loures: Lusociência, 3ª edição, 2000. 815-857.
- Teixeira, Elisabeth - **As três metodologias Acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Belém-Pará: Editora Unana; 2001.
- Teixeira, Joana Martins - **Os enfermeiros e a humanização que conceito**. *Revista Sinais Vitais* 2005, 59: 55-58.
- Trill, María Die; Imedio, Eulália López - **Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación com el enfermo y familia**. Madrid: Ades, Aula de Estudos Sanitários, S. L.; 2000.
- Tuckman, Bruce W. - **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2000.
- Twycross, Robert - **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, Lda, 2003.
- Urbano, Graça Pereira [et al] - **Aprender com a dor - do esquecimento ao alívio**. Porto: *Enfermagem Oncológica* 1999, 10, Abril: 30-55.
- Vala, Jorge - **Análise de conteúdo**. In: Silva, Augusto Santos; Pinto, José Madureira (org). **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

- Valadas, Maria Berjano - **A monitorização da Dor como Quinto Sinal Vital**. “*Sinais Vitais*”. Coimbra: 51, 2003. 19-23.
- Vieira, Margarida - **Ser enfermeira. Da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica, Editora Unipessoal, Lda.; 2007.
- Wall, Patrick - **Dor a ciência do sofrimento**. Âmbar. Porto: Ideias no Papel, S. A; 2007.
- Watson, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Loures:Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2002.
- Watzawick, Paul; Beavin, Janet Helmich; Jackson, Dond - **Pragmática da comunicação humana**. S. Paulo: SP: Editora Cutrix, Lda.; 2002.
- Who (World Health Organization) - Better **palliative care for older people**; 2004.
- Wright, Lorraine M. - **Espiritualidade, sofrimento e doença**. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.



## **ANEXOS**





## GUIÃO DE ENTREVISTA

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES
* Obter elementos, que permitam compreender como se sentem os enfermeiros, quando cuidam da pessoa com doença oncológica com dor em fase terminal.	* Como se sente, quando cuida da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal?
* Conhecer os métodos que utilizam os enfermeiros para identificar a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.	* Como identifica a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal?
* Identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros, na avaliação da dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.	* Que métodos utiliza na avaliação da dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal?
* Identificar os recursos utilizados pelos enfermeiros para aliviar a dor da pessoa com doença oncológica em fase terminal.	* Que recursos utiliza para o alívio da dor, quando cuida da pessoa com doença oncológica em fase terminal?
* Recolher elementos sobre o agir quotidiano dos enfermeiros relacionados com os aspectos, que valorizam no cuidar da pessoa com doença oncológica com dor em fase terminal.	* O que considera ser necessário, para cuidar da pessoa com dor e com doença oncológica em fase terminal?





