

**CONCURSO PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM
DA SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS
2ª Edição**



Dor 5º Sinal Vital



**GRUPO DINAMIZADOR DOS PQCE – DOR 5º SINAL VITAL
IPOLFG, E.P.E.**



**CONCURSO PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM
DA SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS
2ª Edição**



Dor 5º Sinal Vital

“Avaliar a dor apenas pela sua intensidade é como descrever a música unicamente pelo seu volume”

Dr. Carl van Bayer

Isabel Castanheira

Fátima Naves

Isabel Santos

Marta Lameiras

Selma Faustino

**GRUPO DINAMIZADOR DOS PQCE – DOR 5º SINAL VITAL
IPOLFG, E.P.E.**



Outubro 2015

Alf

Lista de siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

FDRE – Folha Diária de Registos de Enfermagem

IPOLFG, E.P.E. – Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil, Entidade Publica Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPQCE – Projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SCD/E – Sistema Classificação de Doentes em Enfermagem

Enquadramento conceptual

O Projecto de Melhoria Continua – Dor 5º Sinal Vital insere-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem desenvolvidos e implementados no Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil. “Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária.”, como referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001), este projeto enquadra-se no Enunciado Descritivo Prevenção de Complicações.

Assim, temos vindo a desenvolver um trabalho no domínio específico da Dor. Este Projecto visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros da instituição onde prestamos cuidados.

Na construção deste projecto foram pilares, a saúde visando o “controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2001) e a pessoa pois, sendo o doente o primado dos nossos cuidados, o alívio da dor é fundamental.

O enfermeiro tem revelado ser o “pivot” dentro da equipa de saúde, realizando a articulação entre o doente, os cuidados de saúde, o cuidador principal e as várias instituições que o cuidam.

“...Consustanciável em alguma lei, o alívio da dor deveria ser um dos direitos básicos do homem, limitado apenas pelo conhecimento das formas de o alcançar.” (Melzack e Liebesking 1987)

1. Identificar e descrever o problema

A dor é um sintoma complexo, experimentado por todos os seres humanos mais cedo ou mais tarde ao longo da vida. Faz parte dos focos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como um dos focos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (OE, 2007).

Segundo o relatório do Pain Proposal, “Cerca de 36% da população adulta portuguesa sofre de dor crónica, sendo que em quase metade dos casos (16%) a dor é moderada ou forte” (Castro Lopes et al, 2010). O impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é superior ao provocado por outros sintomas crónicos, pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que implica nas actividades de vida diária do doente. “Aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica referem que a dor afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi feito o diagnóstico de depressão” (Castro Lopes et al, 2010).

A dor associada ao cancro está presente em quase metade dos doentes oncológicos ao longo das várias fases da doença mas , em situação avançada/terminal , chega a afectar 70 a 90% dos mesmos.(Gonzalez B. et al, 1996 e Regan et al, 2000).

“As repercussões socioeconómicas da dor são significativas pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica. Os custos indirectos são também muito elevados, designadamente devido à perda de produtividade pelo absentismo, presenteísmo, atribuições de compensações e subsídios.” (Direcção Geral da Saúde (DGS), 2012).

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012) a dor não deve ser causa de sofrimento desnecessário, deve ser avaliada e registada (Circular Normativa Nº 09 DGS, 2003).

Sendo o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (IPOLFG, E.P.E.) um Centro Oncológico Multidisciplinar de referência, que tem como primado “o doente em primeiro lugar”, a problemática do Controlo da Dor é uma constante e a constituir-se como um foco de atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, por esse fato, tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor, dando visibilidade às suas acções autónomas e /ou interdependentes que promovem o conforto e alívio da dor. Tem de integrar uma correcta avaliação e intervenções adequadas à

pessoa. O controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que oferece a oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, e a sua relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (OE, 2007).

Esta linha de pensamento é consubstanciada por Doran et al que identificam como ganhos em saúde: o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a dor, segurança/controlo de efeitos adversos, as estratégias de adaptação eficazes, a satisfação com os cuidados, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde (Doran et al 2011).

Data de 2003 a Circular Normativa nº 09 (DGS, 2003) que prevê a implementação da Dor como 5º Sinal Vital em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, determinando a sua avaliação de modo contínuo e regular.

Em 2004, na sequência do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica, uma enfermeira da Instituição inicia um Projecto de Implementação da Dor como 5º Sinal Vital num dos Serviços do IPOLFG, EPE – o Serviço de Cirurgia de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço.

No âmbito desse Projecto, foram introduzidas modificações na Folha Diária de Registos de Enfermagem (FDRE) em vigor, à altura, na instituição: incorporadas a Escalas de Avaliação da Intensidade da Dor propostas pela Circular Normativa e indicações para a avaliação de outras características da dor; foram realizadas formações a todos os enfermeiros do Serviço sobre a avaliação da dor e forma de registo na folha, bem como sobre a importância do registo de intervenções e do resultado das mesmas. O objectivo era que este Serviço funcionasse como Serviço Piloto das medidas desenvolvidas em prol da valorização da dor, sujeito, por isso, à avaliação posterior das mesmas.

Em Fevereiro de 2005, três meses após o início da implementação da avaliação e registo sistemático da dor, procede-se à avaliação do processo, no Serviço citado, através da análise dos registos de dor na FDRE.

Ainda em 2005, e na sequência do trabalho já realizado na área da dor, iniciou-se na Instituição a implementação do projecto “Dor como 5º Sinal Vital”, através da criação de

um grupo de trabalho que envolvia vários enfermeiros. Este projecto tinha como objectivo implementar a avaliação contínua e regular da dor e a melhoria dos registos na área da dor. Este grupo de trabalho realizou várias formações aos enfermeiros da Instituição sobre a avaliação da dor e forma de registo na FDRE, bem como a importância do registo das intervenções e do resultado das mesmas. De forma a esta formação ser replicada a todos os enfermeiros do IPOLFG foram definidos “Elos de Ligação da Dor” nos respectivos serviços, que tinham como objectivo replicar no seu serviço a formação ministrada pelo grupo de trabalho, de modo a envolver todos os enfermeiros da Instituição.

