

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 11, Número 4, 2003

Volume monotemático

A AJUDA AO DOENTE COM DOR

Editor convidado: **Rui Miguel Rosado**
*Enfermeiro Chefe. Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, SA
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra
António Palha
Aquiles Gonçalo
Armando Brito e Sá
Cardoso da Silva
Daniel Serrão
(Pe) Feytor Pinto
Gonçalves Ferreira
Helder Camelo
João Duarte
Jorge Tavares
José Luis Portela
José Manuel Castro Lopes
Maia Miguel
Martins da Cunha
Nestor Rodrigues
Robert Martins
Walter Oswald
Zeferino Bastos

Sumário

Editorial I	
A ajuda ao doente com dor	3
<i>José Manuel Caseiro</i>	
Editorial II	4
<i>Rui Miguel Rosado</i>	
Mensagem do Presidente da APED	
<i>José Manuel Castro Lopes</i>	5
Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir	6
<i>José Manuel Rodrigues Paulo</i>	
O médico de família e o tratamento da dor	9
<i>Rui Manuel Teixeira</i>	
A dor existe – Preconceitos sobre a dor	13
<i>Paulo Moita</i>	
Pensar a dor...	19
<i>Cristina Catana</i>	
A caminho do cuidar em enfermagem...	
... Um outro olhar à pessoa com dor	23
<i>Maria Madalena Martins e Maria Graça Travanca</i>	
Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão	29
<i>Sandra Jones Deodato</i>	
Ouvir a dor	30
<i>Rui Miguel Rosado</i>	



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção

de objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2003 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 - 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel totalmente livre de cloro



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Impressão: Comgrafic, S.A.
ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2003
Ref.: 254AP034

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial I

A ajuda ao doente com dor

José Manuel Caseiro

*O perfume é inerente às flores, o óleo ao sésamo, o fogo à madeira, assim como os sensatos reconhecem a alma no corpo.
(...da sabedoria indiana)*

Que significa efectivamente ajudar um doente com dor?

Poder-se-á reflectir nesta questão sem primeiro nos interrogarmos sobre quais as motivações ou o que pretendem ou desejam, efectivamente, prestadores e receptores de cuidados e de ajuda?

Rogers C, na sua obra *La relation d'aide et la psychotherapie* (ESF, 1985), defende que a relação entre ajudado e quem ajuda deverá assentar na confiança recíproca, e propõe que as atitudes a desenvolver deverão pautar-se pela congruência (ser verdadeiro, autêntico, ele próprio), pela atenção calorosa (o calor humano), pela compreensão empática (capacidade de perceber o mundo interior do outro e sentir as suas emoções, sem ter que necessariamente se identificar com ele) e pela permissividade (quem ajuda não deverá ser portador de atitudes morais ou julgamentos).

Aceitando esta postura, caberá ao profissional de saúde desenvolver aquelas atitudes, apostando totalmente na integração dos familiares nas equipas de cuidados.

Não deverá ser apenas a morte a constituir um acontecimento familiar ou a garantir a proximidade da família, mas sim todas as circunstâncias de doença que necessitem de cuidados

continuados e da ajuda de quem pode, deve e sabe fazê-lo. A dor crónica é excelente exemplo dessa necessidade.

A integração dos familiares passará assim, por um lado, pela importância do doente ter ao seu lado os que lhe são próximos e, por outro, pela compreensão que os profissionais deverão ter das verdadeiras necessidades da família: esta deverá sentir-se acolhida, desejada, de forma a poder encontrar o seu verdadeiro lugar no acompanhamento do seu familiar; deverá, também, ser levada a confiar na competência e na atenção dos profissionais que cuidam do seu familiar doente, em particular no que diz respeito às respostas perante o sofrimento e a dor; deverá, ainda, ser devidamente informada sobre tratamentos, sintomas ou cuidados e consultada acerca dos hábitos e tradições familiares, antes de se iniciar qualquer novo procedimento; deverá, finalmente, ser também emocionalmente amparada, de forma a poder exprimir as suas angústias, lamentos, fraquezas, limitações e, até, fadiga.

Só assim poderão ser sintonizadas motivações e vontades de auxílio, tanto na perspectiva do prestador como na do receptor.

Só assim fará sentido utilizar a expressão "ajuda" no acto de cuidar do doente com dor.

Editorial II

Rui Miguel Rosado

O Plano Nacional de Luta contra a Dor define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, assim como práticas adequadas relativamente ao tratamento da dor e ao reconhecimento da dor como 5º sinal vital. Estes são contributos essenciais para o desenvolvimento de uma prática de cuidados em relação à dor e constituem novos desafios, estimulando diferentes profissionais de saúde a reflectirem sobre as implicações nas suas áreas de competência e sobre os contextos de trabalho em que se inserem.

As unidades de dor têm sido pilares da intervenção especializada neste campo. Pioneiros na reflexão sobre as implicações da dor e do sofrimento, os profissionais de saúde das unidades de dor têm contribuído para que um grupo já significativo de beneficiários possa melhorar a sua qualidade de vida e têm promovido a divulgação do conhecimento sobre esta temática e a formação de outros profissionais.

É de salientar que os cuidados de saúde primários podem contribuir para facilitar a acessibilidade ao controlo da dor e ao consequente

aumento da qualidade de vida das pessoas. Os médicos de família e as equipas de saúde, em contacto directo com as comunidades, podem ter uma importância decisiva no tornar acessível a resposta eficaz e de qualidade a muitas situações que, de outra maneira, teriam dificuldade de resposta em cuidados mais especializados. A formação dos profissionais e a articulação favorecerão a manutenção de padrões de qualidade essenciais.

Os enfermeiros que estão em contacto contínuo 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. Necessitam ainda aumentar as competências relacionais para que possam interagir com a experiência de sofrimento que as pessoas vivem.

Importa, por isso, que os novos desafios nesta área estejam presentes na formação contínua dos diferentes profissionais de saúde e que tenham implicações nos currículos de formação de base dos profissionais.

Mensagem do Presidente da APED

Jose Manuel Castro Lopes

Ao reler o texto que aqui escrevi há precisamente um ano, fiquei com a sensação que 2003 tinha ficado aquém das expectativas geradas pela dinâmica criada no ano transacto. Porque qualquer sensação, dolorosa ou não, é passível de análise, tentei comparar em termos objectivos aquilo que foi conseguido pela APED em 2002 com os resultados da nossa actividade no corrente ano.

Começando pelo Dia Nacional de Luta Contra a Dor, um marco da actividade da APED em qualquer ano, no ano passado realizámos pela primeira vez a Corrida Contra a Dor, com a participação de cerca de 100 pessoas e uma projecção mediática muito boa. Este ano repetimos a corrida, desta vez no Porto e com mais de 400 participantes, que resultou numa repercussão nos órgãos de comunicação social ligeiramente inferior (pois é, foi no Porto...), mas muito significativa. Acresce que as comemorações não se limitaram à corrida. Aproveitando o facto de o 1º Curso de Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina do Porto encerrar nesse dia com uma conferência do Prof. Harald Breivik, presidente da EFIC, realizámos uma cerimónia conjunta para a qual convidámos diversas individualidades, incluindo o senhor ministro da Saúde, na expectativa de que ele pudesse anunciar nessa data a tão esperada norma que equipara a dor a 5º sinal vital. Não pôde comparecer o senhor ministro mas veio a norma, e foi com grande júbilo que terminámos o dia com um recital da pianista Tânia Achot subordinado ao tema "A dor e o sofrimento na música".

No final do ano passado realizaram-se as sessões de sensibilização do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), com a participação da APED. Dado o insucesso relativo dessas sessões, que visavam criar uma dinâmica das bases para as cúpulas com vista à criação de unidades de dor, decidi a Comissão de Acompanhamento do PNLCD alterar a sua estratégia. Assim, promoveu-se este ano um inquérito, que visa actualizar os dados de 1999 relativos às características das unidades de dor existentes no nosso País, e planificar uma metodologia objectiva de criação de novas unidades e apoio ao desenvolvimento das unidades já existentes. O papel da APED, enquanto instituição, foi menor neste aspecto particular, mas vários membros dos seus corpos sociais mantêm-se a trabalhar empenhadamente na Comissão de Acompanhamento do PNLCD, para que os objectivos e metas nele traçados sejam cabalmente atingidos. Não se pense, no entanto, que o trabalho da Comissão se limita ao estritamente consignado no PNLCD. A aprovação da norma que equipara a dor a 5º sinal vital é um excelente exemplo do resultado do trabalho da comissão em áreas em que o plano é omissivo. No mesmo sentido, a APED apoiou igualmente a Comissão de Acompanhamento ao promover no Porto uma reunião, para que foram convidados todos os coordenadores de unidades de dor, que teve como objectivo aprovar uma proposta de revisão e actualização dos GDH relativos aos procedimentos efectuados nas unidades de dor crónica. De facto, verifica-se que muitos dos procedimentos não estão enquadrados nas actuais listagens, ou estão dispersos por diversas secções, o que torna praticamente impossível quantificar com algum rigor o trabalho realizado nas unidades de dor crónica, tarefa fundamental face às novas regras de gestão implementadas nos hospitais S.A. Refira-se que numa portaria deste ano, que fixa os preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, estão apenas descritos 12 procedimentos de terapia da dor crónica, incluídos na tabela de anestesia. Ainda por solicitação da Comissão de Acompanhamento, e com vista à alteração das regras de comparticipação dos opióides, a APED solicitou às suas congéneres europeias dados sobre as regras nacionais neste âmbito. Conforme presumíamos, verificou-se que na generalidade dos países europeus o custo dos opióides para os doentes é nulo, ou substancialmente inferior ao praticado no nosso País.

A comemoração da Semana Europeia Contra a Dor foi assinalada no ano passado pela tradução e publicação do folheto da EFIC destinado aos doentes com dor crónica. Neste ano, e na sequência da

aprovação da norma já referida, a APED colaborou na realização de um colóquio sobre a "Importância da enfermagem na abordagem da dor". Organizado pela Direcção Geral de Saúde no Hospital Júlio de Matos, o colóquio tinha como objectivo principal sensibilizar a classe profissional mais importante para a correcta implementação da norma. Num anfiteatro repleto, foi gratificante verificar o empenho dos profissionais presentes, e a vontade expressa de colaboração. Nesse mesmo dia, a APED realizou uma conferência de imprensa na sede da Ordem dos Médicos, alusiva à Semana Europeia Contra a Dor.

Ainda no âmbito da enfermagem, realizámos em 2002 o 1º Curso APED de Enfermagem em Dor, e planeávamos organizar um outro em 2003. Afinal, contingências várias impuseram adiamentos sucessivos dos cursos planeados, estando neste momento prevista a realização de três cursos, em Lisboa, Coimbra e no Porto, em Janeiro de 2004.

Decorreu em 2002, com o êxito que todos reconhecemos, o 1º Encontro das Clínicas de Dor da Revista Dor. Não tivemos este ano nenhuma iniciativa semelhante, mas a APED, à semelhança do ano transacto, deu o seu patrocínio científico e/ou apoio a diversas reuniões científicas organizadas pelos seus associados ou pela indústria farmacêutica. Para além disso, o presidente da APED esteve activamente envolvido na organização do congresso da EFIC, *Pain in Europe IV*, tanto na qualidade de tesoureiro honorário da EFIC como na de membro da Comissão Científica. É de salientar, a este propósito, que em nenhum outro congresso da EFIC houve uma tão elevada participação de associados da APED no programa científico. O presidente da APED participou ainda na Reunião das Sociedades Ibero-Americanas para o Estudo da Dor.

Foi decidido, no ano passado, propor à Ordem dos Médicos a criação da Competência em Medicina da Dor. Depois de demoradas conversações com outras 7 sociedades científicas (as Sociedades Portuguesas de Anestesiologia, Medicina Física e de Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia e Reumatologia) foi apresentada uma proposta conjunta ao senhor bastonário em Maio último. Esperávamos que uma proposta tão consensual, e que obteve de imediato o acordo implícito do senhor bastonário, fosse rapidamente aprovada sem oposição significativa. Erro de avaliação, distração momentânea, ingenuidade, incompetência da nossa parte, ou então incompreensão de quem a avaliou, fizeram com que a proposta não fosse aprovada numa primeira fase, por razões que ainda não nos foram comunicadas oficialmente. No entanto, encetámos de imediato diligências no sentido de a proposta ser reapreciada, e estamos firmemente convictos de que a força da razão se irá sobrepor a quaisquer outras "forças".

Por último, o número de novos associados que se inscreveram na APED em 2003 foi o dobro daqueles que se inscreveram em 2002, tendo a APED neste momento 240 sócios. Foi também criada, no corrente ano, a página da APED na Internet (em www.aped-dor.org), um embrião que pretendemos se desenvolva à medida do interesse de quem a visita e das nossas disponibilidades.

Em resumo, 2003 foi objectivamente mais um ano de evolução positiva para a APED. Porquê então aquela sensação de expectativas frustradas? Penso que existe uma razão circunstancial e uma razão de fundo. A primeira decorre da negação daquilo que para nós era praticamente um dado adquirido: a criação da Competência em Medicina da Dor. A segunda resulta da insatisfação permanente de quem percebe que ainda há tanto caminho para andar, tantos obstáculos para ultrapassar e tão poucos recursos materiais e humanos para ajudar a atingir a utopia da meta.

Termino, tal como há um ano atrás, agradecendo a colaboração de todos aqueles que contribuíram para os sucessos que conseguimos alcançar durante o corrente ano, e fazendo votos para que o ano que agora se vai iniciar seja ainda melhor do que 2003, para a APED, seus associados e patrocinadores.

Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir

José Manuel Rodrigues Paulo

Considerando que ajudar o doente com dor, na perspectiva da enfermagem, é sinónimo de cuidar, entendido como um “acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda...” (Collière:235), esta (relação de) ajuda que se estabelece durante o acto de cuidar implica um conhecimento profundo da pessoa a quem se prestam cuidados, mas também um autoconhecimento, igualmente profundo, das capacidades e limitações do cuidador, de forma a prestar cuidados sem agredir, impor ou desrespeitar a autonomia da pessoa doente, mas, também, não se esgotando na relação e mantendo-se ele próprio saudável.

As raízes cartesianas das ciências médicas e de enfermagem exigem que os cuidados se fundamentem numa análise objectiva e fundamentada da causa do distúrbio, sendo que, no que à dor diz respeito, esta preocupação pela objectividade tem de alguma forma dificultado a reflexão sobre os cuidados que se prestam à pessoa com dor, dada a dificuldade em objectivar o que é subjectivo por natureza...!

Ao considerarmos o fenómeno da dor encontramos duas componentes fundamentais (Engel [1950] chamava-lhe a “sensação original e a reacção à sensação”); a componente **percepção** ligada à estimulação sensitiva, transmissão do sinal nociceptivo e sua interpretação pelos centros nervosos superiores. É um fenómeno endógeno, do qual só se toma conhecimento na primeira pessoa. É a **dor privada**. A sua complexidade é analisada por Melzack e Wall em o *Desafio da dor* (1987), onde de uma forma brilhante sintetizaram os diferentes componentes que intervêm na modulação da percepção na célebre *Gate Control Theory*, sendo que os actuais conhecimentos sobre a matéria indicam tratar-se de estruturas bem mais complexas do que à altura se pensava. Basicamente, esta teoria propõe a existência de um mecanismo neural funcionando como um portão, que ao abrir aumenta o débito dos impulsos transmitidos ao SNC e o inverso ao fechar.

O grau de aumento ou diminuição da transmissão sensitiva derivada do portão resulta da actividade relativa das fibras nervosas envolvidas na nocicepção assim como das influências descendentes oriundas do cérebro (controlo cognitivo e controlo inibidor descendente).

Uma das principais consequências da teoria do portão foi a de terminar com a ideia de que a dor era apenas uma simples experiência sensorial, veiculada directamente até um centro de dor, e integrar a dimensão emocional no fenómeno de percepção da dor sob a designação de **controlo cognitivo** que engloba actividades, conscientes ou não, que podem influenciar a dor, como a atenção, a sugestão, o significado, as experiências dolorosas passadas e o grau de controlo que o indivíduo pensa ter sobre a situação.

A outra componente pode ser designada por **expressão** da dor, e é consubstanciada no comportamento de dor. Só temos consciência da dor dos outros através daquilo que eles próprios nos comunicam, verbalmente, ou de outra forma.

