

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GREICE DE MEDEIROS STEFANI

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA E DOR
CRÔNICA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO À CRIANÇA
ONCOLÓGICA**

Porto Alegre

2008

GREICE DE MEDEIROS STEFANI

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA E DOR
CRÔNICA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO À CRIANÇA
ONCOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Ms^a. Helena Becker Issi

Porto Alegre

2008

De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando

A certeza de que precisamos continuar

A certeza de que seremos interrompidos antes de
terminar

Portando, devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

À Deus,

Aos meus pais, Gil e Heloísa, que sempre me incentivaram e que me ensinaram que o estudo sempre foi e será a maior herança.

A minha querida tia Deda, pelo carinho e incentivo.

Ao Frederico, que no seu silêncio sempre esteve presente.

Com carinho, e muita alegria Greice.

RESUMO

A dor na criança com câncer está relacionada não somente à doença, mas também aos diversos procedimentos que compõem o tratamento e suas conseqüências adversas. É o diagnóstico de enfermagem que oferece a possibilidade do uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente, auxiliando na escolha das intervenções de enfermagem e na avaliação. Esta pesquisa tem como objetivo estudar fatores relacionados e cuidados de enfermagem para o diagnóstico “dor” com vistas a qualificar a Sistematização da Assistência de Enfermagem à criança oncológica mediante complementação ao Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Caracteriza-se como um projeto de desenvolvimento, realizado por intermédio de revisão bibliográfica e da construção de uma proposta de complementação. Com base em Goldim (2000) que orienta a implantação de uma nova atividade a partir de referencial específico criteriosamente estudado, para apresentação da proposta de inserção de fatores relacionados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico dor, utilizou-se o referencial da North American Nursing Diagnoses Association - NANDA (2008), Classificação das intervenções de enfermagem - NIC (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008) e Carpenito (2008). Como resultados, confirmou-se a necessidade de complementação de fatores relacionados que incidiram em *imobilidade, irritantes químicos, toxicidades ao tratamento e efeitos do câncer*; e complementação dos cuidados de enfermagem voltados a terapias convencionais e alternativas a serem inseridos no Sistema no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem dor na criança com câncer. A avaliação da dor como o 5º sinal vital, prescinde de qualificação das etapas que constituem a Sistematização da Assistência de Enfermagem em pediatria, fornecendo subsídios para a escolha das intervenções de enfermagem apropriadas, contribuindo assim para a prática profissional do enfermeiro em oncologia pediátrica.

Descritores: Assistência de enfermagem – Câncer – Dor – Diagnóstico de enfermagem – Enfermagem oncológica – Enfermagem pediátrica – Oncologia – Pediatria.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral	10
2.2	Objetivos específicos	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	Dor aguda e Dor crônica	11
3.1.1	Dor aguda	11
3.1.2	Dor crônica	12
3.2	Dor oncológica	12
3.2.1	Etiologia e classificação da dor oncológica	13
3.2.2	Dor em oncologia pediátrica	13
3.3	Sistematização da Assistência de Enfermagem	15
3.3.1	Anamnese e exame físico	16
3.3.2	Diagnóstico de Enfermagem	17
3.3.3	Prescrição de Enfermagem	18
3.3.4	Evolução de Enfermagem	19
3.4	Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de Estudo	21
4.2	Materiais	21
4.3	Coleta e análise dos materiais	22
4.3.1	Revisão bibliográfica	22
4.3.2	Construção de uma proposta de complementação	22
4.4	Aspectos éticos	23
5	RESULTADOS	25
5.1	Cadastro do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA relativo ao diagnóstico dor	25
5.1.1	Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda	25
5.1.2	Diagnóstico de Enfermagem: Dor Crônica	28
5.2	Fatores relacionados à Dor Aguda e Dor Crônica	29
5.3	Intervenções de Enfermagem	30

5.3.1	Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda	31
5.3.2	Diagnóstico de Enfermagem: Dor Crônica	41
5.4	Proposta de complementação do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA relacionado ao diagnóstico da dor	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	61
	ANEXO A – CHIPPS – Escala de Dor	63
	ANEXO B – EVA – Escala Visual Analógica	64
	ANEXO C – Termo de Compromisso para Utilização de Dados do HCPA	65
	ANEXO D – Carta de Aprovação COMPESQ/EEUFRGS	66
	ANEXO E – Carta de Aprovação GPPG/HCPA	67

1 INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para Estudo da Dor define a dor como uma sensação ou experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos deste dano (OKADA *et al*, 2001). Este conceito evidencia que a dor provém tanto do plano fisiológico quanto do plano psicológico, e devem ser considerados interligadamente ao falarmos da dor na criança (BOETTCHER, 2007).