A então dissolução do grupo de trabalho responsável pela implementação da Dor, inviabilizou o processo de acompanhamento dos “Elos de Ligação” e, consequentemente, comprometeu a sedimentação do processo de avaliação e registo sistemático da Dor nos diferentes Serviços.

No ano de 2008, no âmbito dos projectos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e, mantendo-se interesse especial nesta área de cuidados, foi criado o Grupo Dinamizador da Área de Intervenção – Dor 5º Sinal Vital, que voltou a debruçar-se sobre esta temática, e elaborou um Projecto de Melhoria Contínua da Qualidade. Em reunião com a OE em Fevereiro de 2011, foi-nos proposto inflectir o rumo do Projecto de modo a perceber/medir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Dessa forma, identificou-se como novo problema o fato de **“a presença de dor no doente oncológico poder estar presente na ocasião do diagnóstico, e em 60 a 100% dos doentes surgir com a progressão da doença”**

2. Perceber o problema

Vários estudos demonstram que apesar do desenvolvimento na área médica no controlo da dor, muitos doentes ainda vivenciam dores intensas a insuportáveis. Esse problema deve-se a inadequação da detecção, avaliação, monitorização e tratamento da dor (Breivik H. et al 2006).

A bibliografia consultada identifica, o inadequado controlo sintomático da dor com impacto negativo nas diferentes dimensões do viver humano: qualidade de vida, estado funcional, auto cuidado, percepção sobre o estado de saúde, função cognitiva, sexualidade.

Para além da dimensão sensitiva, a dimensão psicológica, constituída pela emoção/percepção com que é vivenciada a dor, e a dimensão reactiva/comportamental à mesma são descritas classicamente. Nelas intervêm factores como: as crenças e valores culturais de cada pessoa, a experiência anterior em relação à dor, a personalidade, a idade e o ambiente envolvente. De acordo com Deodato (2003), a dor “é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam.”.

Martins e Travanca (2003), citando, Mac Lellan (1997), referem que também a atitude do doente é fundamental no sucesso ou não da terapêutica analgésica, referindo os mitos e preconceitos do próprio doente face à dor. Segundo estas autoras, os estudos mencionam alguns destes mitos: a inevitabilidade da dor face à cirurgia, daí alguns doentes só se queixarem de dor quando já está instalada, e um terço dos doentes encarar a dor como fortalecedora do seu carácter. Para melhorar a abordagem do doente com dor, as mesmas autoras (2003) referem que estudos de Harmer (1991), Hamilton e Edgar (1992) e Rawal e Beiggren (1994), apontam para a necessidade de formação a médicos e enfermeiros, bem como de informação e educação dos doentes, aliadas à necessidade de reaprender e potenciar a utilização de recursos já existentes.

Nos doentes oncológicos a dor é dos sintomas com maior prevalência e um dos aspectos mais temidos. No Livro de Actas do 1º Workshop sobre Dor Oncológica em Portugal (PAIN 2004), é referido que a dor moderada ou intensa ocorre em 30 a 40% dos doentes por ocasião do diagnóstico e que em 2/3 dos doentes (60% a 100%) surge com a progressão da doença. Autores como Cleeland et al. (1996) e Twycross (2003), referem ainda que, na maioria dos doentes oncológicos, a dor tem mais que uma origem e nem todas as dores são directamente atribuíveis ao próprio cancro, mas também ao seu tratamento (17%), debilidade (9%) ou outras doenças concomitantes (9%).

O inadequado tratamento da dor, nomeadamente o tratamento da dor oncológica permanece um problema. Segundo Camargo (2003), citado por Ritto (2004), o primeiro passo para a resolução desta situação parece ser o reconhecimento da mesma como uma prioridade. A mesma autora refere que a valorização de qualquer sinal vital é a sua avaliação e registo, tornando-o visível, de modo a poder gerar ou não, medidas adicionais de apoio. O mesmo se verifica em relação à dor, pois, apesar da sua subjectividade, caso não se avalie nem se registe sistematicamente, não é possível planear e desenvolver acções que tenham como objectivo o controlo analgésico adequado.

Recorrendo-nos, mais uma vez, do Livro de Actas do 1º Workshop sobre Dor Oncológica em Portugal (PAIN 2004), foram identificadas como principais barreiras ao tratamento adequado da dor oncológica: a falta de formação profissional pré e pós-graduada e a falta de informação ao doente e à comunidade, o que vem confirmar o já anteriormente enunciado em relação a outros tipos de dor. Estas barreiras têm sustentado o défice de comunicação entre estruturas, profissionais e doentes e alimentando mitos em relação à dor, doença, tratamento e fármacos. Constrangimentos estruturais como a escassez de recursos humanos, económicos e outros, parecem influenciar também o inadequado tratamento da dor oncológica em Portugal

Entidades oficiais como o Ministério da Saúde que, através da sua Direcção Geral lança o Plano Nacional de Luta contra a Dor e a Circular Normativa que eleva a Dor à categoria de 5º Sinal Vital, confirmam a noção da importância de valorizar a dor no nosso país, contribuindo para que o seu controlo possa ser uma realidade.

A avaliação da dor é o início de uma cadeia de acções que têm como objectivo o seu alívio. Se a dor não for sistematicamente avaliada, não serão desenvolvidas intervenções adequadas à sua intensidade, e não será permitida a continuidade de cuidados efectivos com vista a minorar a dor do doente.

Assim, para que o profissional de saúde valorize a dor, fenómeno tão complexo, no doente que cuida, terá que estar desperto para ela pela formação recebida, interiorizando a importância e consequências que a dor pode ter na pessoa que a experiencia.

A. Silva (2003), citada por Paiva (2004), refere que “O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma

lógica progressivamente mais conceptual”. Os enfermeiros têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimentos de enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências.