E, no entanto, a dor desafia a linguagem (Scarry, citado por Good, et al., 1994). Ao tentar descrevê-la, tantas vezes as palavras se mostram fugidias e insuficientes, que só o corpo pode expressar, da forma que sabe, o sofrimento de que padece. Le Breton (1995:39) escreve a este propósito: “Le ressenti de la douleur... est d’abord un fait personnel et intime qui échape a toute mesure, à toute tentative de le cerner et de le décrire, à toute volonté de dire à l’autre son intensité et sa nature. La douleur est un échec radical du langage.”

É a expressão da dor, consubstanciada num comportamento de dor, que transforma a percepção individual (dor privada) em algo que pode ser percebido por outros (dor pública) (Helman, 1994).

São os comportamentos de dor que permitem aos profissionais de saúde avaliar as necessidades de intervenção junto do doente com dor. O que complica esta avaliação é o facto de o comportamento de dor ser profundamente alterado por influências culturais – Leininger (1995:264) define a cultura como sendo constituída pelos “valores aprendidos, partilhados e transmitidos, crenças, normas e práticas de vida de um grupo particular que guiam o pensamento, decisões e

acções de uma forma padronizada” – e sociais (a influência social foi definida por Secord e Backman, citados por Vala e Monteiro [2002:227], como “quando as acções de uma pessoa são condição para as acções de outra”).

Em algumas culturas, a capacidade de suportar a dor sem manifestar o comportamento de dor é considerado um sinal de virilidade e faz parte integrante de rituais de iniciação que marcam a passagem à idade adulta. Noutras são esperadas e aceites manifestações extravagantes de emoção na presença de dor (Helman, 1994:170). Esta padronização cultural do comportamento de dor, serve também os indivíduos que desejam atrair sobre si a atenção, adquirir simpatia ou obter benefícios, imitando o comportamento de dor, apresentando **dor pública** na ausência de **dor privada**. Zola, citado por Helman (1994:172), diz a este respeito: “É a ‘adequação’ de determinados sinais com os principais valores de uma sociedade que determina o grau de atenção recebido.”

O facto de a expressão da dor ocorrer segundo as “normas” culturalmente interiorizadas pela pessoa que sofre, implica que **a expressão verbal, os gestos, as expressões faciais, a postura corporal, em resumo, o comportamento de dor, só podem ser cabalmente interpretados no contexto cultural que lhes dá origem.**

Os profissionais de saúde vêm-se frequentemente frente ao dilema de acreditar ou não, num comportamento de dor que exprime um sofrimento do qual nunca podem ter a certeza da intensidade. Wittgenstein, citado por Le Breton (1995:41), diz a este propósito: “Si je puis me représenter ma douleur, si autrui peut le faire aussi, ou si nous disons que nous le pouvons, comment peut-on vérifier si nous nous sommes correctement représenté cette douleur, et avec quel degré d’incertitude”, para concluir que, se as manifestações exteriores me informam do sofrimento do outro, não transmitem uma medida objectiva da intensidade desse mesmo sofrimento. Essa intensidade será sempre um dado privado.

Se o comportamento de dor é influenciado pelos valores culturais e atitudes sociais, também a avaliação da dor pelos profissionais e as intervenções preconizadas para o seu alívio são influenciadas pelas características individuais e culturais dos prestadores de cuidados e pelos contextos onde os cuidados são prestados (Leininger, 1995:272).

Dado que o conforto dos doentes depende da capacidade dos médicos e enfermeiros em compreender e respeitar a diversidade dos significados e expressões de dor, é fundamental que os profissionais sejam capazes de reflectir, sobre os significados que atribuem aos comportamentos de dor, os valores que lhe estão subjacentes e a forma como eles se enquadram nas referências sociais e culturais do doente.

A formação biomédica revela-se muitas vezes insuficiente para fazer face a comportamentos

de dor que não cedem aos analgésicos. Se a dor não é julgada proporcional à gravidade da lesão existente, nem explicada por um exame objectivo, se não cede aos tratamentos instituídos e se prolonga no tempo desafiando os conhecimentos clínicos e os cuidados médicos e de enfermagem, a impotência resultante do confronto com esta “dor rebelde” induz nos profissionais sentimentos de frustração que compelem à procura de explicações que, à falta de melhor, implicam o rótulo de “simulação”. Por detrás das dores rebeldes esconde-se muitas vezes um significado não percebido pelos cuidadores, que concentram a sua atenção na obtenção de uma resposta terapêutica imediata. René Leriche, citado por Le Breton (1995:53), chama a atenção para os riscos de não assumir que a dor dos doentes é real, mesmo que o seu comportamento de dor não se enquadre nos comportamentos esperados pelos cuidadores. **Só há uma dor fácil de suportar, afirma, a dor dos outros!**

Só quando as perspectivas, por vezes divergentes, dos profissionais de saúde e dos doentes forem igualmente consideradas e valorizadas, é que cuidados apropriados e efectivos podem ser prestados (Leininger, 1995) dentro do contexto dos significados culturais dos doentes.

A consciência das dificuldades que se levantam a um adequado controlo da dor tem induzido o aparecimento de várias orientações (*guidelines*) como as da *Agency for Health Care Policy and Research*, do *National Health and Medical Research Council* e, mais recentemente, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e da Direcção Geral de Saúde em conjunto com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), com o objectivo de orientar os profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor, no sentido de melhorar a qualidade, a eficácia e a adequabilidade do manejo da dor.

Apesar do reconhecimento dos benefícios do correcto tratamento da dor e das diversas orientações, nomeadamente no âmbito da dor aguda e da dor crónica, Raval (2001) afirma que os dados disponíveis não são encorajadores. De facto, segundo este autor, muitos hospitais ainda não assumiram a implementação de serviços de dor, por razões que considera terem a ver com constrangimentos orçamentais e com a falta de conhecimento científico sobre o problema da dor nos profissionais e gestores das instituições.

A criação de serviços (ou unidades) de dor é defendida como um meio para ultrapassar as potenciais barreiras que se levantam ao adequado tratamento da dor (Bucknall, Manias e Botti, 2001) e providenciar o suporte interdisciplinar necessário para uma segura e eficaz gestão da dor, sendo que, o serviço de dor constituído por uma equipa multidisciplinar é o mais apto para ultrapassar com êxito as diversas barreiras que

se levantam (*National Health and Medical Research Council*, 1999).

Outro factor importante para a melhoria dos cuidados ao doente com dor é a existência, nos serviços de saúde e em todos os locais de atendimento de pessoas doentes, de **instrumentos de avaliação aferidos** para a população portuguesa – e não apenas traduzidos! – que permitam sistematizar uma correcta avaliação da dor. É fundamental que a APED participe activamente neste processo, certificando instrumentos com validade científica, que tenham sido criados ou transpostos para a realidade nacional. Também, a elaboração de critérios de qualidade que possibilitem a “certificação da qualidade” dos serviços de saúde relativamente à avaliação e tratamento da dor, a exemplo do que foi feito pela JCAHO, é um aspecto importante para a melhoria dos cuidados que se prestam ao doente. Não basta ficar pelo reconhecimento oficial da dor como o 5º sinal vital, é fundamental que esta seja avaliada e tratada sistematicamente com base em critérios resultantes de evidências científicas.

Os objectivos inscritos no Plano Nacional de Luta Contra a Dor devem continuar a orientar as políticas de saúde no que à dor diz respeito, de modo a promover um crescimento sustentado na

qualidade dos cuidados que são prestados aos doentes com dor.

Só assim poderemos de facto ajudar o doente com dor!

Bibliografia

1. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: SEP 1989:385.
2. Engel GL. “Psychogenic” pain and the painprone patient. *Am J of Med* 1950;26:899-909.
3. Melzack R, Wall P. O desafio da dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1987:425.
4. Good M-JD, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A. Pain as human experience: an anthropological perspective. Berkeley: University of California Press 1994.
5. Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métaillé 1995:238. ISBN 2-86424-191-9.
6. Helman C. Cultura, saúde e doença. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1994:333. ISBN 85-7307-003-X.
7. Vala J, Monteiro MB. *Psicologia Social*. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2002:625. ISBN 972-31-0845-3.
8. Leininger M. *Transcultural Nursing – Concepts, Theories, Research & Practices*. 2ª ed. Nova Iorque: McGraw-Hill 1995. ISBN 0-07-037660-3.
9. Rawal N. An acute pain service model suitable for a global economy. *Analgesia* 2001;2:2-8.
10. Bucknall T, Manias E, Botti M. Acute pain management: implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7:266-73.
11. *National Health and Medical Research Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Canberra: Commonwealth of Australia 1999.
12. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Luta contra a Dor. Portugal: Direcção Geral de Saúde 2001:60.

O médico de família e o tratamento da dor

Rui Manuel Teixeira

Resumo

O autor começa por fazer uma introdução ao tema da dor e à sua prevalência nas consultas do médico de família e na população.

Faz, em seguida, uma análise da situação actual do programa da dor no nosso país e discute os aspectos positivos e negativos que o plano de luta contra a dor apresenta.

Faz por fim uma reflexão sobre a articulação entre os diferentes níveis dos cuidados e o papel do médico de família neste plano.

Abstract

The author begins with an introduction to the pain theme and to his prevalence in the general practitioner (GP) activity and in the population.

After that, he analyzes the pain program in actuality in our country and notes the advances and problems of the Program Against Pain of the Portuguese Government.

In the last part of the article he refers the links necessary between the different levels of care and gives his opinion about the GP's function in this program.

Introdução

Importância do tema

A dor é um dos sintomas mais frequentes na consulta do médico de família. Desde as dores que acompanham as doenças osteoarticulares, às dores de origem visceral como as dores abdominais, como as dores de cariz vascular como as enxaquecas, muitas são as apresentações deste sintoma e outros tantos os desafios para o seu diagnóstico e tratamento.

A *International Association for study of the pain* (IASP, 1986)¹ definiu dor como sendo uma experiência desagradável quer a nível físico como psíquico associado à estimulação dos terminais nervosos associados ao dano real ou previsível.

Este tipo de definição engloba assim todos os tipos de dores desde as oncológicas à dor do membro fantasma. Segundo Ribeiro (1998)², podemos tirar três ilações desta definição citando Turk e Fernández (1990):

- Danos nos tecidos podem ocorrer sem a percepção dolorosa.

- Pode haver sensação dolorosa sem haver qualquer alteração patológica.
- A relação entre a sensação dolorosa e as alterações físicas ocorridas é profundamente alterada pela resposta psicológica ao processo doloroso.

Para Chapman e Bonica (1985)³ podemos definir três tipos de dor que, apesar de corresponder a uma experiência fisiológica semelhante, contêm características físicas, psíquicas e sociais muito diferentes: dor aguda, dor crónica benigna e dor crónica maligna. Estas são distinguidas por estes autores pela presença de lesões actuais dos tecidos ou a sua ausência actual embora possa ter existido anteriormente. Esta corresponderia à dor crónica benigna, cujo exemplo é a dor pós-herpes zoster.

Apesar da dor aguda ser muito frequente não acarreta as consequências psicológicas da dor crónica. Por esse motivo não a referirei nesta reflexão.

Prevalência

Segundo a OMS⁴, um em cada dez doentes idosos sofre de dor crónica. O médico de família é normalmente a interface do sistema de saúde com o doente, pelo que frequentemente tem que lidar com a dor crónica. Mitchell (2003)⁵ afirma que, nos EUA, 100 milhões de pessoas sofrem

Assistente Graduado de Clínica Geral
do Centro de Saúde de Pinhel
Coordenador do Programa da Dor da SRS da Guarda

de dores crónicas e custam ao governo americano cerca de 100 biliões de dólares por ano. Em Portugal não há estatísticas oficiais conhecidas mas os valores não deverão estar muito longe da realidade dos outros países.

Estado actual dos apoios aos doentes com dor crónica

A situação de apoio aos doentes com dor crónica ainda é muito incipiente no nosso país. Contudo, um pouco por todo o lado tem-se vindo a desenvolver unidades de dor mais ou menos complexas que, mesmo assim, não permitem dar resposta a todas as situações.

Segundo os dados oficiais (Direcção Geral de Saúde, 2001)⁶, em 2001 existiam em Portugal 21 unidades de nível básico, 6 unidades de nível I, 9 unidades de nível II e nenhuma unidade do nível III. Nenhuma destas unidades foram localizadas nos centros de saúde.

Assim podemos verificar a insuficiência nos apoios aos doentes com dor crónica. A maioria dos doentes é tratada pelo médico de família ou por outros especialistas sem ser feita qualquer avaliação sistematizada valorizando os aspectos físicos do doente e esquecendo frequentemente os aspectos psicológicos e sociais que estão envolvidos conjuntamente. Desta forma, poder-se-á antever que os doentes poderão ser inadequadamente medicados, recorrendo simultaneamente a diversos terapeutas com a possibilidade de sobreposição de medicamentos.

Papel do médico de família

Mas qual o papel do médico de família? Muitos médicos de família referem ter dificuldades na abordagem da dor crónica. Mas eles são, de facto, os primeiros a terem que enfrentar o problema que é trazido pelos doentes. Pela escassez de apoios institucionais é também que ele terá de resolver os problemas. Também pelas dificuldades de mobilização de alguns destes doentes poderão ter de assumir o seu tratamento continuado.

Mas o que parece uma contradição (capacidade limitada de intervenção e necessidade absoluta de o fazer) pode ser a motivação necessária para promover a formação dos técnicos dotando-os de capacidade de intervenção a nível básico e aumentando a acessibilidade às unidades mais diferenciadas do tratamento dor aos doentes em que seja mais difícil o controlo.

A dor crónica

Definição

A dor crónica, ao contrário da dor aguda, apresenta-se como uma dor de longa duração mais resistente às terapêuticas antálgicas e que frequentemente conduz a uma situação

invalidante a curto ou a longo prazo (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Ministère Délégué à la Santé, 2001)⁷. Com estas alterações há uma clara perda de qualidade de vida do doente, que se vê limitado nas suas actividades mais básicas.

Frequentemente, a dor crónica é acompanhada de sintomas físicos e achados nos exames complementares muito escassos e com um componente psicológico muito intenso (Paulino, 1994)⁸.

Contudo, com isto não se pode pressupor que a dor crónica seja de origem psicogénica, mas deveremos observá-la como uma dor que levanta ao clínico um desafio no diagnóstico da doença causal. É frequente que a dor seja um primeiro sintoma de uma doença oculta que necessita de ser diagnosticada.

Podemos de uma forma simplista distinguir dois tipos de dor crónica: a dor crónica não oncológica e a dor crónica oncológica.

Dor crónica não oncológica

É uma situação frequente na clínica do médico de família. A ele recorrem quase todos os doentes com o fim de conseguir alívio para uma dor persistente e incómoda que não melhora com as terapêuticas já efectuadas.

Muitas atitudes são realizáveis ao nível dos cuidados primários quer antes do diagnóstico causal, quer na pesquisa das etiologias da dor quer no seguimento do doente com dor crónica com diagnóstico já estabelecido.

Dentro delas saliento as medidas para controlo dos estilos de vida favorecedoras da dor. O stress, as posturas, o exercício físico e a insónia são alguns deles, embora para o fazer necessitemos de alguma formação específica. Embora idealmente as técnicas de relaxamento devam ser feitas por psicólogos, na sua ausência (o que é mais frequente) poderá a equipa de saúde dos cuidados primários aprender a aplicá-las promovendo uma redução do stress. Outras técnicas poderão incluir a terapia ocupacional e as manobras de fisioterapia embora estas já sejam mais do âmbito de especialistas desta área a que a maioria da população não tem acesso.

Também as terapias físicas como a aplicação de calor e do frio local são de fácil aplicação nos cuidados primários.

As terapêuticas medicamentosas são armas que o médico de família possui para o controlo das dores crónicas mas também aqui urge dar formação aos técnicos para permitir que uma adequada escolha dos fármacos possibilite uma optimização dos recursos com uma redução dos efeitos colaterais que frequentemente acompanham esses fármacos.

Não se pretende aqui menosprezar o papel dos terapeutas da dor mas antes preparar médicos de família que possam reduzir a procura desses técnicos de forma sistemática sobrelostando os serviços hospitalares.