Já para Caran (2007), a dor é considerada o mais persistente sintoma do câncer disseminado e/ou refratário, podendo apresentar fatores etiológicos múltiplos e complexos. No paciente com câncer a dor pode relacionar-se ao tumor, a procedimentos, aos tratamentos ou às causas não vinculadas a neoplasia.

Dentre os principais sintomas referidos, e mais temidos, pelos doentes oncológicos, a dor é freqüente. Cerca de 3,5 milhões de pessoas convivem com dor oncológica diariamente em todo o mundo. Em 70 a 90% dos doentes com neoplasias malignas, a dor apresenta-se como sintoma principal (PAVANI, 2000). A dor pode ser classificada como aguda ou crônica. Essas duas classificações são consideradas experiências sensoriais e emocionais desagradáveis que surgem de lesão tissular real ou potencial. O início pode ser súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com uma duração de menos de seis meses para dor aguda e de mais de seis meses para dor crônica (NANDA, 2008).

Segundo Pavani (2000), as dores do câncer representam 5% das dores crônicas. Geralmente a maioria dos pacientes não consegue defini-las. Costumam ser mal localizadas e imprecisas, devido às múltiplas causas que justificam sua ocorrência. Por sua vez, a enfermagem pela própria característica de seu trabalho, defronta-se inúmeras vezes com situações em que a dor é o componente importante no estado geral do paciente, sendo necessária perspicácia para o processo de avaliação.

Existe um número limitado de estudos da dor em crianças o que, presume-se, decorre das dificuldades relacionadas à própria definição de dor (TORRITESI; VENDRÚSCULO, 1998). A dor na criança com câncer está relacionada não somente à doença, mas também a diversos procedimentos que compõem o tratamento e suas conseqüências adversas. Os primeiros passos na abordagem de uma criança com dor são o exame clínico e a avaliação das características do processo doloroso, buscando a sua etiologia primária e os fatores físicos e psicológicos que possam estar contribuindo de forma secundária

(SILVA; SILVA 2006). Neste sentido, focalizando a dor do paciente oncológico, a práxis diária da enfermagem pediátrica prescinde de uma fundamentação científica e sistematizada a fim de nortear os processos de cuidado.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia através da qual as estruturas teóricas e científicas são aplicadas à prática do cuidado. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais e está voltada para a satisfação das necessidades humanas. Ainda, objetiva oferecer uma estrutura através da qual as necessidades individuais do paciente possam ser satisfeitas. A SAE propõe tornar visível o saber e o fazer da enfermagem como profissão, através de uma linguagem padronizada e universal. Constitui-se de quatro etapas, a anamnese e exame físico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, e a evolução de enfermagem (LAURENT; DIAS, 2006).

O diagnóstico de enfermagem é uma das formas de expressar as necessidades de cuidados de quem se cuida, tornando possível a aplicação de intervenções de enfermagem. É o diagnóstico que oferece a possibilidade do uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente, auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem e na avaliação, promovendo uma melhor comunicação entre os profissionais (DOENGES; MOORHOUSE, 1999).