Embora os protocolos/normas para abordagem da dor do doente sejam importantes para a normalização de condutas é fundamental que esta seja individualizada, tendo em conta a dor como fenómeno complexo e multidimensional.

Verificou-se num estudo (Lameiras, 2009) que surgem dificuldades/barreiras na avaliação da dor. Se a avaliação da intensidade e de outras características da dor podem constituir uma intervenção autónoma do enfermeiro, as acções desenvolvidas para o seu alívio são em muitas situações interdependentes de prescrições médicas formalizadas ou que necessitem dessa diligência por parte do enfermeiro. Por trás da administração de uma determinada terapêutica antiálgica estão, muitas vezes de forma invisível, o interesse e o empenho do enfermeiro no alívio da dor do doente. Os responsáveis desta deficiente visibilidade são os próprios enfermeiros que não registam no processo do doente as diligências efectuadas (Ritto, 2004). O mesmo acontece com o registo das terapêuticas não-farmacológicas efectuadas de forma independente que permitem o alívio da dor do doente. Temos pois de ter em consideração que “As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas.” (OE, 2013)

Nunes refere “que pode fazer diferença para as pessoas, e para os ganhos em saúde, a acção autónoma dos enfermeiros” (Nunes, 2006). E ainda, de acordo com o mesmo autor “os enfermeiros prestam cuidados sempre de forma autónoma. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões também).”

Vários foram os estudos nacionais e internacionais realizados com o intuito de tornar mensuráveis ou visíveis os resultados em saúde sensíveis ao cuidado de enfermagem, dos quais se destaca o estudo desenvolvido pela teórica de enfermagem Doran que considera

indispensável a existência de um referencial teórico: cuidados de enfermagem centrados na pessoa para incrementar os resultados desejáveis em saúde. Esta teórica considera o controlo da dor como um ganho em saúde (Doran et al, 2011).

Os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem podem-se definir como todos aqueles que são relevantes, baseados no domínio e intervenção de enfermagem, para os quais existe evidência empírica que relacione o acto do enfermeiro e o resultado da intervenção. (Doran et al., 2011).

Sem uma correcta avaliação e sem o inevitável registo que lhe confira visibilidade, não podemos falar em valorizar a dor. As intervenções desenvolvidas em função da avaliação efectuada, que consistem, ao fim e ao cabo, no seu tratamento, monitorizadas continuamente por avaliações subsequentes, constituem os elementos chave da valorização e reconhecimento da dor.

De acordo com Rosado (2003) “Os enfermeiros que estão em contacto continuado com a dor e o sofrimento do doente, são cada vez mais estimulados a reflectir sobre as suas práticas no reconhecimento da dor, desenvolvendo um novo olhar sobre a importância de se aperfeiçoar a utilização de instrumentos de avaliação da dor.”.

De acordo com a Circular Normativa N.º 09 de 14/06/03 emanada pela DGS, devem existir regras de aplicação das escalas de avaliação que os profissionais que as utilizam devem interiorizar e ter presentes. A escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma; a todos os doentes a quem se aplica a escala seleccionada deve ser feito ensino prévio relativo à sua utilização, devendo o profissional de saúde habilitado a fazer esta avaliação, assegurar-se de que o doente compreende perfeitamente o significado e o modo de utilização da mesma; é de importância crucial que a intensidade da dor registada seja sempre a referida pelo doente, correspondendo apenas ao momento da sua avaliação.

Nos registos de enfermagem o enfermeiro deverá incluir, além da intensidade da dor, da forma mais objectiva possível, outras características da dor do doente, sempre que existirem alterações em relação às descritas na primeira avaliação (localização, tipo, duração/carácter, períodos de exacerbação, etc.), bem como as estratégias de intervenção

que desenvolveu para lhe dar resposta. Esta actuação, no caso do doente internado, pode incluir a administração de medicação terapêutica analgésica de resgate (vulgarmente designada de SOS), e o registo dos resultados obtidos; os contactos efectuados com o médico do doente, o médico de urgência ou outros e o registo das respectivas alterações terapêuticas realizadas assim como dos resultados anti-álgicos, se já forem visíveis; o desenvolvimento de estratégias não farmacológicas já experimentadas pelo doente com resultados anti-álgicos ou a aplicação de outras que entenda ser sensato e esteja habilitado a realizar, registando a resposta do doente às mesmas. Desta forma, é possível visualizar através dos registos a evolução álgica do doente, permitindo e promovendo a continuidade de cuidados ao mesmo.

3 – Formular objectivos iniciais

O nosso projecto tem um historial com início em 2004, com objectivos que foram sendo delineados à medida que o projecto foi evoluindo como se pode verificar no ponto seguinte, e que têm como finalidade:

- Implementar a avaliação e o registo da dor num serviço de cirurgia;
- Sensibilizar os enfermeiros da instituição para a área de intervenção e para o projecto de melhoria;
- Implementar a avaliação e o registo da dor como 5º Sinal Vital nos serviços;
- Melhorar os registos de enfermagem na área de intervenção “dor como 5º sinal vital”;
- Capacitar os enfermeiros para intervirem melhor no controlo da dor (conhecimentos, treino);
- Melhorar o controlo da dor nos doentes oncológicos;
- Contribuir para a qualidade de vida dos doentes com dor e humanização dos serviços de saúde.

4 - Perceber as causas

Em 2005, após a implementação do projecto “dor como 5º sinal vital”, num serviço de cirurgia, realizou-se a análise da avaliação sistemática da dor, através da consulta dos registos realizados nos processos clínicos dos doentes internados nesse serviço. A análise mostrou que a mesma não era, ainda, uma realidade: 14% da amostra total analisada (um total de 858 registos) mostrava ausência de registos de avaliação da intensidade da dor (Ritto, 2004).