Para as consultas de dor a nível hospitalar dever-se-iam reservar os casos renitentes à terapêutica medicamentosa e medidas físicas, aqueles em que as terapêuticas preconizadas passem por técnicas diferenciadas (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e técnicas anestésicas) e as situações em que o diagnóstico se torna mais difícil.

Uma perfeita articulação entre os diferentes níveis de cuidados poderá rentabilizar os actuais escassos recursos humanos melhorando a qualidade de atendimento em todos os níveis com um menor custo para o doente e o estado.

Dor crónica oncológica

A dor oncológica é um dos sintomas mais frequentes do doente oncológico numa fase terminal e no doente neoplásico em fase curativa mas a fazer tratamentos de radioterapia e, por vezes, de quimioterapia.

Estes doentes estão frequentemente debilitados pela evolução tumoral, pela presença de metástases muito limitantes da sua mobilidade (metástases ósseas e pulmonares) e pela astenia intensa que os acompanham, pelo que deslocações frequentes para o controlo da dor poderá ser muito mal aceite por doentes e familiares. Mais uma vez o médico de família, pela proximidade que tem e pelas possibilidades de dar uma assistência no domicílio, poderá ser o pilar na assistência destes doentes. Também aqui a boa articulação entre os diferentes níveis de cuidados poderá permitir a sua exequibilidade.

Plano Nacional de Luta contra a Dor

Avanços

O Plano Nacional da Luta contra a Dor foi publicada em 2001 pela Direcção Geral da Saúde com a colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, e veio preencher um vazio nas orientações para a organização das unidades de dor já existentes e a criar.

Nesta organização salienta-se a hierarquização das unidades estabelecendo as características específicas que cada nível tem de possuir. No chamado nível básico incluem-se todas as formas organizadas de tratamento da dor, sejam quais foram as capacidades técnicas que lhe estejam atribuídas. No nível I já exige um espaço próprio que serve a unidade, que possui um coordenador, e é exigível três técnicos dos quais dois treinados no tratamento da dor e um terceiro que deverá ser um psiquiatra ou um psicólogo. Está desenhada para o diagnóstico e tratamento de doentes com dor crónica, podendo intervir em situações de urgência e ter especialização em algumas áreas do tratamento da dor. No nível II, além das características anteriores, deverá ter uma equipa multidisciplinar que inclui além dos técnicos referidos no nível

anterior um fisioterapeuta, enfermeiros, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social. Além das funções anteriores possui também habilitação para a investigação clínica e o ensino pós-graduado. Por fim, o nível III, que possui as características do nível anterior acrescentando a capacidade de investigação na área da dor e capacitada para dar formação pré- e pós-graduada incluindo programas de mestrado e doutoramento. Admite a possibilidade de existência de unidades de tratamento específicas quer em termos de tipo de dor (p. ex. cefaleias) ou tipos terapêuticos (estimulação eléctrica). Estas unidades deverão interligar-se entre si de maneira concertada para que possam prestar a assistência aos doentes com dor aguda e crónica.

O documento refere a variabilidade da composição dos elementos das equipas valorizando, sobretudo, a sua formação na terapia da dor. Esta variabilidade poderá facilitar, em muitos locais, a sua implantação.

Outra virtude é o plano apontar para a necessidade de protocolizar a sua acessibilidade e a sua articulação com outros níveis.

Por último, a necessidade de avaliação periódica de qualidade permite melhorar a prestação dos profissionais envolvidos e apontar para necessidades formativas específicas que cada um deles possa necessitar.

Problemas

Um dos grandes problemas na implementação deste programa passa pelas carências a nível dos estabelecimentos de saúde de espaços disponíveis para a sua implementação. Na grande maioria dos centros de saúde e dos hospitais, os espaços têm de ser partilhados por diversos médicos e diversas especialidades por escassez de espaço; a necessidade de mais um espaço pode tornar-se uma dificuldade acrescida. A sua instalação, apesar de ser apoiada pelos programas comunitários, é um acréscimo às despesas com instalações já que das despesas efectuadas uma percentagem tem de ser suportada pela própria instalação.

Outra passa pela necessidade de profissionais que se dediquem a tempo inteiro à unidade da dor. Pensando que há escassez de profissionais habilitados, estes estão ligados ao serviço por outras actividades, pelo que a unidade da dor será sempre um acréscimo de trabalho, a sua disponibilização será sempre acompanhada de redução da acessibilidade aos serviços donde provêm, o acesso a novos profissionais está reduzido pelas medidas de contenção económica a que os estabelecimentos de saúde estão obrigados, podemos imaginar as dificuldades que os gestores poderão levantar.

Assim, só com grandes graus de motivação de todos os envolvidos, como aliás se depreende do próprio documento, se poderá avançar e isso nem sempre é possível conseguir.

Que articulação

Um dos pontos em que o documento é menos específico é no tipo de articulação entre os diversos níveis de cuidados para uma melhor acessibilidade em tempo útil. Os doentes poderão ter necessidade de uma resposta rápida e os serviços deverão ter capacidade de lha dar.

É certo que se prevê a protocolarização da acessibilidade, mas será necessário ter em atenção que só com uma completa informação, pensando numa acessibilidade escalonada aos serviços, poderemos manter a qualidade.

Qual o papel dos cuidados primários

Mas como poderemos antever o papel dos cuidados primários neste organigrama? Será que aos médicos de família apenas cumprirá a missão de detectar e encaminhar os doentes para as unidades de dor? Se aceitarmos esta solução vamos correr o risco de sobrelotação dos serviços com uma marcada redução de acessibilidade e uma impossibilidade total de garantir o escalonamento das necessidades.

Uma das possibilidades que se põe no contexto do actual plano é dar formação específica a grupos de clínicos gerais mais motivados para este trabalho e promover a criação de unidades básicas nos centros de saúde que poderiam estudar até um certo nível os doentes, empreender tratamentos segundo protocolos estabelecidos com as unidades de dor dos hospitais da zona geográfica a que pertencem e encaminhar os doentes que mais necessitam da consulta da unidade da dor, de uma forma escalonada pelas necessidades do doente.

Além de uma melhoria da acessibilidade e de uma melhoria da qualidade haveria uma redução acentuada de custos para instituições e doentes.

Mas para que esta hipótese se possa concretizar é necessário que a articulação, a que me referia anteriormente, seja fluida e bem definida e que seja possível promover formação adequada aos médicos de família que integrem este projecto.

Papel da telemedicina

Se a articulação se tem de basear num perfeito registo dos acontecimentos, atitudes e evoluções e uma comunicação estreita entre os profissionais dos diferentes níveis para evitar repetições de exames, duplicação dos mesmos medicamentos e discursos diferentes sobre o mesmo assunto, temos de promover um método de troca de informações. O método clássico pode ser usado mas é dificultado pela necessidade de ter um intermediário que transporte a informação (doente, família, etc.) com as

possíveis perdas que daqui podem decorrer. Os meios informáticos, com a utilização da Internet (correio electrónico), pecam pela incapacidade de garantir a confidencialidade dos dados e pela impossibilidade de garantir que os dados chegam em tempo útil ao seu destino.

A telemedicina vem trazer uma mais valia ao tratamento da dor sem deslocamento do doente até necessitar de meios de diagnóstico e de tratamento mais diferenciados. Mesmo nestes casos, facilitaria a definição de prioridades. É evidente que mesmo com este meio terá de haver protocolos para que o resultado não seja uma amálgama de intercâmbios desorganizados que apenas ocupam o tempo dos profissionais sem obter lucro com a actividade.

Embora já muito próxima no tempo, ainda há alguns pontos que têm de ser meditados por todos os intervenientes para que possa dar os frutos que se desejam.

Conclusão

Os cuidados de saúde primários, pela proximidade que têm do doente e da sua família, são os técnicos que mais capacidades terão para ser a porta de entrada no sistema que se quer criar no Plano de Luta contra a Dor. Para isso, necessitam de ter formação específica bem elaborada (segundo os parâmetros definidos no próprio plano), inicial e com actualizações periódicas.

A articulação entre diferentes níveis de prestação de cuidados a doentes com dor é o ponto fulcral do sucesso deste plano e tem de ser estudado por todos os intervenientes para que seja eficaz.

Por fim, mas não menos importante, há a necessidade de promover programas de garantia de qualidade em todos os níveis, não com o fim de penalizar os intervenientes mas para permitir que eles sejam capacitados em áreas específicas melhorando a sua performance.

Bibliografia

1. International Association for Study of the Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Em: Merskey H (ed). Pain 1986;Suppl 3:1-226.
2. Ribeiro JL. Psicologia e saúde. Lisboa: ISPA 1998.
3. Chapman CR, Bonica JJ. Chronic pain (current concepts). Kalamazoo MI. The Upjohn Co 1985.
4. Organização Mundial de Saúde. A dor crónica de origem não maligna. Ministério da Saúde / Direcção Geral da Saúde 2001.
5. Mitchell S. Pain biggest US Health Problem. Consultado em http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_14094.html em 10/10/2003.
6. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Luta contra a Dor. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 2001.
7. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Ministère Délégué à la Santé. Le Programme de Lutte contre la Douleur. Paris 2001.
8. Paulino M. Valorização psicológica no doente com dor crónica. Em: Portela JL, Aliaga L. Dor crónica rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal 1994:3-21.

A dor existe - Preconceitos sobre a dor

Paulo Moita

We must all die. But that I can save him from days of torture, that is what I feel is my great and ever new privilege. Pain is a more terrible lord of mankind than even death himself.

Introdução

A visão, a audição, o cheiro e o paladar são exemplos de percepções sensoriais que atingem o cérebro sob a forma de impulsos eléctricos, sendo aí registados e percebidos determinando geralmente uma acção.

A dor é um fenómeno semelhante, e a acção ou resposta a este estímulo é mediada pelo cérebro e é geralmente dirigida à eliminação da causa.

No entanto, apesar do elevado nível do conhecimento científico, tanto a origem como o modo como ela é percebida permanecem longe de estarem completamente esclarecidos.

Apesar de fazer parte do nosso vocabulário diário, não fomos ainda capazes de definir completamente dor, embora a proposta da IASP (*International Association of the Study of Pain*) se aproxime bastante: “uma experiência emocional e sensorial geralmente desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos dessa lesão”. (Antunes, p. 11.)

Segundo Bonica, citado por Portela (p. 81), estima-se que 3,5 milhões de doentes oncológicos, em cada ano, sofrem de dor relacionada com a sua doença e “apenas uma pequena parte destes doentes recebem tratamento adequado”.

Será que os enfermeiros se encontram desportos para este problema?

Será que fazem uma avaliação correcta do problema de dor do doente?

Que conhecimentos, que preconceitos face à dor e quais os mitos que, transmitidos quer pela cultura da sociedade em geral quer pela cultura profissional, dificultam a avaliação correcta da dor que existe?

Preconceitos

Quantos de nós, enfermeiros da “tarimba”, em que os anos de profissão são garante de um “saber de experiência feito”, não participámos em diálogos cujo conteúdo teria uma semelhança extraordinária com o seguinte:

“... não lhe pode estar a doer tanto assim, é um maricas, um histérico. Deve pensar que eu não sei ver se ele tem dores ou não. Está a fingir! Quer que lhe dêem mimiños. Se tivesse dores, a “morfina fisiológica” que lhe fizemos não teria tido “efeito”.

Por certo todos nós crescemos numa cultura que nos ensina a estar atentos aos muitos sinais gestuais, comportamentais, expressões, de uma forma global a linguagem “corporal” que acompanha a nossa expressão verbal de determinado facto, interpretando as mensagens na sua globalidade. Essa visão global, quando se pretende analisar a expressão de dor por parte de alguém, impõe normalmente uma leitura final que coloca em dúvida essa mensagem de dor.

Por outro lado, a cultura profissional que vamos absorvendo no nosso dia a dia de trabalho reforça essas ideias de duvidar com bastante frequência da dor expressa pelo doente.

É, pois, essencial que tomemos consciência desses julgamentos, dos descréditos que lançamos sobre a dor dos nossos doentes, para que a nossa actuação dentro da equipa de saúde se possa pautar pela defesa isenta do nosso doente.

1 – Preconceito – A equipa de saúde é a autoridade sobre a existência e a natureza da dor do doente.

**Na verdade, a pessoa que tem dor é a única autoridade sobre a existência e a natureza dessa dor, dado que a sensação da mesma apenas pode ser sentida pela pessoa que a tem.*

“A questão básica é de quem é a dor? A resposta, claro está, é a de que a dor é do doente ... o doente é a única autoridade acerca da sua dor.” (McCaffery, p. 6.)

Esta questão da autoridade é motivo para grandes discussões entre a equipa de saúde, a família e o doente, nas quais os dois primeiros erroneamente acreditam que podem determinar, independentemente da opinião do interessado, se a dor existe e se ela é mais ou menos intensa. Se pretendemos ajudar o doente esta atitude é prejudicial.

Para ajudar o doente com dor, o aspecto mais difícil e mais importante que devemos ter em conta é aceitar que apenas o doente pode sentir a dor.

A equipa de saúde prefere normalmente lidar com um sintoma que pode ser detectado e medido como um valor de temperatura. Mas a dor não é palpável, temos de perguntar ao doente como é que esse sintoma o afecta, pois não temos uma medida directa para a sua avaliação, não temos um termómetro da dor.

Mesmo após instituir medidas para o seu alívio o seu sucesso só pode ser avaliado se novamente perguntar-mos ao doente sobre como evoluiu a sua dor. Não querendo chamar-lhe “experiência humilhante”, como faz McCaffery (p. 7), porque nos faz depender sempre do doente para tomar decisões, cuidar de um doente com dor é um trabalho que exige um esforço constante de avaliação das nossas acções.

Lembra também McCaffery que os doentes não gostam de tomar consciência de que o sintoma dor é subjectivo e que não podem fazer prova da sua existência, esperando apenas que encontrem alguém que acredite nela. Foi esta subjectividade que levou ao aparecimento de instrumentos de trabalho – como as escalas de dor – que permitem uma avaliação da dor com um carácter menos subjectivo transmitindo informação sobre as sensações dolorosas.

Existem, contudo, doentes que não podem expressar a dor que sentem por dificuldades de linguagem, por não estarem conscientes, entre outros. Nestes casos é necessário desenvolver capacidades para fazer um palpite sustentado nos conhecimentos que podemos ter sobre patologias semelhantes e do tipo de dor que doentes que se encontravam em condições idênticas dizem ter experienciado.

A observação de comportamentos não verbais como choro, postura rígida ou agitação podem dar-nos alguma informação sobre a dor, devendo ser sempre revista quando surjam novos dados transmitidos por alguém que conheça melhor o doente (familiar, amigo). Não deixa, contudo, de ser uma “adivinha”, pelo que as informações mais fiáveis são as do próprio doente.

McCaffery (p. 7), em função da subjectividade da dor, propôs uma definição para a prática de enfermagem que se pode traduzir por: “Dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo da forma que a pessoa que a experiencia diz que existe.” Ou seja, quando alguém diz que tem dor, ela de facto existe, tem de ser crer no doente ou, no mínimo, dar-lhe o benefício da dúvida.

Esta atitude estará correcta?

Não poderemos ser enganados?

Talvez, mas essa dúvida não deverá nunca levar a que alguém seja privado de alívio face à sua dor. Não podemos ficar à espera que a subjectividade seja transformada em objectividade para podermos actuar, pois corremos o risco de apresentar uma conduta não profissional. Ao evitar tratar uma minoria de doentes que possam estar a mentir ou a simular a sua dor, incorremos

num risco maior, grave e não admissível de não cuidar dos que de facto têm dor.

2 – Preconceito – Os nossos valores pessoais e a nossa intuição acerca da credibilidade dos outros é um instrumento válido na tentativa de identificar se uma pessoa está a mentir sobre a sua dor.

**Se bem que devam servir para as nossas vidas sociais, os nossos valores pessoais e as nossas intuições não são credíveis numa abordagem profissional ao doente com dor.*

Todos os dias somos tentados e julgamos outros mesmo em encontros ocasionais, somos levados a ficar com uma impressão sobre alguns aspectos de determinada pessoa baseada em informação inconsciente ou difícil de explicitar. Basta por vezes o impacto visual ou uma situação menos clara para criar um distanciamento entre pessoas e este tipo de atitudes na nossa actividade profissional não ajuda o doente.

Quando o seu estilo de vida é diferente do nosso somos levados a invocar os nossos valores na avaliação da sua dor, mesmo que essa atitude seja inconsciente.

Mas se podemos escolher não ter relações sociais com alguns doentes, não temos o direito de profissionalmente actuar punitivamente pela supressão ou retenção da terapêutica adequada para a dor.

Pôr de lado valores pessoais quando cuidamos de alguém não é fácil mas é necessário, se queremos prestar cuidados com um grau de qualidade elevado e isso é cuidar humanamente.

3 – Preconceito – A dor é sobretudo um problema emocional ou psicológico, especialmente nos doentes muito ansiosos ou deprimidos ou que não têm uma causa física, claramente identificável, para a sua dor.

**Uma reacção emocional à dor não significa que a dor seja motivada por um problema emocional.*

Se o doente deixar de estar ansioso ou deprimido, não significa que tenha havido uma melhoria da sua dor. Também, por não se conseguir encontrar uma causa física para a dor, não significa que ela de facto não exista na génese dessa dor.

“A dor normalmente provoca um certo grau de ansiedade ou depressão, e é normal que assim seja.” (McCaffery, p. 9.)

Contudo, as relações desta tríade não são muito claras, e se podemos considerar que é pouco provável que a ansiedade ou depressão sejam a causa de uma dor, é certo que influenciam a forma de o doente lidar com a sua dor.

McCaffery (p. 9) diz que, no doente, a “... ansiedade ou depressão provavelmente tornam a dor mais difícil de suportar e afectam negativamente a perspectiva, a motivação ou a capacidade para se implicar no seu processo de controlo da dor”.

Pelo contrário, e segundo o mesmo autor, a intensidade da dor não parece ser afectada pela

presença de ansiedade ou depressão, ou seja, se estas últimas forem aliviadas não significa que a dor vai desaparecer.

Se a ansiedade e a depressão forem motivadas pela dor, o tratamento adequado passa pelo alívio da dor com analgésicos e não pela utilização de tranquilizantes ou sedativos.

Para compreender esta dicotomia problema psicológico / problema físico como desencadeante da dor, sugere-se também que se procure estabelecer uma diferença entre hábitos aditivos com opióides e utilização de opióides para alívio da dor.

Se a um politraumatizado entrado na urgência forem prescritos opióides para o alívio das dores resultantes das lacerações e fracturas que apresenta, ninguém coloca em causa a sua necessidade. Contudo, umas semanas depois, na enfermaria onde se encontra a recuperar, o pedido de opióides para alívio das dores musculoesqueléticas que provavelmente ainda tem, e que podem estar acompanhadas de ansiedade e depressão, pode ser interpretado como utilização dos opióides por uma necessidade psicológica.

“É necessário compreender que a dor é, em primeiro lugar, um problema físico com efeitos psicológicos...” (McCaffery, p. 9) para não corrermos o risco de rotular os doentes como tendo hábitos aditivos.

Os rótulos, depois de colocados por alguém, quase ninguém consegue ou está interessado em retirar.

4 – Preconceito – Mentir sobre a existência de dor, simular que tem dor, é uma situação muito frequente.

**Poucas pessoas que dizem que têm dor estão a mentir e vários estudos comprovam esse facto. Existem obviamente simuladores mas são muito menos do que nós acreditamos existirem.*

Vamos entender por simulador “aquele doente que diz que tem dor, quando de facto ela não está presente, de modo a evitar ou a ganhar algo”. (McCaffery, p. 10.)

Este medo de ser enganado por um doente simulador incomoda os enfermeiros e tentaram-se levar a efeito testes para contornar este problema, mas que não se mostraram eficazes.

Temos, portanto, de aceitar a realidade de que acreditar no doente que tem dor pode resultar em acreditar em alguém que está deliberadamente a mentir. E esta vulnerabilidade parece inevitável.

É necessário evitar a todo o custo “catalogar” doentes como simuladores, só porque não se encontra uma aparente causa para a dor ou porque não responde ao tratamento instituído, pois podemos estar a cometer um grande erro.

5 – Preconceito – O doente que tem benefícios ou tratamento preferencial devido à sua dor está a procurar obter ganhos secundários e não tem dor ou exagera a dor que sente.

**Este tipo de doente que usa a dor de modo a obter vantagens não é igual ao simulador, e*

de facto pode estar a doer da forma que ele diz que dói.

Segundo McCaffery, ganho secundário é definido como “qualquer vantagem prática ou emocional que resulte da existência de dor, especialmente compensação financeira e tratamento preferencial na casa ou no trabalho, incluindo atenção e favores especiais por parte dos amigos e da família”. (McCaffery, p. 10.)

Este doente não é um simulador porque a dor existe e o benefício secundário pode ser uma componente muito comum numa experiência de dor prolongada.

Pode acontecer um exagero da dor mas pode dever-se a dificuldades em lidar com o problema de dor ou apenas a maneira de levar os outros a acreditar na sua dor, à qual ninguém anteriormente prestou atenção, de modo a obter tratamento apropriado.

Benefício secundário pode não ser negativo, como no caso de obter uma compensação monetária devido a um acidente de trabalho.

Benefício secundário é uma situação muito comum na vida diária, como, por exemplo, evitar um convite para jantar porque se tem dor. Contudo se esta se tornar na forma habitual de resolver os problemas, torna-se numa incapacidade e necessita tratamento, pois leva a um crescente aumento do isolamento e perde a aptidão para lidar com os problemas diários, como, por exemplo, evitar melhorar as suas condições de trabalho, preferindo ficar em casa ou evitar sistematicamente resolver conflitos conjugais dizendo que precisa de descansar.

Um diagnóstico correcto de benefício secundário passa não só por não colocar em questão a presença de dor mas por reconhecer que alguns comportamentos não significam tentar obter essas vantagens, pois o que é benefício secundário para uns não o é para outros.

Segundo McCaffery, uma observação sistemática sobre se uma pessoa regularmente usa a sua dor para evitar actividades que não gosta de executar, mesmo quando não tem dor, ou para obter benefícios que não teria se não existisse essa dor, pode ajudar a estabelecer esse diagnóstico, o que não é fácil. (McCaffery, p. 11.)

6 – Preconceito – Toda a dor real tem uma causa física identificável.

**Toda a dor é real independentemente da sua causa. Todas as dores têm uma componente física e uma componente mental e a não evidência da primeira não significa que a dor é de cariz psicogénica.*

É mais fácil acreditar nas queixas de um doente quando existe um diagnóstico físico que corresponde com o que ele diz, isto é, continuamos a confiar mais na patologia do que nas declarações sobre como o doente se sente.

As equipas de saúde normalmente avaliam os problemas de dor do doente baseadas na seguinte ideia expressa por McCaffery: “Se há dor,

há uma causa. Se há uma causa ela pode ser identificada. Se não encontramos a causa, não há dor e, portanto, não é preciso medicação para aliviar o que não existe.” (McCaffery, p. 11.)

Será talvez mais fácil se pensarmos que provavelmente nunca encontraremos uma dor motivada apenas por um estímulo mental ou uma dor puramente estímulo físico, mas muito provavelmente uma resposta total (física e mental) do corpo.

7 – Preconceito – Sinais visíveis, fisiológicos ou comportamentais, acompanham a dor e podem ser usados para verificar a sua existência ou gravidade.

**A falta de sinais de dor não pode ser entendida como inexistência de dor.*

Como é que o doente se deve comportar para que acreditemos que tem dor?

No modelo de dor aguda alguns sinais existem no início de uma dor súbita e forte. Fisiologicamente pode existir aumento do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, aumento do ritmo respiratório, transpiração, palidez, pupilas dilatadas, enquanto comportamentalmente pode falar sobre a dor, chorar, gemer, ter os músculos tensos, esfrega a parte do corpo que lhe dói, faz caretas ou franze as sobrancelhas.

Contudo, estes sinais podem desaparecer pelo menos durante alguns períodos devido a uma adaptação física e comportamental.

Fisiologicamente, o corpo procura o equilíbrio embora não possamos esquecer que uma dor grave aguda pode levar a um estado de choque. A nível do comportamento também existe uma adaptação decorrido algum tempo após o início do estímulo, minimizando as expressões de dor por diversas razões:

- Ser um bom doente – o doente pensa que a equipa de saúde é responsável por o manter calado e de que não gostam de ver chorar ou pedir alívio.
- Não ser “maricas” – se os valores do doente, ou de quem está à sua volta, põem tónica numa resposta de coragem e bravura para enfrentar a dor, pode sentir-se pouco confortável por expressar a sua dor e, portanto, reprime-a.
- Exaustão – a dor é fatigante. Depois de ter estado com dor durante horas ou mesmo dias, o doente, demasiado cansado para falar ou chorar, adormece. Os enfermeiros normalmente equivalem sono com alívio da dor. O que é importante é notar que quando acordar a dor continua lá. O doente pode mesmo fechar os olhos e permanecer imóvel, aparentando dormir, mas está a tentar tornar a dor suportável concentrando-se em outros aspectos.
- Distracção – O doente pode rir e brincar com as visitas, acompanha-las ao elevador e no regresso pedir analgésicos ao enfermeiro. “Se não compreendermos o efeito que a distracção tem sobre a dor, porque

a torna mais suportável, este doente vai ser mal interpretado.” (McCaffery, p. 14.) Agora que a distracção parou, a sua dor torna-se novamente no centro da sua atenção, difícil de tolerar, e está cansado. O doente precisa agora de outra forma de aliviar a dor para descansar, e portanto pede o analgésico.

Se aderirmos ao modelo da dor aguda pensaremos que o doente não se comporta como se tivesse dores, mas McCaffery diz-nos que deveríamos antes colocar a pergunta: “Como é que esta pessoa teria de se comportar para acreditarmos que tem dores?”

Pensaremos que rir não é um comportamento apropriado, se alguém sorrir quando pede opióides ninguém acreditará que tem dores. É mais apropriado chorar, mostrar uma fâcies carregada, deitar-se e adoptar a posição fetal.

Duvidando do doente, levando-o a comportar-se “como se estivesse com dor” estamos a promover a incapacidade.

8 – Preconceito – Estímulos físicos comparáveis produzem dor comparável em pessoas diferentes. A gravidade e duração da dor podem ser previstas com rigor para todos, com base no estímulo doloroso.

**“Não há nenhuma relação directa entre qualquer estímulo e a percepção de dor.”* (McCaffery, p. 14.)

É tentador pensar que podemos prever a gravidade e duração da dor porque gostamos de saber o que podemos esperar.

O facto de que a dor varia consideravelmente em intensidade e duração em indivíduos sujeitos a estímulos semelhantes pode ser apreciado numa revisão das teorias sobre dor mais correntes, como a teoria do Portão de Melzack ou a existência de endorfinas.

São, portanto, variados os factores que influenciam a chegada do estímulo à consciência ou se este é sentido como doloroso.

9 – Preconceito – Pessoas com dor devem ser ensinadas a ter um nível elevado de tolerância à dor. Quanto mais prolongada é a dor ou maior a experiência que a pessoa tem de dor, melhor é a sua tolerância à dor.

**Tolerância à dor é uma resposta individual variando com os doentes, variando na própria pessoa de acordo com a situação que enfrenta.*

“Tolerância à dor é definida como a duração da dor ou a intensidade da dor que uma pessoa está disposta a tolerar até requerer o seu alívio.” (McCaffery, p. 15.)

Por exemplo, uma pessoa pode tolerar um certo grau de dor durante a hora da visita porque o analgésico a deixa sonolento, mas pode não tolerar a mesma intensidade de dor quando se prepara para dormir.

Pode variar com os objectivos da pessoa, exemplo da mãe que evita analgésicos durante o parto com receio de que o seu filho possa sofrer efeitos colaterais desses medicamentos.

Varia também com os valores, se no meio onde a pessoa viveu lhe inculcaram ideias de suportar o sofrimento “heroicamente”. (Schowb, pp. 103-110.)

A combinação intensidade/duração pode ser variável. Uma pessoa pode suportar uma dor “média” durante muito tempo, e suportar uma dor forte por um período substancialmente mais curto.

Pessoas com experiência de dor prolongada tendem a baixar o seu limiar de tolerância à dor.

Para McCaffery (p. 15), se por norma costuma ter alívio rápido e adequado da sua dor, pode mostrar-se confiante na gestão da dor e capaz de aprender a usar métodos de alívio não invasivos.

Contudo, se costuma ser difícil obter alívio para a sua dor e sabe como ela se pode tornar intensa, provavelmente enfrenta cada novo período de dor com medo crescente, depressão e menos recursos para suportar a dor.

É necessário não confundir intensidade da dor com tolerância à dor. Se pedirmos a dois doentes que com uma escala de 0-10 identifiquem o grau da sua dor e a resposta for 4 nos dois casos, não quer dizer que têm a mesma dor e necessitam de alívio igual. Um pode achar a dor perfeitamente tolerável e o outro insuportável.

10 – Preconceito – Quando um doente diz ter ficado aliviado depois de um placebo quer dizer que o doente é um simulador ou que a dor está apenas na sua cabeça.

**Não há nada que justifique a utilização de placebos para determinar se existe ou não dor, ou se esta é de origem física ou psicológica.*

Segundo McCaffery (p. 16) placebo pode ser definido como “um qualquer tratamento médico (medicação ou procedimento, incluindo cirurgia) ou cuidado de enfermagem que produz um efeito num doente devido à intenção implícita ou explícita com que foi realizado e não devido à sua natureza ou propriedades terapêuticas (físicas ou químicas). Quando um doente responde a um placebo ... diz-se que tem uma resposta placebo positiva”.

Segundo McCaffery, a única conclusão que se pode tirar é de que ela quer aliviar a sua dor e de que confia em algo ou alguém para obter esse alívio.

Utilizar placebos desta maneira implica que o enfermeiro minta sobre o medicamento que está a oferecer ao doente e isto mina a confiança do doente na equipa de saúde.

“Não é ético mentir para o cliente, e os placebos são uma mentira.” (Black, p. 338.)

Os placebos também podem provocar um efeito analgésico devido ao aumento de endorfinas como uma investigação de Greevert (1983), citado por Lubkin (p. 146), mostrou.

Os placebos são importantes e apropriados em investigação mas devemos sempre obter o consentimento informado do doente para a sua utilização.

Controlo farmacológico da dor: preconceitos sobre a utilização de opióides

O controlo farmacológico da dor é da responsabilidade de toda a equipa de saúde incluindo o próprio doente. “O objectivo é manter o melhor controlo possível da dor com o mínimo possível de efeitos secundários.” (Lubkin, p. 149.)

A necessidade de utilizar opióides é evidente, mas a “subutilização” destes medicamentos no controlo da dor continua a ser, infelizmente, uma política dos cuidados de saúde.

Vários estudos (Lubkin, p. 145) comprovaram erros muito comuns relativamente à utilização deste grupo de analgésicos:

- Prescrições incorrectas quer utilizando doses inferiores às recomendadas quer com intervalos entre as doses maiores do que a efectiva duração da acção do fármaco.

- Enfermeiros com tendência para administrar a medicação analgésica de forma incorrecta, aumentando os intervalos permitidos ou administrando doses inferiores aos mínimos prescritos.

- A medicação não é administrada correctamente pelo que o alívio não é feito de forma contínua ou adequada.

- Alguns doentes recusam os medicamentos que lhes são oferecidos ou não pedem medicação.

O grande receio decorrente da utilização dos opióides é o de desenvolver nos doentes hábitos aditivos, definido como “um desejo intenso de obter e utilizar uma droga pelos seus efeitos psíquicos e não por razões médicas”. (Lubkin, p. 146.)

Este receio é fundamentado na observação de alguns comportamentos dos doentes, que são interpretados como indicadores de desenvolvimento de hábitos aditivos.

Segundo Lubkin esses comportamentos são:

- Uso prolongado de opióides. Algumas dores mantêm-se e duram mais do que o tempo esperado, mas a manutenção do uso dos opióides durante algum tempo não parece aumentar o perigo de desenvolver hábitos aditivos.

- Doente que está sempre a olhar para o relógio. Isto normalmente resulta de um inadequado alívio da dor. Alguns opióides são de duração curta e alguns doentes metabolizam rapidamente os opióides. A dor regressa antes de ter terminado o intervalo entre as doses.