Para dar continuidade ao projecto de implementação da dor como 5º sinal vital, foi constituído um grupo de trabalho, que desenvolveu várias estratégias, nomeadamente:

- Inclusão das escalas de avaliação de intensidade da dor nos diversos modelos de registo em uso na instituição (indicador de estrutura);
- Formação dirigida aos enfermeiros “elos de ligação da dor 5º sinal vital”, designados nos diferentes Serviços de Internamento e abrangendo temáticas como a avaliação da dor, as intervenções, as reavaliações e os registos associados;
- Replicação da formação e seus conteúdos pelos elos aos restantes elementos dos respectivos serviços;
- Revisão e actualização da norma “Dor 5º Sinal Vital”, substituindo-a pela norma “Avaliação e Registo da Dor” (indicador de estrutura).

Em Junho de 2008, no âmbito do projecto dos PQCE, e mantendo-se interesse especial nesta área de cuidados, foi criado o Grupo Dinamizador da Área de Intervenção – Dor 5º Sinal Vital, que voltou a debruçar-se sobre esta temática, e elaborou um projeto de melhoria contínua da qualidade, em que o problema identificado inicialmente era o registo não sistemático da avaliação da dor, por parte dos enfermeiros.

Há a considerar, no entanto, que a dor é subjectiva, não sendo a sua avaliação tão linear como o é a dos outros sinais vitais em que o registo dessa avaliação corresponde a um dado mensurável objectivamente. A dor também é mensurável, no entanto, o seu registo vai corresponder a um valor atribuído pelo próprio doente condicionado pelos vários factores anteriormente descritos, ou na sua impossibilidade por escalas de heteroavaliação validadas para a população portuguesa.

A escolha de um instrumento para medir a dor deve, antes de mais, ser de fácil aplicabilidade, adequar-se ao nível de compreensão do doente e ao contexto de dor que lhe está associado. Para o profissional que o aplica revela-se útil que a intensidade

corresponda qualitativamente a um determinado grau de dor. Existem disponíveis para o efeito várias escalas.

Como forma de monitorizar o problema e as intervenções de melhoria, foi necessário recorrer a indicadores de qualidade, em que o conceito mais adequado parece ser aquele que o define como medida objectiva e definida daquilo que se pretende conhecer, indicando a dimensão da realidade.

Tendo esta noção por base, os Indicadores traçados devem, fundamentalmente, permitir avaliar o cumprimento da Norma: “Avaliação e Registo da Dor” em vigor na Instituição. Atendendo a que na Norma é explícito que outras características da dor que não a Intensidade devem ser referidas quando da avaliação inicial e, novamente, apenas se surgirem alterações, parece pertinente definir, em primeira instância, um Indicador que reflecta o padrão de registo da Intensidade da dor. Não devemos esquecer que, embora outras características da dor figurem no memorando das diversas Folhas de Registo e a sua valorização seja importante para uma correcta caracterização e adequado tratamento da dor, é unicamente o registo sistemático da sua Intensidade que é preconizado, também, pela Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde, de 14/06/2003, que prevê a implementação da Dor como 5º Sinal Vital em todos os Serviços prestadores de cuidados de Saúde.

Foram definidos 3 indicadores de Qualidade:

- Taxa de Registo Contínuo da Avaliação da Intensidade da Dor - (registo da Intensidade da mesma através de qualquer uma das Escalas de Avaliação constantes da FDRE, pelo menos uma vez em cada turno de enfermagem, durante 24h.)
- Taxa de Registo das Intervenções Desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor (as medidas farmacológicas ou não farmacológicas adoptadas pelo enfermeiro em função da Intensidade da dor.
- Taxa de Registo da Avaliação das Intervenções (o registo quantitativo da Intensidade da dor ou o registo qualitativo da mesma, em notas de enfermagem, após o desenvolvimento destas).

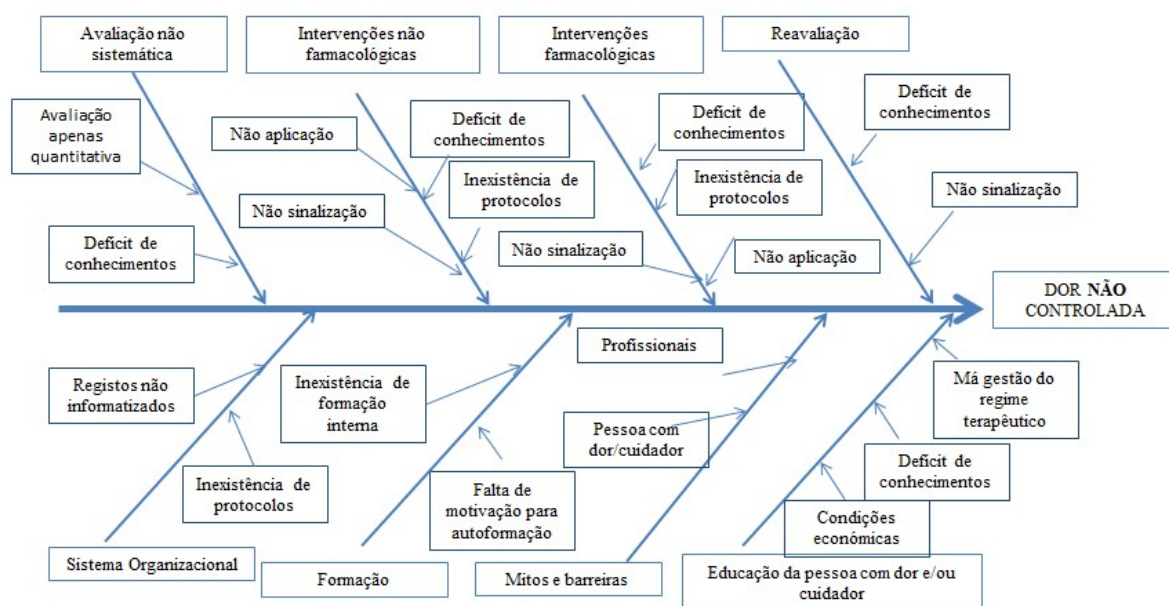
A monitorização dos 3 indicadores foi realizada através de 213 auditorias aos registos de enfermagem, nos 7 Serviços de Internamento já sujeitos às auditorias ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) Serviço de Ginecologia, Urologia, Pneumologia e Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Serviço de Cirurgia de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço; Serviço de Cirurgia Geral; Serviço de Pediatria; Serviço de Hematologia e Serviços de Oncologia Médica I e II.