- Doente que prefere a agulha em relação ao comprimido. Isto resulta da não utilização de doses equianalgésicas quando se muda a via de administração de i.m. para p.o., pelo que as concentrações do medicamento ficam abaixo das necessárias para proporcionar o alívio das dores. A dose i.m. de uma medicação é 2 a 6 vezes mais eficaz do que a mesma dose p.o.

- O doente gosta da sua “morfina”. Porque não? Se uma pessoa está com dores, ficará provavelmente muito contente por ver chegar a hora de ser aliviado.

– O doente sabe o nome e a dose do opióide. Este conhecimento deve ser encorajado. Pode ser muito útil posteriormente como informação para a avaliação da eficácia da analgesia.

– O doente pede o opióide antecipando a dor. Isto pode indicar que o intervalo entre as doses não está a ser avaliado correctamente para a dor daquela pessoa. Reavaliar a dor e o intervalo da medicação. O doente pode também ter sido informado de como pode fazer uma abordagem preventiva.

– Requer doses cada vez mais elevadas e com maior frequência. A razão que provoca a dor pode estar a evoluir rapidamente (metástases de um cancro). Outra possibilidade é o desenvolvimento de tolerância definido como “comportamento fisiológico involuntário que ocorre quando o opióide começa a perder eficácia após administrações repetidas” (Lubkin, p. 146.)

A formação dos profissionais de saúde é a chave fundamental para combater estas ideias erradas que procurámos sintetizar neste artigo, abrindo assim as portas de uma nova atitude no alívio da dor.

Dor é aquilo que a pessoa diz que é existindo da forma que a pessoa diz que existe. **Vamos acreditar.**

Bibliografia

- Antunes JL. A dor na medicina. Em: Rico T, Barbosa A (eds). Dor: do neurónio à pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal 1995:9-17. ISBN 972-733-03-4.
- Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park: Addison-Wesley Pub Co 1989. 452 pp. ISBN 0-201-12002-X.
- Lubkin I. Chronic illness: impact and interventions. 3ª ed. Londres: Jones and Bartlet Pub 1995. 571 pp. ISBN 0-86720-712-4.
- McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. St Louis: The CV Mosby Co 1989. 353 pp. ISBN 0-8016-3248-X.
- Melzack R, Wall P. O desafio da dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1987. 425 pp.
- OMS – Traitement de la douleur cancéreuse: complétée par une analyse des problèmes liés à la mise à disposition des opioïdes. 2ª ed. Genebra: OMS 1997. 78 pp. ISBN 92-4-254482-5.
- OMS – Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genebra: OMS 1990. 84 pp. ISBN 92-4-220804-3.
- Pardo F, Miralles. Mecanismos bioquímicos del dolor. Em: Portela JL, Aliaga L (coord). Dor crónica rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal 1994: 11-21. ISBN 972-733-007-X.
- Portela L, Marques AL. Dor oncológica: bases clínicas e tratamento farmacológico. Em: Portela JL, Aliaga L (coord). Dor crónica rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal 1994:81-90. ISBN 972-733-007-X.
- Raiman J. Tentando compreender a dor e planear o alívio. Lisboa: Nursing. ISSN 0871-6196 1: 7 (1988) 36-44.

Pensar a dor...

Cristina Catana

Introdução

*Tenho uma grande constipação,
E toda a gente sabe como as grandes constipações*

*Alteram todo o sistema do universo,
Zangam-nos contra a vida,
e fazem espirrar até à metafísica.
Álvaro de Campos, Poesias.*

É lugar comum pensar-se que a dor sempre coexistiu com o próprio homem no seu devir. Na procura do seu sentido e da sua transformação, o homem tem-se interrogado sobre si e sobre o seu lugar no mundo e no universo, criando visões religiosas místicas, emergindo-se a arte, a ciência, a poesia, etc.

A dor, a doença, a luta contra a morte e o seu confronto, deram lugar à medicina, e esta foi criada para a pessoa que padece das suas precariedades física e psíquica, **onde a dor quase sempre está:** onde se vive os limites de quem dá - o profissional de saúde - e de quem recebe - o doente -.

Na dimensão do pathos, do que se interroga o homem quando assolado pelas dores? Do sentido da sua dor? Da sua justiça? **Mas que sentido e que justiça existem nas dores inúteis?**

A psicanalista Manuela Fleming, no seu livro *A dor sem nome*, relembra que “segundo a Bíblia, a dor, a doença e o mal em geral são consequência da expulsão de Adão e Eva do paraíso em resultado da infracção das leis divinas e marcam a ruptura entre o homem e o divino... A dor fica enredada numa teia de significações ligadas à falta, ao pecado e punição”.

Penso que a dor tem-se ligado à ideia de castigo, à ideia de infracção, à ideia do bem e do mal, do homem justo e do homem injusto. E se fizermos uma revisão na história mítica, ressalta a tentação do homem tocar o divino na busca da imortalidade.

Este mito colectivo, relativo à culpa e castigo, torna-se presente, mesmo naquele que se pensa ateu, aquando adoecido e se interroga: Porquê eu? Que mal fiz eu a Deus?

A dor inútil torna a vida bizarra e hostil. Faz cerco, isola e retira a pessoa dos outros e de si

própria. No seu limite, a pessoa pode-se despersonalizar, e questionar como Hamlet “Que identidade é a minha? Quem sou eu? Existirei eu?”, chegando a considerar a vida e o seu corpo como inimigos persecutórios.

Na vivência da dor crónica, o corpo, *soma*, tende ser uma espécie de túmulo, *sema*. Recorde-se que para os pitagóricos soma significava corpo e sema túmulo. O corpo vivo - o corpo libidinal - retira-se, ficando desamparado na falta: na falta de palavras, na falta de significado e na falta do lugar para o gozo. Da vida e da conquista corre-se o risco para a perda, para a perda de autonomia, da autoconfiança, para a perda das relações amorosas. Corre-se o risco de se perder o corpo para ser sonhado e desejado.

Manuela Fleming cita, no seu livro *A dor sem nome*, o filósofo Salvatore Natoli (1999): “a dor foge ao discurso”. Reforçando esta ideia com a Marguerite Duras em *La douleur*: “é sofrimento por todo o lado... é por isso que o pensamento está impedido de fazer-se, ele não participa no caos mas é constantemente suplantado por esse caos, sem meios, face a ele”.

Dizia-me uma paciente: “Tenho pouco mais de 30 anos, e o meu corpo já não responde aos meus desejos: o desejo de conduzir o meu carro, o desejo de pegar os meus filhos ao colo, o desejo de dançar, o desejo de ser mulher... e acho que já não sou capaz.”

A dor é mais do que afectos penosos e sensações desagradáveis. Ela é multifactorial, cruzada numa tripla pertença: biológica antropológica e psicológica. Ela afecta a existência da pessoa na sua globalidade.

Se é verdade que a perspectiva religiosa tem remetido a dor para a expiação dos males e dos pecados, podendo induzir para um misticismo do negativo, a medicina, pelo contrário, reconhece o direito da pessoa adoecida ser tratada e gozar de boa saúde, como, também, reivindicar o direito ao prazer e à satisfação.

Reconhecer a especificidade da dor, na medicina, este 5º sinal vital, é também fazer o reconhecimento da necessidade de se criar um lugar próprio, onde se possa escutar, avaliar, aliviar, tocar, conter e cuidar, o sofrimento para o qual existem poucas palavras, pouca linguagem, pouco tempo, para uma experiência singular, solitária e desamparada do

humano. As unidades de dor são a expressão deste lugar.

Atrevo-me a dizer que as unidades de dor resgataram a pessoa humana na medicina, integrando a doença na identidade do sujeito, com a sua história pessoal.

A linguagem do paciente, mesmo a não-verbal, o grito e o silêncio são ouvidos. Pode-se falar de dor mesmo daquela que Chico Buarque nos canta: “A dor da gente não vem nos jornais”, como nos faz lembrar o psicanalista Carlos Amaral Dias.

O aspecto de descontinuidade é fulcral na dor crónica, o que se descose, o que se rasga na vida somática, psíquica, afectiva e social. Rasga-se, por vezes, a continuidade da pele psíquica, desmoronam-se as defesas egóicas, caem projectos.

Este caos mesmo que silencioso emerge sob a forma de dor. A vida parece ter dois tempos: o tempo antes da dor e o tempo depois da dor. O que se era e o que se passou a ser, ou pior, o que se deixou de ser.

Numa unidade de dor tem-se em conta a dupla dor: a dor do corpo e a dor da alma. Não se trata de uma dor, trata-se das várias dores que se acoplam umas às outras, das que se falam e das que não se falam.

Psicologia na unidade de dor HGO

Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou.

Quanto quis, quanto não quis, tudo me forma.

Quanto amei ou deixei de amar é a mesma saudade em mim.

Álvaro de Campos, Poesias

Ao longo da minha experiência, na Unidade de Dor do HGO tenho reflectido sobre a relação do corpo com o pensamento.

Esta experiência afirma e confirma que a condição humana é antes de tudo uma condição corporal, e o corpo é sempre pessoa, ainda que se o negue ou que se o esqueça. O corpo desde a sua génese é um comunicador. Se não é verbo, potencialmente, convida-se a sê-lo. Ele carrega cifras, memórias, afectos. O corpo é gregário mas também é singular. É espaço e tempo. O corpo é a base da nossa identidade, é o nosso rosto.

O paciente com dor não deixa de ser dois sujeitos: aquele antes de adoecer, a pessoa saudável, e a outra parte de si, a pessoa adoecida. Cabe então não só oferecer o bálsamo para as suas dores, como um espaço de liberdade criativo banhado de afecto, para se reenviar a pessoa a si própria.

O primeiro contacto passa pela avaliação e auscultação do seu pedido de ajuda: acolher e intervir.

Impera perceber como a pessoa se relaciona consigo própria e com o outro, como se relaciona com a sua doença e com o seu médico; só assim teremos:

O quê.

Um quem.

Como se relaciona com o seu médico.

Como se relaciona com a sua enfermidade.

Na Unidade de Dor do HGO, o fenómeno dor já não se encontra enclausurada numa lógica estritamente mecanicista, ela integra-se no pensamento mais próximo de Melzack e Wall, concebendo a dor num contexto de grande complexidade, cujas percepções, memórias, cognições, crenças, interferem e modulam.

O espaço psicoterapêutico individual e o psicodrama de grupo, na Unidade de Dor do HGO, visam um lugar potenciador de descobertas, do encontro com a verdade psíquica e sua expansão na vida da pessoa. Através da relação terapêutica cria-se uma espécie de continente, de invólucro para uma experiência solitária e dores sem nome transformando-as, criando-se, assim, para estas uma melhor tolerância para a sua insuportabilidade.

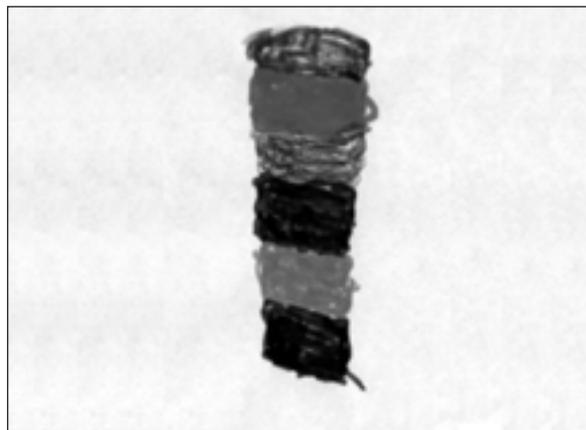
Uma paciente de 53 anos, a que vou dar o nome de Maria, dizia-me na sua terceira sessão: “para mim esta unidade representa uma coisa boa, é saber que existe um lugar específico para as minhas dores, posso falar delas, e posso deixar de estar sózinha com elas... isso para mim já conta... dor com solidão é horrível”.

Esta mulher, na sua primeira consulta, aparece-nos muito curvada e escondida sobre e dentro de si. A sua timidez e a sua dificuldade em reconhecer o direito a um lugar seu, atribuía ao seu olhar espanto e susto. Diz-nos que é a 4ª de uma fratria de 5. Até aos oito anos de idade conviveu com os pais juntos. A mãe é recordada como uma boa mulher, sofrida e doente, faleceu-lhe há três anos. O pai, já faleceu há 30 anos, era um homem alcoólico, violento, assustador. Os pais separaram-se quando tinha 8 anos e até lá conviveu com a violência doméstica. Sempre cresceu, sem ser menina. Tinha que trabalhar e fazer pela vida. Trabalha no seu cabeleireiro modesto, improvisado na sua própria casa. Casa-se e tem três filhos, duas raparigas e 1 rapaz.

Sem perceber porquê, o marido sai de casa e vai viver com outra pessoa. Deprime-se, mas na altura tem que lutar pelos filhos, restando-lhe pouca disponibilidade para viver a dor da perda. Adoece. O seu corpo altera-se com a toma da cortizona, engorda cerca de 20 kg, e algum tempo depois emagreceu-os. O seu corpo afigura-se-lhe como estranho e castrador. Vive num colete de forças de dor e de rigidez.

Há três anos, perde a mãe, casa dois filhos, muda de casa para uma outra mais pequena e é-lhe diagnosticada a doença de fibromialgia.

Durante as primeiras duas consultas tento identificar os marcadores do sofrimento e o padrão do seu funcionamento psíquico. O sofrimento traumático infantil, as perdas, a doença, a par de um constante fundo depressivo afundam a paciente num desespero melancólico e desamparo silenciosos.

**Figura 1.****Figura 2.**

Peço à paciente para dar um nome às suas dores, inibe-se, inicialmente, e não consegue fazê-lo. Pergunto-lhe, no seu entender, o que poderá modular a dor, ela responde-me “as aflições e o nervosismo fazem aumentar-me a dor...”.

Na sessão seguinte, utilizo a prova do desenho da figura humana (Fig. 1), prova esta que revela a imagem do corpo e onde facilmente se projectam os desejos mais profundos e os aspectos mais inconscientes da personalidade.

Ao fim de desenhar a figura humana, peço-lhe para falar do seu desenho.

Diz-me “parece um anão... talvez a minha mãe quando estava a morrer... parece uma criança”.

Pergunto-lhe porque desenhou uma mãe-menina, uma mãe-anão, responde-me que fora ela, Maria, que a tratou até morrer, e na altura era assim que a via. Foram as consequências de um AVC que a vitimou.

Maria alimentava a esperança de que, com a saída de casa dos filhos, pudesse viver e cuidar da sua mãe, e acompanharem-se uma à outra, iludindo a solidão, iludindo o sofrimento do “ninho vazio”.

Toda a vida desta mulher se organizou no papel maternal na relação com os outros, agora, com a sua fragilidade limitadora, não sabe viver outra coisa. Resta-lhe estar doente.

O desenho remete para inibição afectiva, com retraimento do seu “eu”, fruto de um sentimento de insegurança e de dependência.

A sua feminilidade surge castrada, apagada nos aspectos regressivos e na condensação entre o infantil e o ser-se velha, com forte identificação à sua mãe perdida. Denunciando, também, um luto ainda em aberto, podendo cair no luto de natureza patológica.

O olhar vazio do desenho da figura humana faz-nos pensar na sua dificuldade em comunicar, comunicar o seu pensamento e os seus afectos, reforçando os traços da introversão,

timidez e melancolia. A tensão interior também é revelada pela repetição de linhas.

Peço-lhe para desenhar a dor (Fig. 2). A paciente desenha uma espécie dum gradiente da dor, através de uma sequência de cores em forma cilíndrica. Então diz-nos:

“A parte azul representa a minha dor de já não puder fazer o almoço dos domingos e reunir os meus filhos.

A parte vermelha é a minha dor de ir à casa deles e estar dependente deles.

A parte cinzenta é a mais triste. É quando os meus filhos não podem almoçar comigo.

A parte castanha é quando as dores são insuportáveis.

A parte verde é quando estou com a minha neta, é a felicidade.

A parte castanha é outra vez as dores físicas insuportáveis.”

O que se pretende com esta paciente é que comece a nomear pela palavra as suas dores física e psíquica, ali, na relação psicoterapêutica comigo, de forma que as suas dores sejam contidas e transformadas em novos sentidos.

Pretende-se que elabore e transforme as suas angústias do abandono e da rejeição. Pretende-se suturar a sua pele psíquica rasgada em faltas, recriando uma Maria mais genuína e livre de pensar e de viver.