Da análise global das auditorias realizadas nos 7 serviços, obtiveram-se os seguintes resultados:

- Taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor – 46,5%
- Taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor – 85,9%
- Taxa de registo da avaliação das intervenções – 94,7%

Perante as evidências encontradas, e como tinha sido quantificado como objectivo de melhoria o valor de 75% nos indicadores traçados, foi sentida necessidade de realizar novamente formação dirigida aos enfermeiros, nos serviços auditados, com a finalidade de incrementar a taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor.

Posteriormente realizou-se uma análise de causa-efeito através de métodos de brainstorming, o que permitiu compreender melhor o problema. Após esta análise construiu-se um diagrama de causa e efeito. Conclui-se desta forma que são diversas as razões que podem levar a uma dor não controlada.



Se na fase inicial do projecto a preocupação principal foi o processo de avaliação da dor no doente, numa fase subsequente procura-se centrar a atenção nos casos de dor não controlada e em perceber/medir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Considerando os resultados das auditorias anteriores, a sugestão da OE e a bibliografia consultada, definiu-se o problema, presentemente da seguinte forma:

A dor no doente oncológico pode estar presente na ocasião do diagnóstico, e em 60 a 100% dos doentes surgir com a progressão da doença.

5 – Planear e executar as tarefas/actividades

Face ao problema definido, delineámos como objectivo principal:

- Reduzir a percentagem dos doentes internados no IPOLFG, E.P.E (< 60%) que referem dor não controlada.

Objectivos específicos:

- Monitorizar a prevalência de dor nos doentes internados nos serviços (com adesão ao SCD/E)
- Reduzir a intensidade da dor dos doentes internados após intervenção de enfermagem

Mantiveram-se os iniciais Indicadores de Qualidade, (Check List – Tipo de dados – processo e resultados) para proceder a análise comparativa e de evolução e, adicionaram-se outros indicadores de modo a medir-se os ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem.

Definiram-se assim outros indicadores de qualidade como:

- Taxa de prevalência de doentes com dor - (Taxa de prevalência é a relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem, neste caso Dor, durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período, que consideramos o/os dia/dias em que se realizaram as auditorias nos diferentes serviços). (Check List – Tipo de dados processo)
- Taxa de redução de intensidade da dor nos doentes após intervenção de enfermagem – (Considerámos diminuição de dor sempre que houve diminuição de um grau na escala de avaliação, independentemente da escala utilizada). (Check List – Tipo de dados – resultados).

Para o efeito cumpriram-se as fases do projecto, segundo o seguinte cronograma:

Planeamento	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011
Reuniões				
Alteração da folha de colheita de dados				
Pré teste				
Recolha de dados				
Tratamento e análise de dados				

O Universo foi constituído pelos Registos de Enfermagem efectuados na FDRE dos Serviços de Internamento já sujeitos às auditorias do SCD/E. (Check List – Fonte de dados e tipo de avaliação – interna)

A amostra foi constituída pelo mesmo número de auditorias realizadas na 1ª fase do projecto, ou seja, 213 auditorias, de modo a garantir a fiabilidade e comparação com os resultados anteriores. A colheita de dados foi realizada pelos elementos do grupo entre Outubro e Novembro de 2011, (Check List – Quem colhe os dados e como, e relação temporal)