Indiquei-lhe o psicodrama

Na sessão do psicodrama, onde participam várias pacientes com dor crónica, a temática da dor centrou-se na nomeação e expulsão das dores inúteis para um inferno imaginário. A Dr^a Ana representava a guardiã desse inferno e estimulava as pacientes a verbalizar os afectos e vivências agressivos associados à dor. Maria, apesar de se mostrar divertida ao ver os outros elementos do grupo expulsar as dores com nomes, menos politicamente correctos, ela própria não conseguiu expressar no jogo a sua agressi-

vidade. Expressa passividade e conformismo.

Na segunda parte do jogo, onde é suposto expressar o corpo liberto de dores, a paciente coreografa bailando com os braços, embala e entrega-se. No final, espontaneamente, aproxima-se da mulher mais idosa do grupo e cuida-a projectando a sua relação com a sua mãe. O rosto de Maria ganha expressão e alguma vitalidade, comentando, no final da sessão, que a solidão e a dependência têm sido as maiores responsáveis do agravamento das dores.

Este exemplo serve para dar uma ideia do meu trabalho na unidade de dor, onde se trabalha o corpo à revelia, porque clivado da história do sujeito. Faz-se um trabalho onde se contém as dores indizíveis e se transformam em

experiências partilháveis e criativas. Oferece-se a oportunidade de se resgatar a identidade do doente, ajudando a ter maior liberdade de se ser quem é. Ajudando também que o sujeito não tenha só lugar na dor, mas que possa ter lugar na relação viva e amorosa, que possa ter lugar no futuro.

Termino com Álvaro de Campos:

***“Os antigos invocavam as musas.
Nós invocamo-nos a nós mesmos.”***

Bibliografia

- Corian SW, Diamond AW. Controlo da dor. Climepsi 1997.
Fleming M. Dor sem nome - Pensar o sofrimento. Afrontamento 2003.
Melzack R, Wall P. O desafio da dor. Fundação Calouste Gulbenkian 1989.
Pontalis JLL. Entre o sonho e a dor. Lisboa: Fenda 1999.

A caminho do cuidar em enfermagem... ... Um outro olhar à pessoa com dor

Maria Madalena Martins¹ e Maria Graça Travanca²

Sumário

Este artigo descreve um projecto de parceria entre os serviços de Cirurgia II e Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta e a Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, de matriz formação/investigação/acção que decorreu entre Junho de 2000 e Junho 2002.

Teve como **objectivo** melhorar e avaliar a prática dos cuidados de enfermagem aos doentes com dor no Serviço de Cirurgia II.

A metodologia alicerça-se nos seguintes princípios pedagógicos: reflexão sobre a prática, o saber da experiência, a monitorização sistemática do processo de transformação das práticas, a neutralidade activa dos responsáveis do projecto face ao poder que atribuem e reconhecem ao grupo de enfermeiros do serviço.

Os resultados obtidos na prática de cuidados de enfermagem foram: **os doentes estão mais analgesados e a dor do doente passou a ter mais valor para os enfermeiros.**

A melhoria na prática de cuidados deve-se ao **estar mais tempo com os doentes**, a conhecer melhor e a acreditar na unicidade da cada pessoa. **A verdade do doente é que determina a decisão do enfermeiro**, e os enfermeiros descobriram a necessidade de **tornar o doente um parceiro dos cuidados.**

A avaliação e registo sistemático das características da dor revelaram-se um **meio de comunicação interdisciplinar** que garante a ajuda eficaz ao doente com dor.

Palavras chave: Dor aguda, VAS (*visual analogue scale*), cuidado de enfermagem, formação em contexto de trabalho.

Introdução

O problema da dor é, sem dúvida, um dos grandes desafios que se coloca à pessoa que a sente e aos que, estando em contacto com ela, tentam minimizar os efeitos “desagradáveis” da dor. É uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento face à dor, tornando esta experiência única e singular.

No hospital a dor encerra uma problemática de resolução complexa, se pensarmos que necessita ser abordada tendo em conta a unicidade da pessoa que a sente, mas sem esquecer também

a singularidade existente na pessoa que tem que cuidar. Remete-nos também para uma interdisciplinaridade no mínimo, difícil de realizar na prática diária dos serviços de internamento nas nossas instituições, com algumas particularidades nas unidades de internamento de cirurgia.

Não é abusiva a afirmação que fazemos pois subscreve a realidade da dor do doente no pós-operatório revelada nos vários estudos efectuados por vários países. Assim, Gouyou e Vidal (1998) dão a conhecer o resultado do seu estudo em que 62% dos doentes verbalizaram sentir dor forte a muito forte em pós-operatório, e dados oficiais dos hospitais de Paris revelavam que 46,4% dos doentes sofriam de dor no pós-operatório. Mac Lellan (1997), apoiada em diversos estudos (Cohen, 1980; Weis, et al., 1983; Donovan, et al., 1987; Melzack, et al., 1987; Kuhn, et al., 1990; Owen, et al., 1990; Wilder-Smith e Schuler, 1992), refere que os doentes a seguir à cirurgia continuam a sofrer de dor moderada a grave.

¹Enfermeira Graduada.
Responsável pela formação em Serviço Cirurgia II
Hospital Garcia de Orta

²Enfermeira Graduada com funções de estomoterapeuta.
Serviço Cirurgia II
Hospital Garcia de Orta, Almada

Todos estes estudos revelam e confirmam o nosso trabalho empírico, onde vemos que o tratamento da dor no pós-operatório continua a ser inadequada.

Edgar (1991) salienta algumas justificações para esta dificuldade no tratamento da dor. Por exemplo, no Canadá a pobreza de conteúdos relativamente ao tratamento e controle da dor, na formação dos médicos e enfermeiras é um facto, constatou Watt-Watson (1989). Já como profissionais 64% dos médicos admitem não terem recebido formação suficiente (Schauer, Wetterman, et al., 1989).

Também, nas equipas de enfermagem, os mitos e preconceitos, juntamente com alguma insuficiência de conhecimentos e competências, interferem no comportamento do enfermeiro ao lidar no doente com dor, afectando de modo significativo a qualidade dos cuidados a estes doentes, facto realçado por Walsh (1989).

Já em 1990, *The Royal College of Surgeon's* (Mac Lellan, 1997) recomendava a introdução na prática do uso de um sistema simples de avaliação da dor, por não existir uma avaliação e registo completo e sistemático da intensidade, localização e tipo de dor, por parte dos enfermeiros (Dawn Camp, 1987; Harrison, 1993). Parece-nos que só uma ausência total de conhecimento do impacto do fenómeno dor no doente, provocado pela sua não medição, legitima as atitudes encontradas nos estudos que a seguir apresentamos. Chapman, et al. (1987) verificaram que 31% das enfermeiras só dão analgésico, a pedido do doente, e que Cartwright (1985) encontrara que 57% de enfermeiras não davam os analgésicos prescritos quando o doente não tinha dor.

É evidente que, conforme continua a referir Mac Lellan (1997), citando investigações de Wilder-Smith e Schuler (1992), Juhl, et al. (1993), Weis, et al. (1983), também a atitude do doente é fundamental no sucesso, ou não, da terapia analgésica, referindo os mitos e preconceitos do próprio doente face à dor. Os estudos referem alguns desses mitos: a inevitabilidade da dor face à cirurgia; daí só se queixarem de dor quando ela já está instalada, e um terço dos doentes vê a dor como fortalecedora do seu carácter.

É muito curiosa a divergência de opinião acerca da importância atribuída à gestão da dor, no estudo de Mac Lellan (1997) na Irlanda; aqui a maioria dos profissionais de saúde considera muito importante este problema (enfermeiras 98%, médicos 81%) comparando com 39% dos doentes (Laing, et al., 1993).

Para melhorar a abordagem ao doente com dor os estudos apontam a necessidade de formação a médicos e enfermeiras (Harmer, 1991; Hamilton e Edgar, 1992), bem como a informação e educação dos doentes, aliada também à necessidade de reaprender e potenciar a utilização dos recursos já existentes (Rawal e Berggren, 1994).

A multidisciplinaridade relativamente ao fenómeno dor é uma estratégia fundamental, como salienta Mac Lellan (1997).

Também em Portugal a evidência da dor como um problema sério é alertada e confirmada, pelo Ministério da Saúde, quando através da Direcção Geral da Saúde, em 2001, lança um Plano Nacional de Luta contra a Dor, em que faz várias recomendações e que de entre outras salienta:

“Torna-se necessário que se assimile o conceito de actuação organizada em analgesia pós-operatória, de forma a que os profissionais de saúde a quem cabe a responsabilidade daquele controle, nomeadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros, se organizem em torno de programas de acção [...] que possibilitem actuações protocoladas [...] garantam a continuidade dos tratamentos e também a sua substituição ou alteração, permitam registos de vigilância com intervalos regulares onde constem, para além dos sinais vitais, a avaliação do grau de dor e sedação, e que, de modo geral, assegurem uma intervenção terapêutica permanente...” (p. 29).

Verificava-se, no ano 2000, no Hospital Garcia de Orta, vontade institucional de alterar o modo habitual de tratamento de dor. Também a equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia II, preocupada com o problema, reagiu com grande receptividade à proposta do enfermeiro-chefe da unidade da dor sobre o seu desejo de realizar um projecto-piloto sobre o alívio da dor aguda no pós-operatório imediato. A metodologia proposta assentava num modelo tradicional de formação em serviço, com a orientação e supervisão individualizada dos enfermeiros. Esta proposta foi renegociada pelo grupo, tendo em conta uma experiência gratificante, de formação em contexto de trabalho, anteriormente vivida (Oliveira, et al., 2000).

Desenvolvimento do projecto

Para conhecer o modo como o grupo vivia o problema do doente com dor, como fazia a sua abordagem e como pensava evoluir, cada enfermeiro, individualmente ou em equipa, respondeu por escrito a 3 questões que nos serviram de base para fazer o diagnóstico da situação:

- **Descreva com pormenor o que faz quando o doente tem dor.**
- **Que dificuldades sente?**
- **O que pensa poder-se fazer de diferente?**

A análise das respostas dadas revelou-nos a descrição da forma de actuar dos enfermeiros perante um doente com dor (Quadro 1).

Em relação às dificuldades no lidar com a dor do doente, elas centraram-se principalmente:

- Nos próprios enfermeiros, identificando necessidades de formação em relação:
 - Avaliar a subjectividade da dor.
 - Avaliar o tipo e intensidade da dor e adequar a analgesia prescrita.

Etapa– Apreciação Caracterização da dor	Intensidade..... 6
	Qualidade/tipo 5
	Localização 3
Etapa– Execução	Chama o médico 7
	Considera a última administração... 4
	Consulta a analgesia prescrita 4
	Acciona a PCA 3
	Administra terapéutica 2
Etapa– Avaliação	Valida a eficácia da medida tomada .. 3

Quadro 1. Descrição do modo como os enfermeiros expressam a sua forma de actuar num doente com dor (dados de Agosto 2000)

- Noutros profissionais, constatando que:
 - Prescrição inadequada/inexistente;
 - Diferença de critérios entre anestesistas e cirurgiões.

No conteúdo das respostas, identificaram-se inúmeras sugestões de melhoria (Quadro 2).

Foi a partir deste diagnóstico de situação que o grupo decidiu investir em intervenções que dependiam essencialmente dos próprios enfermeiros. Deste modo, negociaram a metodologia para viabilizar o projecto:

- Avaliar e registar a dor como 5º sinal vital.

- Avaliar a eficácia do tratamento.
- Monitorização processo, definindo parâmetros de avaliação: quem, como, quando e onde (Quadro 3).

Atingiram-se, assim, vários objectivos:

- Envolver o doente e família no seu processo terapêutico, pois só ele pode expressar a intensidade a dor que está a vivenciar.

Pela equipa de enfermagem	Avaliar e registar a dor 3
	Utilizar técnicas não farmacológicas 3
	Melhorar atendimento ao doente terminal 3
	Ensino pré-operatório..... 2
Pela equipa médica	Melhorar articulação cirurgião-anestesista 2
	Maior sensibilidade dos médicos 1
Pela unidade da dor	Maior disponibilidade (em tempo útil) 4
	Protocolo de articulação unidade dor-serviço .. 1
Intervenção multidisciplinar	Protocolo de tratamento de dor 7

Quadro 2. Sugestões: o que fazer de diferente? (dados de Agosto 2000)

A QUEM?	Em todos os doentes de cirurgia programada nas primeiras 48 h
QUANDO?	No "acolhimento" explicar a escala do VAS e a sua finalidade Mostrar a escala VAS
COMO?	Estratégia de abordagem: perguntar e registar a maior experiência dolorosa vivida (Dor máxima 10 — Sem dor 0)
PERIODICIDADE	Avaliar e registar o VAS, pelo menos, uma vez por turno
ONDE SE REGISTA	Nas notas de enfermagem – coluna de observações (onde já anteriormente se registavam sinais vitais em SOS)
MODO DE AVALIAÇÃO DAS DECISÕES	Após um mês de vivência, análise dos registos no processo clínico pela responsável pela formação

Quadro 3. Avaliar e registar a dor como 5º sinal vital (12/10/2000)

- O doente e família percebem o nosso empenhamento para ter a menor dor possível, facilitando a confiança na equipa.
- Dá-se visibilidade às práticas de cuidados de enfermagem.

A **monitorização do processo de mudança em curso** surge como uma necessidade de partilha de dificuldades, ganhos e de reajustamentos das estratégias. Foi formativa e transformadora, ao induzir uma postura reflexiva convidando o grupo a construir as suas próprias decisões em função dos doentes com dor, da prática, das cooperações possíveis, dos recursos e limites do serviço e instituição, dos obstáculos previsíveis ou encontrados (Perrenoud, 2002).

A implicação na tomada de decisão responsabilizou os enfermeiros na aplicação dos sucessivos e regulares reajustamentos estratégicos. O carácter progressivo da introdução das mudanças traduziu-se em:

- Aplicar o VAS a todos os doentes e ao longo de todo o internamento.
- Explicar a escala de dor no acolhimento ao doente e registar o seu VAS 10.
- Avaliar a dor do doente, simultaneamente à avaliação dos outros sinais vitais, em todos os turnos, e proceder ao seu registo.
- Avaliar e registar a eficácia da analgesia em SOS.
- Uniformizar a linguagem científica dos registos de enfermagem, abolindo termos pouco científicos como "muito queixoso", "com pouco efeito".
- Incluir o VAS como linguagem científica nas passagens de turno.
- Usar o VAS como comunicação interdisciplinar.

- Construção e afixação, em local de grande circulação, de um quadro com informação sobre a avaliação da dor.

O confronto individual e do grupo com os resultados (Quadro 4) obriga a mudanças de representações entre o que desejamos e o que fazemos, sendo a tomada de consciência um elemento essencial para a tomada de consciência das práticas (Couceiro, 1998).

Naturalmente, começam a surgir dúvidas concretas, que nunca se tinham colocado e que são um indício do impacto progressivo do próprio processo de formação, por exemplo:

- Qual é o VAS aceitável? Quando é que o doente está bem analgesiado?
- Administram-se os analgésicos mesmo quando o doente não tenha dor? E se estiver a dormir?
- Quando reavaliar o VAS?

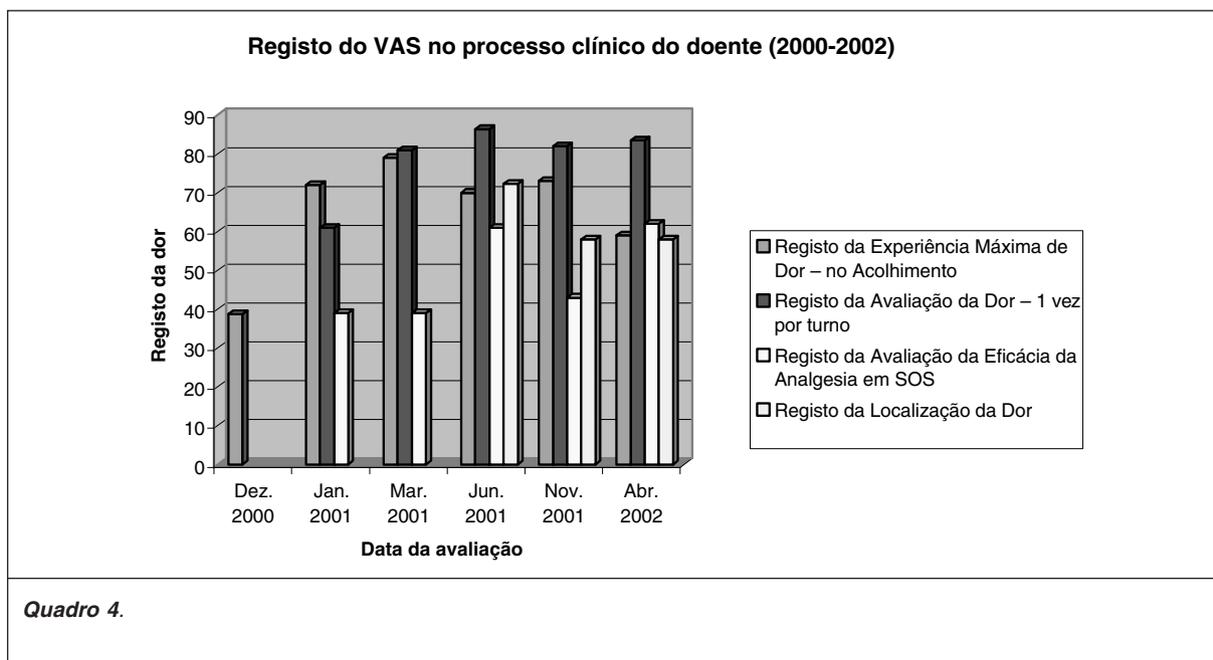
Actualmente, sentimos que estão ultrapassadas, pois aprendemos a torná-las princípios fundamentais da nossa acção e com sentido para nós. Para tal contribuiu também a formação que informalmente, ou para todo o grupo, foi colmatar as necessidades sentidas.

Resultados obtidos

A avaliação do impacto deste projecto **para os enfermeiros** teve por base a análise de conteúdo das respostas à pergunta:

Qual o sentido e valor deste projecto na tua prática de enfermeiro?

Como resultado os enfermeiros reconheceram que o objectivo imediato do projecto foi atingido, **a dor do doente passou a ter mais valor para**



nós e é reconhecido por todos, como ilustram as seguintes expressões dos enfermeiros:

- “Hoje os doentes estão mais analgesiados”, “já não se ouvem gritar os doentes”.
- “Já não regateamos o analgésico.”
- “Temos hoje mais certeza da eficácia da analgesia.”
- “Os próprios familiares reconhecem que nos internamentos anteriores os doentes tinham mais dor.”

Com este projecto descobrimos que melhorámos a nossa prática de cuidados e reconhecemo-nos como melhores enfermeiros, porque **gastamos mais tempo com o doente**. A falta de tempo tornou-se relativa. Era vivida e explicada por alguns colegas deste modo:

- “A sensação de atraso não é real, porque explicar é uma forma de estar a conversar com o doente, demonstrando que lhe estamos a dar atenção.”
- “Os dois ou três minutos a reexplicar não colocam em causa todo o resto do trabalho, pois a medição do VAS é um cuidado natural e integrado no meio de outros cuidados.”

Aprendemos que “gastar tempo” é, ou pode ser, um cuidado! E porque gastamos mais tempo com o doente no acolhimento é inevitável um melhor **conhecimento do doente**.

Compreendemos que a pessoa tem de ser a primeira fonte de dados, tal como afirma Collière (1999). Através da história que cada doente contava sobre a sua dor máxima, conseguíamos ter acesso a momentos significativos da sua história de vida e perceber as suas representações sobre a dor. Para uma doente a dor máxima era a morte do marido ou a ida dos filhos para o Ultramar, e para esta dor dizia “não há régua para medir”.

Começamos a acreditar na singularidade e unicidade de cada pessoa, e o nosso modo de lidar alterou-se progressivamente.

A verdade do doente é que passou a determinar a decisão do enfermeiro. Esta mudança no agir é confirmada pelos enfermeiros quando dizem:

- “Há que acreditar e respeitar acima de tudo o sentir da dor do doente, mesmo que não a consiga quantificar.”
- “Se o doente diz que tem dor, ele está mesmo com dor.”

Descobrimos que é necessário deixar de lado os nossos referenciais e colocarmo-nos ao nível de compreensão do doente, porque a nossa linguagem é-lhe estranha. Tal como exemplificou uma colega:

- “Até o nome de escala lhe era estranho. Em números não entendia, mas percebeu em centímetros, porque era costureira.”
- “Há que encontrar, com os doentes e famílias, formas práticas de nos entenderem. Um dia, comparei com as pontuações do festival da canção.”

Estas estratégias são reveladoras da importância dada pelos enfermeiros em colocar-se ao nível de compreensão do doente, a (re)descobrir a linguagem utilizada pelas pessoas no seu quotidiano, porque fomos ensinados a explicar às pessoas “antes de ter descoberto e compreendido o que elas nos tentam explicar” Collière (1999).

Tomámos consciência que o doente tem vindo a ser, gradualmente, integrado como um **parceiro dos cuidados**. Para isso, sentimo-nos impedidos a informar o doente sobre os motivos do nosso agir, contrariando a prática rotineira em que “não está nos nossos hábitos explicar a

razão das nossas acções”. Os enfermeiros explicitam a mudança da seguinte forma:

- “Há que explicar ao doente porque estamos sempre a perguntar o VAS, e para que serve.”
- “Temos de ter a preocupação de explicar ao doente a melhor forma de colaborar no alívio da dor, tocar sempre que comece a ter dor, mesmo que seja de noite, e dizer que estamos por eles e para eles.”

Ao longo deste percurso, fomos **desenvolvendo um agir mais sensato e pensado**, porque “não podemos fazer as coisas no ar, há que responder concretamente ao que o doente precisa”.

Conhecer a opinião dos doentes acerca do projecto estava previsto como forma de avaliação, mas desenrolou-se quando os enfermeiros lhe encontraram sentido no seu percurso individual e colectivo. A análise das respostas ao questionário permitiu-nos receber o *feed-back* dos cuidados de enfermagem que prestámos aos doentes. Destacamos com frases dos doentes e famílias que ilustram o impacto do projecto.

Existe um controlo mais eficaz da dor:

- “A dor diminuiu e estava controlada.”

A comparação com os outros internamentos é inevitável:

- “Apesar desta vez sentir mais dores parece que desaparecem mais rapidamente.”
- “Das outras vezes não valorizavam tanto as dores, mas desta vez, quase não se pensa nela (a dor).”

Vêm **os enfermeiros como profissionais competentes**. Valorizam a informação que lhes é dada:

- “Ao informar o tipo de dor, ajuda a que seja minimizada”;
- “É preciosa (informação), pois permite sentir-me mais confiante de que a dor pode ser controlada, e é um meio de dar a saber que sofria e quanto.”
- “A equipa de enfermagem actuou de acordo com as dores.”

Reconhecem que os enfermeiros foram mais além, e atenderam a outros factores fundamentais no alívio da dor:

- “O apoio psicológico, a disponibilidade, a eficiência no trabalho.”
- “Os medicamentos e a atenção que os enfermeiros prestam é que alivia a dor.”
- “Gostei da preocupação dos enfermeiros, o meu medo era a anestesia e o resultado da anatomia patológica.”

Para alguns doentes, tal como para nós, foi significativo **sentirem-se parceiros no seu projecto de cuidados**:

- “Perguntavam-me a dor, eu dizia o nº, eu decidia se precisava ou não da medicação.”
- “Senti-me compreendida, senti-me a falar uma linguagem comum a doentes e técnicos, o que é muito importante.”

Para nós enfermeiros, foi bastante significativo chegarmos ao fim do projecto com a noção de que a avaliação da dor do doente deixou de ser um fim e passou a ser um meio para chegarmos junto do doente, para melhor o compreendermos e cuidarmos de um modo único.

Partilhamos o sentimento de que **seremos melhores enfermeiros se quisermos, se reflectirmos, se encontrarmos sentido para o que somos e fazemos**.

Bibliografia

- Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Lisboa: Lidel 1999. ISBN 972-757-109-3.
- Couceiro MLP. Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. Revista de Educação. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa 1998;53-60. VII:2.
- Edgar L. Souffrez-vous de codépendence? Nursing. Québec. 11:6 (Novembre/Décembre 1991) 54-58.
- Gouyou JF, Vidal C. La douleur post-opératoire aiguë de l'adulte: influence de la conception sur la prise en charge. Recherche en Soins Infirmiers 1998;53:87-92.
- Oliveira, et al. O acompanhamento do doente no período perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa. Em: Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde 2000.
- Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão. Porto Alegre: Artmed Editora 2002.
- Plano Nacional de Luta contra a Dor. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa-Portugal 2001.
- Walsh M. Nursing rituals, research and rational actions. Oxford: Butterworth-Heinemann 1989.

Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão

Sandra Jones Deodato

A dor está ligada ao homem desde os primórdios da humanidade. O significado que lhe tem sido atribuído varia com as crenças e valores de cada povo, mas é, indubitavelmente, uma das principais fontes de sofrimento que atormentam as pessoas. 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 extensão do sofrimento. Muito para além da sensação ela é uma percepção moldada pela personalidade de quem sofre e pelos contextos sociais que a rodeiam.

A visão positivista e cartesiana defende sempre uma relação causa-efeito no tratamento da dor, considerando muitas vezes normal, senão benéfica, a sua existência, na medida em que alertava para a disfunção do organismo, dando mais importância ao tratamento da causa do que ao alívio da dor.

Também o valor “redentor” do sofrimento tem sido utilizado na cultura cristã, para justificar a necessidade da sua existência. Por outro lado, o sofrimento dos outros lembra-nos a nossa própria humanidade, e, talvez por isso, o rejeitamos, escondemos e minimizamos.

A frequente exposição dos enfermeiros ao sofrimento dos doentes com a consequente partilha de emoções torna-se desgastante, originando a adopção de mecanismos de defesa que garantem distanciamento da pessoa com dor.

Cuidar a pessoa com dor remete-nos, pois, para uma reflexão sobre a missão da enfermagem. Assim, assumindo o “cuidar” como a essência da enfermagem (Collen, 1991), e entendendo-o como um acto individual que prestamos a nós próprios enquanto seres autónomos, mas também um acto de reciprocidade que prestamos a quem, em determinados momentos da vida, sofre limitações à sua autonomia (Collière, 1999), resulta que o “cuidar em enfermagem” seja sempre uma relação de ajuda. A eficácia desta relação de ajuda necessita um conhecimento em profundidade do outro, mas também de si próprio. Cuidar é, pois, uma relação biunívoca que implica fluxo intersubjectivo entre enfermeiro e utente (Watson, 1994).

Este conceito de cuidar não é compatível com a visão cartesiana da pessoa, que reduz o ser hu-

mano à soma das suas partes, defendendo uma actuação apenas ao nível “da função orgânica ou mental, do órgão, tecido ou célula, isolada do seu “todo” (Collière, 1999:239). Por este motivo a nossa preocupação pela objectividade tem-nos dificultado a própria reflexão sobre a natureza dos cuidados a prestar à pessoa com dor.

Jean Watson (1988), na sua “Teoria do cuidar humano”, orienta-nos para um conceito de cuidar, visto à luz de uma abordagem fenomenológica, em que a pessoa é um “ser-no-mundo” com corpo, mente e alma em permanente interacção, e originando um Eu (*Self*) que é o centro subjectivo que sente e vive no total das partes. Logo, as transacções de enfermagem no cuidar do homem-pelo-homem não podem ser explicadas e compreendidas com uma visão positivista, determinista e materialista. A interacção estabelecida no cuidar implica, por conseguinte, uma aproximação e estabelecimento de contacto entre duas pessoas. E, nesta interacção, pode ser construído um significado do cuidar, se o enfermeiro se consciencializar dos seus valores pessoais e profissionais e demonstrar o valor que o outro tem por si na ajuda que pode empreender com ele. A humanização dos cuidados de enfermagem passa por conseguir estabelecer uma relação verdadeiramente profissional, ou seja, uma relação com a qual se obtenham resultados positivos na óptica da pessoa.

Desta leitura subjaz um modo de ser enfermeiro centrado nas necessidades que a pessoa atribui à experiência que vive. Este modo de ser-estar é alicerçado num sistema de valores e está associado a um profundo respeito pela admiração e mistério da vida, ao reconhecimento da dimensão espiritual da vida e do processo de cuidar e à capacidade de crescimento e de mudança do homem e da humanidade. O processo de cuidados requer consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas mas de elevada consideração pela autonomia humana e liberdade de escolha. É uma preocupação ética dos profissionais de saúde aliviar a dor e o sofrimento (McIntyre, 1995). A ajuda à pessoa com dor tem de partir de uma melhor compreensão da experiência do outro, visando uma aquisição de maior autoconhecimento, autocontrolo e autocuidado, sendo o enfermeiro entendido como um parceiro neste processo que apenas tem significado se defendermos e promovermos um elevado sentido de “ser pessoa”.

Ouvir a dor

Rui Miguel Rosado

Resumo

A partir da apresentação de uma situação de entrevista a uma utente com dor crónica é abordada a complexidade dos elementos presentes na relação de ajuda, com especial ênfase para os aspectos relacionados com a pessoa que ajuda. Sublinha-se a importância do conhecimento que esta tem de si própria de forma a consciencializar a sua comunicação verbal e não verbal e a utilizá-las de forma útil para a pessoa que necessita de ajuda.

Summary

Based on the presentation of a situation of an interview with a patient suffering from chronic pain, we approached the complexity of the elements presented in relationship to her pain with special emphasis on the aspects related to the helper. We looked into the importance of her own knowledge in the way of self-recognition of her verbal and non-verbal communication and to use it in a useful and helpful way.

Inicialmente, entusiasmei-me a ideia de escrever sobre o tema "como ajudar o doente com dor". Com a minha experiência de alguns anos de trabalho na unidade de dor, sentia que havia muito que dizer: falar dos aspectos técnicos, da equipa multidisciplinar, da importância da relação no atendimento destes doentes e das famílias.

Depois, mais reflectidamente, surgiu-me a complexidade da abordagem que caracteriza o trabalho com estes doentes – complexidade que envolve o processo de tratamento, as pessoas e o sentido que tem a dor para cada uma delas, o contexto em que nos encontramos quando estamos a cuidar dos doentes, os conhecimentos técnicos que possuímos. Na minha opinião, torna-se difícil transcrever para o papel um trabalho que, na sua vivência diária, é tão complexo.

Descrever, de forma bem estruturada e abrangente, como se deve ajudar um doente com dor, parece-me difícil devido à diversidade de situações que nos surgem e pelo facto de muitas vezes o fazermos de forma mais sentida do que planeada.

Optei por fazer o relato e a caracterização de uma situação, descrevendo o "acolhimento" e a intervenção que foi realizada, assim como os resultados e a minha reflexão ao longo deste processo.

Terça-feira, cerca das 14 h, no secretariado do piso 8 do hospital, encontravam-se alguns doen-

tes e acompanhantes, com marcação de consulta de primeira vez para a unidade de dor.

Do secretariado informaram-me que podia começar os atendimentos. Saí da sala com a intenção de receber o primeiro doente. Tinha acabado de almoçar e sentia alguma prostração, que o café ainda não conseguira recompor.

Enquanto atravessava o hall que dá acesso ao secretariado onde estava o doente e onde se encontravam também outras pessoas, desviei o olhar para o chão, numa tentativa de me consciencializar de que tinha de me concentrar e procurar mobilizar a minha atenção para observar pela primeira vez alguém que com certeza traria queixas, uma história, uma personalidade única, uma doença. Foi a preparação rápida e possível naquele dia conturbado de tratamentos da parte da manhã, a maior parte deles imprevistos.

Assolou-me a dúvida se conseguiria fazer um bom acolhimento ou se seria traído pela prostração e alguma inércia que me prendia aos acontecimentos vivenciados na parte da manhã.

Brevemente deveria mobilizar o máximo da minha disponibilidade para me envolver atentamente e partilhar mais uma experiência de dor.

Já tinha consultado o processo clínico da doente e o diagnóstico da sua doença. Tratava-se de uma pessoa com diagnóstico de dor pós-herpética, com um longo percurso por vários médicos, centros de saúde e hospitais do norte e centro do país.