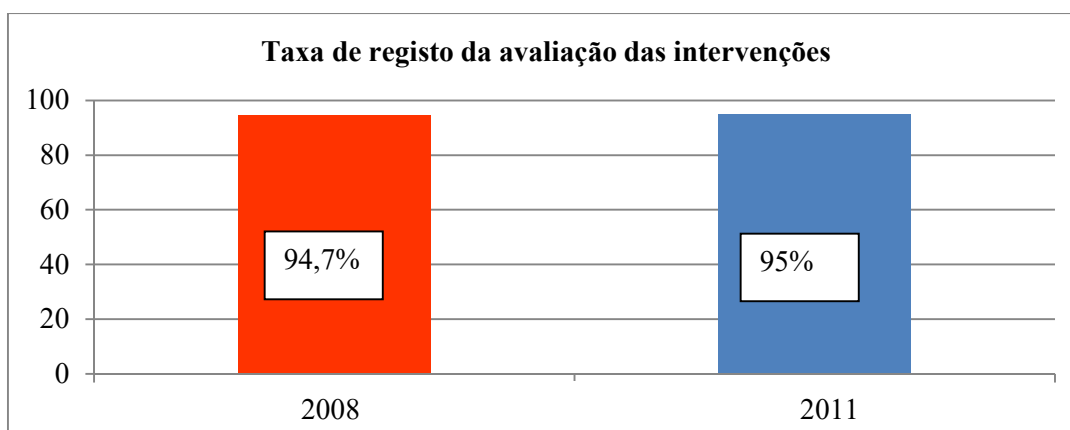
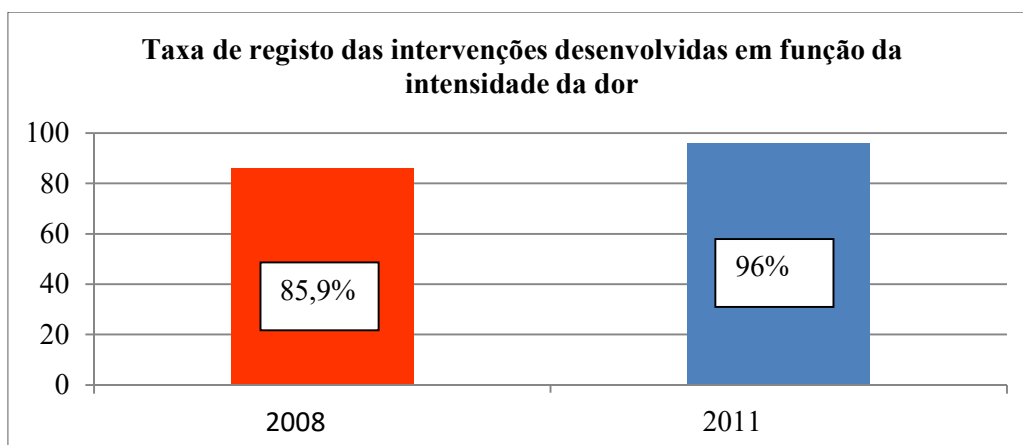
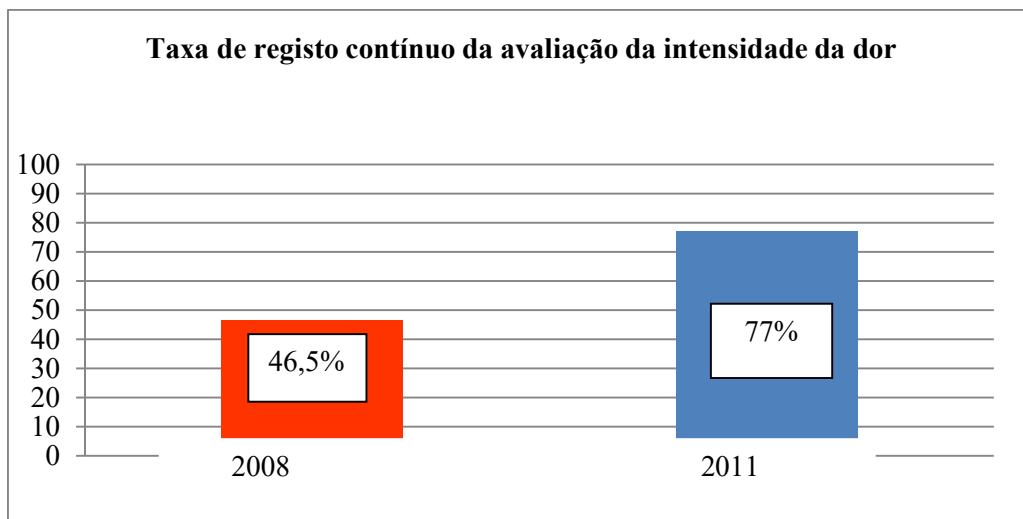
Alteraram-se alguns itens da folha de colheita de dados, permitindo assim a avaliação dos parâmetros em análise na FDRE. Criaram-se igualmente novos critérios a ter presentes durante a colheita de dados, (Check List – Critérios de avaliação – critérios normativos)

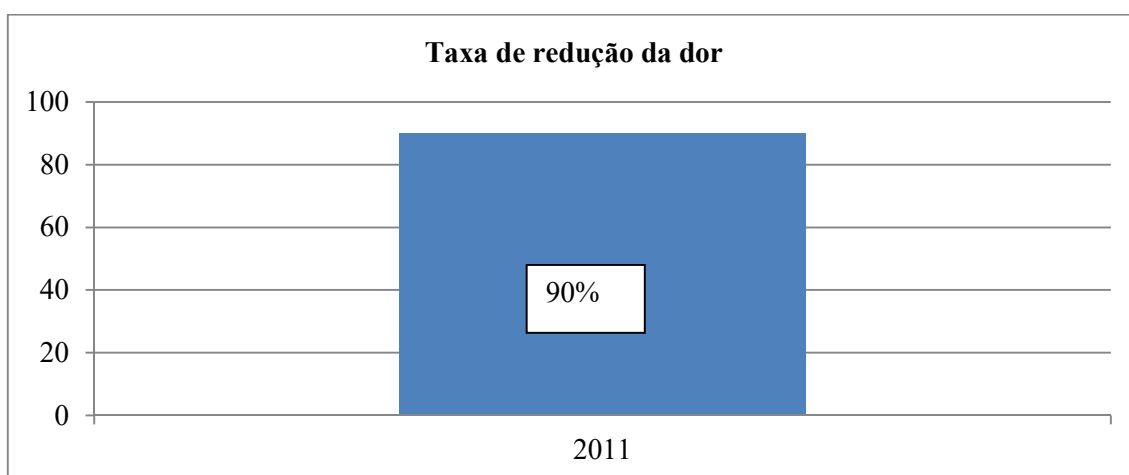
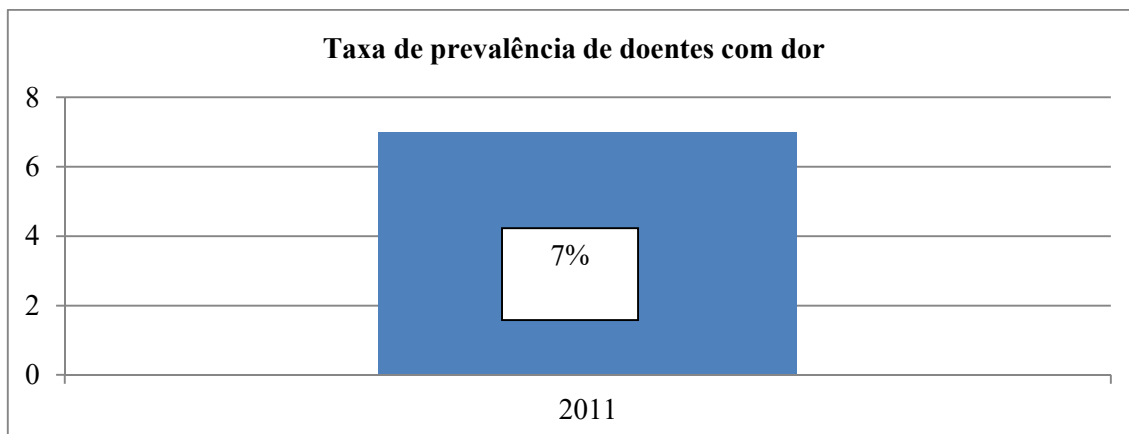
No instrumento de colheita de dados identificou-se o Serviço auditado, a data em que foi realizada a auditoria, a idade e o sexo do doente. A auditoria foi realizada em relação aos três turnos diários de enfermagem. A grelha é constituída por cinco parâmetros

- Escala de avaliação utilizada
- Características da Dor (Avaliação qualitativa e quantitativa);
- Intervenções desenvolvidas, divididas em farmacológicas, não farmacológicas ou mistas;
- Avaliação das intervenções;
- Resultado das intervenções, ou seja, se a intensidade da dor diminui após a intervenção.