Ao preparar-me para esta interacção sabia à partida que não me deveria deixar influenciar por relatos anteriores de outros doentes, outras

queixas; era preciso ouvir, como se fosse a primeira vez, a forma como este doente exprimia a revolta e contava a adaptação a uma série de experiências que normalmente coabitam com a dor crónica.

Ultrapassado o curto espaço que separa a sala de trabalho do secretariado, encontrei, junto ao balcão do mesmo, duas mulheres com idades a rondar, respectivamente, os 70 e os 40 anos, a mais idosa apoiando-se na mais nova.

Vestidas modestamente, denotavam algum desalinho nos cabelos, resultante duma tarde ventosa de Março.

A mais idosa demonstrava alguma ansiedade no olhar, procurando em todas as fardas brancas que ali passavam quem deveria vir ao seu encontro, ao mesmo tempo que protegia o braço direito colocando-o numa posição que me parecia incómoda: mantinha-o suspenso e afastado do corpo, não o apoiando em nada, impedindo apenas, cuidadosamente, que tocassem no que quer que fosse.

Antecipámos o encontro com um cruzamento de olhares. Percebi que era a doente do processo que eu tinha na mão e apresentei-me às duas, chamando a mais velha pelo nome, em tom de interrogação. Entendi no seu olhar a vontade de me avaliar.

Confirmou com um “pois sou” e um suspiro. Imagino-lhe os pensamentos – é este que me vai ver... –, e perguntei se se sentia cansada, uma vez que me pareceu mais uma situação de desconforto do que uma dor forte naquele momento. “Muito, Sr. Dr.” Corrigi, dizendo que era enfermeiro e fui objecto de mais uma prolongada observação, mas ficámos por ali.

Mãe e filha, agarradas pelo braço, formavam um bloco único que rodava de uma só vez, ficando de costas para o guichet do secretariado e de frente para mim, na extremidade direita o braço direito da mãe suspenso e na outra o braço esquerdo da filha segurando um saco plástico cheio de exames e caixas de medicamentos.

Levei algum tempo a perceber aquela dinâmica: a filha preocupava-se em segurar a mãe, que me parecia receptiva a este apoio mas, ao mesmo tempo, defensiva, distanciando-a relativamente ao seu braço doente, impedindo-a que ela ou alguém lhe tocasse.

A forma que encontrei de poder ajudar nesta situação foi oferecer-me para pegar no saco plástico com os exames, visto que considerei ser ainda precoce qualquer intervenção através do toque naquele corpo tão tenso e defensivo.

Precisava de mais tempo para compreender aquela sinergia.

Chegámos rapidamente à sala enquanto mentalmente procurava a melhor forma de dar a entender à doente que eu estava a esforçar-me por compreender o seu desconforto, tinha estado atento à mensagem.

Chegada à sala, olhou com alguma surpresa para as paredes decoradas com quadros e estantes com livros, plantas e uma série de adornos pouco usuais em gabinetes de consultas hospitalares; com outro suspiro sentou-se, fazendo a filha o mesmo.

Disse-lhe: “Então, cansada!?” Acenou-me que sim com a cabeça e, pegando no braço como se segurasse uma arma, pousou-o com todo o cuidado em cima da pequena mesa que estava no centro de nós os três.

Olhei para o braço e olhei-a na cara. Fiz-lhe a pergunta habitual: “Então, fala-me da sua dor?” Senti alguma surpresa no olhar, perguntou-me: “Quer saber mesmo?” Confirmei com um sim de cabeça, e com um sorriso, olhando-a fixamente de frente, estava a começar a gostar dela. De início teve um discurso um pouco complexo, que eu tive dificuldade em compreender e memorizar; procurou palavras, iniciou frases, tudo num curto espaço de tempo, dando a impressão que queria ansiosamente escolher a melhor forma de aproveitar esta oportunidade para falar do que a incomodava.

Pareceu-me que não lhe faziam com frequência esta pergunta.

É possível que amigos, familiares e até mesmo técnicos de saúde, com a melhor das intenções, tentassem com mais frequência desviar a atenção da dor do que disponibilizar-se para ouvir falar dela. A resposta surgiu: “Dói-me tudo”, resposta não focalizada na especificação de uma dor física mas, parece-me, relativa ao sofrimento que envolvia esta dor.

Não era a primeira vez que ouvia esta resposta; será que tinha o mesmo significado que as outras, uma hipervalorização do que sentia, uma chamada de atenção?

Se banalizei esta resposta, se não lhe dei o valor que lhe está implícito, foi porque me perdi a admirar em pormenor as rugas da sua face, como se cada uma fosse uma palavra, uma experiência de vida. Cada uma tinha um significado, uma história, no seu conjunto eram a expressão da dor.

Uma das coisas que inicialmente me cativou nesta pessoa foi a sua forma de comunicar com o corpo, o que funcionou várias vezes como agregador e desagregador da relação: agregador porque se expressava fielmente numa forma não verbal, desagregador quando me distraía, a adivinhar as mensagens dos pormenores desalinhados do seu corpo.

Percebi que devia estar pouco atento e que qualquer expressão minha devia denunciar isso. Empenhei-me em olhá-la de frente e a partir daqui senti que um desvio do olhar, uma consulta ao relógio ou até mesmo um escrever no processo, punha em risco a relação de confiança que se estava a construir.

Falou-me das suas queixas físicas: a dor no braço começava na ponta dos dedos, su-

bia-lhe ao ombro e tomava-lhe o corpo todo, apanhava-lhe a cabeça e tomava-lhe as pernas. Correu muitos médicos, todos eles muito simpáticos mas não lhe tiraram a dor. Deram-lhe pomadas, fizeram-lhe infiltrações e até lhe deram comprimidos para dormir. Aquilo foi mal que lhe fizeram, foi inveja, porque tinha uma família muito feliz. Quando a dor era mais forte apertava-lhe na garganta, aumentava a intensidade e atingia um valor superior a 10, na escala visual analógica, que lhe dera para quantificar a sua dor.

Disse-me que essas crises duravam muito tempo, mais à noite e quando estava só. Localizou sem hesitar a sua dor, pintando no esquema do corpo humano que lhe dei, toda a parte superior na face anterior e posterior.

Na alma, sentia a dor de uma família separada, porque todos se tinham casado e saído de casa e da terra onde moravam, em Aveiro; e tinha muitas saudades de lá, porque tinha vindo viver para Almada, para casa de uma filha casada.

Trabalhar, não podia, não podia fazer nada, era um embaraço para a família e ela não podia ajudar. Medos, não tinha, sabia que aquilo não era uma doença má; tinha medo, sim, que a neta não acabasse o curso, que acontecesse alguma coisa à filha e ao genro e de nunca mais voltar à terra.

Da morte também falou como alternativa a tanto sofrimento.

A sua dor já tinha sido motivo de alteração de alguns projectos da família e, directa ou indirectamente, tinha adiado a data do casamento do filho mais novo, desorganizado e organizado grupos dentro da família alargada de forma a ter o maior número de pessoas ao seu redor.

Ouvi a sua dor, esforcei-me por me concentrar nos seus relatos; durante alguns momentos falou com uma tristeza enorme e por vezes com algum entusiasmo, quando falava do passado feliz, mas que tinha perdido.

Ouvi, à velocidade que as descrições decorreram. Tive a sensação de ter feito poucas intervenções. Libertei-me dessa preocupação e entreguei-me ao prazer de adivinhar o que ela não dizia, ler nas entrelinhas e deliciar-me com as suas expressões.

Empenhei-me mais num trabalho de postura corporal correcta de modo a captar a sua atenção e demonstrar disponibilidade e aceitação sobre o que me era dito, deixando-me entregar à sua capacidade de sedução do olhar e das palavras.

Tirando as perguntas directas que eu lhe fiz e as tentativas frustradas das interferências da filha ela dominou todo o tempo da consulta.

Quando procurei dar por terminado o tempo desta entrevista, demonstrando-o com um gesto de fechar o processo e reunir os papéis, olhou para o braço imóvel que tinha permanecido es-

quecido durante todo este tempo no centro de nós os três e apoiado sobre a secretária. Disse tocando levemente com as pontas dos dedos da outra mão “parece que adormeceu agora”.

Acabada a consulta de enfermagem a doente foi conduzida para outra sala onde se processaria a consulta multidisciplinar constituída por profissionais de várias especialidades que estavam reunidos à volta duma mesa oval de madeira. Eu já tinha dito antecipadamente qual era a minha percepção da dor desta doente.

Entramos. A doente, apoiada pela filha, mostrou-se novamente surpreendida com a decoração da sala e o número de pessoas à volta da mesa. Após uns breves segundos em que olhou atentamente para tudo e todos à sua volta, sentámo-nos os três.

Do grupo de médicos, houve um que se dirigiu a ela e com um sorriso perguntou-lhe: “Então conte-me lá onde é que lhe dói.”

A resposta pronta foi “O senhor doutor não vai acreditar. O senhor enfermeiro acredita”, apontando para mim com a mão do braço saudável.

Surpreendeu-me esta afirmação, pois em altura alguma eu tinha verbalizado que acreditava ou não na sua dor.

Tinha ficado com a sensação de que me tinha disponibilizado para ouvir a história de uma pessoa, e tinha gostado demais, o que quase me inquietava como atitude profissional.

Porque nos recordamos de determinados doentes quando procuramos a recordação de uma história? Porque é que empatizamos mais com uns do que com outros? Entusiasmar-se ou não pelo doente será correcto? E o que é o entusiasmo desejável?

Afinal, o que fez com que a utente sentisse que eu acreditava na sua dor? Ou, dito de outra maneira, o que me fez entrar em relação com a pessoa que me falou da sua dor?

E como posso reflectir a situação a partir dos modelos teóricos de relação de ajuda que norteiam a minha conduta profissional?

Surpreendido pela expressão “acredita na minha dor” e pela consciência de que poucas palavras tinham sido ditas, a minha reflexão foi no sentido do que tinha sido comunicado através da linguagem do corpo.

Ao longo de toda a interacção fui-me consciencializando dos pensamentos e emoções que estava a sentir e em simultâneo da necessidade de estar presente com qualidade no contacto com a pessoa que tinha à minha frente. Tive consciência que a continuação ou não da comunicação por parte da utente dependia do meu olhar, da minha expressão facial, dos meus gestos e da distância relativa entre nós que demonstrava também a importância do braço, materializando a dor.

Parece-me que o resultado desta interacção foi a capacidade de interagir ao nível da neces-

sidade mais profunda que a pessoa experimentava, necessidade de ser ouvida e aceite na sua experiência de sofrimento.

Nós, como técnicos, temos sentimentos e emoções, mas a tomada de consciência desses sentimentos tem de permitir a correcção da vontade de pôr em prática alguma intervenção mais tendenciosa para nos levar a utilizar e exprimir o que sentimos de uma forma útil para a pessoa que necessita de cuidados.

O facto de os técnicos sentirem coisas diferentes perante pessoas diferentes deve estimular o conhecimento sobre nós próprios para facilitar uma maior compreensão das pessoas de que cuidamos e sustentar a procura das atitudes e comportamentos mais úteis ou adequados para as situações em presença.

É fácil teorizar, mais difícil interiorizar modelos de relação, mas difícil mesmo é pôr na prática diária, antes e depois do almoço, as atitudes e comportamentos preconizados pelos modelos que, em contextos académicos, aprendemos como sendo os ideais. No dia a dia a nossa atenção é muitas vezes desviada para a nossa vida pessoal ou para o cansaço físico, traímos na expressão, porque olhamos para o relógio, espreitamos pela janela ou perdemo-nos a planejar a tarefa que vamos fazer a seguir.

A teoria dá-nos segurança porque nos permite o recurso ao modelo quando sentimos o desconforto da incerteza, da dúvida da avaliação ou até do fracasso de uma interacção.

Nas situações profissionais do dia-a-dia é-me difícil saber se aplico ou não os modelos de relação aprendidos. No entanto, a teoria pode introduzir a diferença, pela possibilidade de suscitar a interiorização de dimensões que facilitam uma actuação mais reflectida e possivelmente mais eficaz, muitas vezes à custa da reflexão posterior, com calma, sobre um turbilhão de sensações vividas à pressa na interacção.

Entrar “em relação com” é aceitar lidar com o imprevisto. De cada vez sou tocado pela pessoa, pela maneira como a pessoa fala de si, faz referência à sua vida, à forma como refere a sua dor e ao significado que lhe dá.

Para lidar com o imprevisto recorro à autenticidade. Esta atitude é aquela que me é mais fácil mobilizar e todas as outras surgem depois, à medida que estou mais à vontade na situação, mais seguro e também conhecendo melhor “o problema”.

A disponibilidade para ouvir a história nova e única que cada pessoa traz é que faz com que toda a situação seja agarrada com autenticidade – que Chalifour (1989) define como um estado de acordo interno entre o que a pessoa é realmente, o que pensa e sente e o que comunica.

Para que esta atitude seja realmente vivida e comunicada à pessoa de uma forma útil é necessário autoconhecimento e a capacidade de discernir o que deve ser comunicado.

A autenticidade necessita ser constantemente enriquecida com a análise e a reflexão que me permite ser um observador de mim próprio, observador do que sou como pessoa, do que faço e porque o faço, aceitando por vezes que o que fiz pode não ter sido o mais adequado mas que fui atento à mensagem que me foi transmitida pela outra pessoa.

Na continuação do acompanhamento desta utente na unidade de dor fomos confirmando a sua grande necessidade de ser ouvida e aceite como pessoa, com capacidade de intervenção e de ser útil.

Foi sujeita a terapêutica analgésica por via sistémica e local, tinha melhoras e recidivas. Piorava, sobretudo quando algum incidente familiar lhe aumentava a ansiedade.

Sempre que recorria à unidade procurávamos dar-lhe a atenção possível. Procurámos conhecê-la melhor, e com ela e com a família saber quais as situações em que se queixava menos e quais os seus hábitos preferidos.

Não obedecia aos horários propostos por nós e aparecia sempre que a dor aumentava, vinha sem a companhia ou o consentimento da filha, trazida pelo desespero, exibindo o braço queixoso à frente do corpo como se fosse um salvo-conduto, para passar à frente de tudo e de todos e chegar até à unidade.

Assim que nos sentávamos a ouvi-la, o seu desespero acalmava mesmo antes de lhe iniciarmos qualquer terapêutica. Aos poucos a distância física que nos separava do seu braço foi diminuindo e foi-nos permitindo tocar-lhe, muitas vezes sentia como se fosse um terceiro ser que estava connosco, contemplávamo-lo procurando aliviá-lo das mais diversas formas, inclusivamente a massagem foi por vezes uma forma de intervenção. Passado este primeiro momento de ajuda, falava-nos das suas preocupações, dos filhos e dos netos. E aqui dava-nos as lágrimas que trazia guardadas e que dizia não poder chorar em casa, porque não a deixavam.

Inserimo-la num grupo de terapia ocupacional. Aí, ela esquecia completamente a sua dor; não se limitava a adoptar uma postura passiva ou de colaboração nas actividades por nós propostas, procurava mesmo liderar o grupo e até boicotar as sugestões propostas por quem o orientava.

Descobrimos que as suas queixas melhoravam substancialmente quando os filhos se organizavam e lhe proporcionavam estadias prolongadas na terra, naquela que fora a sua casa durante muitos anos, onde tinha os amigos e recordações de outros tempos e de alguns que já tinham morrido.

Escolhi falar desta experiência por ter sido tão significativa, por me ter revelado de uma maneira intensa que cuidar pressupõe três dimensões: um determinado contexto institucional, neste caso a unidade de dor, que favorece um ambiente de escuta e atenção à pessoa; os valores da profissão, neste caso a enfermagem e

os pressupostos teóricos que me orientam; e a dimensão pessoal – o meu eu e a minha história de vida, em que as memórias da relação com os mais velhos, os avós da minha infância e juventude, me trazem ainda hoje uma recordação de presença e de afectos.

Bibliografia

- Chalifour J. La relation d'aide en soins infirmiers. Québec: Lamarre 1989.
Melzack R, Wall P. O desafio da dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1987.
Metzger C, Muller A, Schwetta M, Walter C. Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência 2002.
Rogers CR. Tornar-se pessoa. 7ª ed. Lisboa: Moraes Editores 1985.