6 – Verificar os resultados

Os dados são apresentados na sua globalidade, referentes aos serviços auditados na instituição. Após a análise dos resultados foram obtidos os seguintes valores:





Como já foi referido, pretendia-se obter um valor superior a 75% em 4 dos indicadores monitorizados.

Em 213 processos auditados, 7% dos doentes referiram dor, obtendo-se nesta amostra um valor de 7% como taxa de prevalência de doentes com dor.

Este valor de 7% é significativamente baixo, tendo em conta o que nos diz a literatura (Castro Lopes et al, 2010, P.A.I.N. 2004). É um valor animador no percurso que tem sido feito.

7 - Propor medidas correctivas, standardizar e treinar a equipa

Foi elaborado um novo cronograma:

Planeamento	2012	2013	2014	2015 ...
Reuniões				
Apresentação dos resultados das segundas auditorias				
Revisão da Norma Clínica de Enfermagem				
Elaboração dos instrumentos de avaliação de dor				
Formações aos Elos de Ligação				
Novo PDCA				

Após a segunda série de auditorias, sentimos necessidade de rever a norma clínica de enfermagem, de acordo com as novas e mais recentes indicações referentes à avaliação da dor e tendo presente a importância da visibilidade das intervenções autónomas dos enfermeiros. Assim, demos ênfase às intervenções não farmacológicas, não descurando as farmacológicas, consolidando as competências na área da avaliação da dor e dos registos de enfermagem. Surgiu então a Norma Clínica de enfermagem nº 54 – Avaliação, intervenções e registos de Enfermagem para o controlo da dor, promulgada a 7 de outubro de 2014 (Anexo 1).

Posteriormente foi feita a apresentação da norma clínica de enfermagem a chefes de serviço, elementos responsáveis e elos de ligação da dor desta instituição. A divulgação junto dos enfermeiros da instituição ficou a cargo dos elos de ligação de cada serviço, estando o grupo dinamizador sempre disponível para qualquer esclarecimento, em serviços sem elo de ligação a divulgação ficou a cargo do grupo dinamizador.

Para facilitar a implementação das escalas de avaliação de dor, autoavaliação e heteroavaliação foi elaborado pelo grupo dinamizador um quadro com as respectivas escalas, a colocar por exemplo a nível dos monitores de tensão arterial de modo a estimular a avaliação da dor. (Anexo 2)

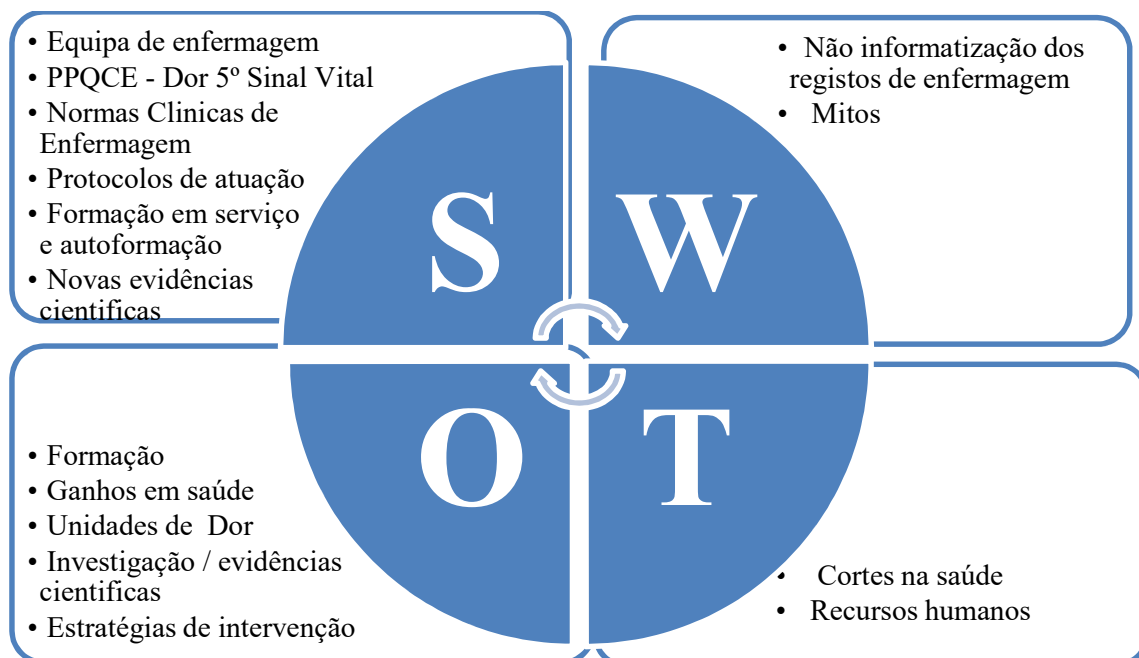
Actualmente o processo de monitorização continua em todos os serviços da instituição, através de auditorias, é considerado como essencial para a manutenção dos níveis de qualidade dos indicadores. Pretende-se ainda iniciar a monitorização de um novo

indicador, que nos permitirá avaliar o grau de satisfação dos doentes em relação ao controlo da dor.

8- Reconhecer e partilhar o sucesso

No seguimento das acções de monitorização que foram realizadas, considerou-se essencial efectuar uma reflexão no grupo sobre o modo como todo o projecto fora conduzido.

Realizando uma análise SWOT (em português FOFA ou FFOA), uma análise onde são referenciados as Forças a nível do ambiente interno ou seja o que ajuda, os pontos fortes (Strenghts); as Fraquezas o que atrapalha no ambiente interno, os pontos fracos (Weaknesses); as Oportunidades no ambiente externo (Opportunities) e as Fraquezas, ameaças no ambiente externo (Threats), da situação temos:



Gostaríamos de mencionar, que devido a contingências várias, nomeadamente a nível da Instituição com carência de recursos humanos e rotatividade elevada dos mesmos, tem resultado em implicações negativas na dinamização do Projecto a nível dos serviços. Por

outro lado, esta problemática também tem tido repercussões a nível do grupo de trabalho actual – dificuldades em conjugar horários, diminuição do número de elementos, com sérias implicações na continuidade do Projecto. Nos últimos dois anos o grupo tem trabalhado, sobretudo, na sedimentação da formação interpares sempre que oportuno, e realizado algumas formações em serviços que a solicitaram. Contudo, não foi possível realizar novas auditorias, situação que pretendemos ultrapassar assim que possível.

Não podemos deixar de referir toda a disponibilidade demonstrada pela Direcção de Enfermagem às nossas propostas, sugestões e alterações, nomeadamente no referente à norma clínica de enfermagem. Realçamos ainda o papel preponderante dos elos de ligação da dor na divulgação dos resultados das auditorias, dos pontos fortes e dos menos bons em cada serviço, propondo e implementando estratégias adequadas. Agradecemos também, aos enfermeiros chefes dos serviços auditados pela disponibilidade demonstrada durante todo este processo e pelo interesse na implementação da norma.

Terminamos com um especial agradecimento à equipa de enfermagem da instituição, pelo esforço contínuo na implementação da norma e, também, pelo interesse na temática, disponibilidade demonstrada e sensibilidade a esta melhoria, fundamental na instituição. Imprescindível a colaboração e o empenho de todos os enfermeiros para que a implementação da dor como 5º Sinal Vital no IPOLFG E.P.E. seja uma realidade.

Bibliografia

Breivik H, Collett B Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. Eur j Pain ; 10:287-333.

Deodato, S. (2003) – Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão. Dor, vol. 11 (4), p. 29.

Castro Lopes, J. M. et al (2010) – Pain proposal – A Dor Crónica em Portugal - consultado em:

https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

Cleeland, C.& Sloan, J (2010). Assessing the symptoms of cancer using patient reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 1077-1085.

Direcção Geral de Saúde (DGS). (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (DGS). (2012). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde

Doran, D. ; Mildon, B & Clarke, S. (2011) Towards a national report card in nursing : a knowledge sythesis. *Canadian Journal of Nursing Leardership*, 24(2) 38-57

González Barón M. (1996). Conceptos de medicina paliativa. Tratamiento de soporte en oncología. Papel del médico de familia en la medicina paliativa oncológica.

In :Tratadode Medicina Paliativa.M. González Barón Ed Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1-12

Lameiras, M. (2009), As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Martins, M. M.; Travanca, M. G (2003). – A caminho do cuidar em enfermagem. Um outro olhar à pessoa com dor. *Dor*, vol. 11 (4), p. 23–28.

Melzack e Liebesking (1987) *Revista Pain* p.30 1-2

Nunes, L. (2006) Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clinica em enfermagem in II Congresso Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança – Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa

Pain Associates International Network (P.A.I.N.)1 Portugal (2004) – Consenso do Funchal – Dor Oncológica

Paiva, A. (2004) – O Papel do Enfermeiro, in: Patrão Neves, M. C. Pacheco, S. – Para uma ética da enfermagem – Desafios. Coimbra; G. C. – Publicações, Lda., p. 51-61

Ritto, A. C. (2004) – A Dor e a Prática de Enfermagem: A Dor como 5º Sinal Vital
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Rosado, R. M. (2003) – Editorial II. Dor, vol. 11 (4), p. 4.

Twycross, R. (2003) – Cancer pain syndromes, In: Cancer Pain. Arnold Publishers, New

ANEXOS

ANEXO 1

Norma Clínica de enfermagem nº 54

“Avaliação, intervenções e registos de enfermagem
para o controlo da dor”

ANEXO 2

Escalas de avaliação da dor



Escalas de Dor (autoavaliação)

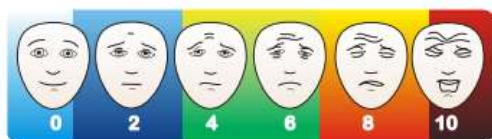
Escala de faces Wong-Baker



Escala Qualitativa



Escala de faces revista



Escala Numérica



GRUPO DINAMIZADOR DOS PADRÕES DE QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM - DOR 5º SINAL VITAL

Escalas de Dor (heteroavaliação)

Escala FLACC

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY

Categoria	Item	Pontuação
Face	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	0
	Caretas ou sobrelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	1
	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.	2
Pernas	Posição normal ou relaxadas.	0
	Inquietas, agitadas, tensas.	1
	Aos pontapés ou esticadas.	2
Actividade	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente.	0
	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso.	1
	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos.	2
Choro	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	0
	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	1
	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.	2
Consolabilidade	Satisfeito, relaxado.	0
	Tranquilizado por toque, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído.	1
	Difícil de consolar ou confortar.	2

Escalas de Dor (heteroavaliação)

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

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

Escalas de Dor (heteroavaliação)

BPS-IP/PT

Versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient

Categoria	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada.	1
	Parcialmente contraída, sobrancelhas franzidas.	2
	Completamente contraída; pálpebras fechadas	3
	Careta: esgar facial.	4
Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento.	1
	Parcialmente fletidos.	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos.	3
	Retraído, resistência aos cuidados.	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação.	1
	Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo.	2
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes.	3
	Incapaz de controlar a ventilação.	4