Para facilitar a aplicação da SAE à prática do cuidado, foi desenvolvido e implantado o uso do computador no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como ferramenta para implementação do processo de enfermagem, contemplando as suas quatro etapas. Esta ferramenta faz parte de um sistema corporativo de assistência ao paciente, tendo como foco os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. O sistema apresenta um desempenho positivo quanto ao aspecto de agilizar a determinação dos diagnósticos e prescrição das intervenções de enfermagem (CROSSETTI *et al*, 2002). São necessárias constantes avaliações para o aprimoramento dos sistemas informatizados que buscam garantir fidedignidade à prática da SAE. É através da revisão minuciosa e cuidadosa das várias etapas que contemplam a aplicação de um diagnóstico na prática, que se possibilita a adequação das intervenções de enfermagem às necessidades da criança oncológica com dor. Para Elizalde e Almeida (2006), a implantação dos Diagnósticos de Enfermagem e a Informatização da Prescrição de Enfermagem trouxeram benefícios ao trabalho das enfermeiras. A partir dessa implantação, as enfermeiras conseguiram priorizar e individualizar os cuidados nas suas prescrições sistematizando, assim, a assistência de enfermagem.

Por ocasião do estágio curricular no ensino da graduação na disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança pude constatar que a dor é uma presença constante na maioria dos pacientes pediátricos oncológicos, acionando a necessidade de uma práxis que contemple uma abordagem abrangente, desde as intervenções no cotidiano do cuidado, quanto sua inclusão nos planos de cuidados estabelecidos e prescritos pelo enfermeiro, o que pressupõe sua inclusão nos processos de informatização. Desta forma, dor aguda e dor crônica são diagnósticos de enfermagem prioritários e as enfermeiras da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA manifestaram a necessidade de ampliar este diagnóstico de forma que contemple outros fatores relacionados e cuidados de enfermagem, além daqueles que já estão inseridos no sistema informatizado do processo de enfermagem da instituição.

Portanto, este trabalho constitui-se de um projeto de desenvolvimento cuja revisão acurada da SAE na literatura no que tange ao diagnóstico de enfermagem da dor na criança oncológica e fatores relacionados, venha contribuir para a prática profissional do enfermeiro em oncologia pediátrica, mediante a construção de uma proposta com as complementações necessárias. Tem-se como finalidade, ainda, o encaminhamento da proposta ao Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) do HCPA para atualização do sistema informatizado.

2 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos os objetivos deste trabalho.

2.1 Objetivo geral

Propor fatores relacionados e cuidados de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem “dor” na perspectiva de qualificar a SAE à criança oncológica visando a complementação do Sistema de Prescrição de Enfermagem Informatizada do HCPA.

2.2 Objetivos específicos

- Buscar na literatura os fatores relacionados e as necessidades de cuidado à criança oncológica, para os diagnósticos de enfermagem “dor aguda” e “dor crônica”.
- Comparar os fatores relacionados identificados na etiologia e os cuidados de enfermagem com os dados existentes nos registros atuais do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA.
- Elaborar uma proposta de complementação dos fatores relacionados e cuidados de enfermagem ao Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA para os diagnósticos de enfermagem “dor aguda” e “dor crônica” da criança oncológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, serão abordados os seguintes temas: dor aguda e dor crônica, dor oncológica e dor em oncologia pediátrica, Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA.

3.1 Dor aguda e Dor crônica

Conforme a taxonomia II da North American Nursing Diagnoses Association - NANDA International (2008), os conceitos de dor aguda e dor crônica serão apresentados a seguir juntamente com as suas características definidoras e fatores relacionados.

3.1.1 Dor aguda

É uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de, no máximo, seis meses. As características definidoras são obtidas através do relato verbal ou codificadas; evidência observada; posição antálgica para evitar a dor; gestos protetores; comportamento de defesa; expressão facial; distúrbio do sono cujas manifestações são olhos sem brilho, aparência abatida, careta; foco em si próprio; foco estreitado em que percepções do tempo estão alteradas, os processos de pensamento estão prejudicados, e a interação com pessoas e o ambiente estão reduzidas; comportamento de distração; respostas automáticas como diaforese; alterações autonômicas no tônus muscular; comportamento expressivo; mudanças no apetite e na alimentação. Os fatores relacionados à dor aguda são agentes lesivos biológicos, químicos, físicos e psicológicos (NANDA, 2008).

3.1.2 Dor crônica

É uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses. Suas características definidoras são mudanças no peso; relato verbal ou codificado ou evidência observada de comportamento de proteção, comportamento de defesa, expressão facial, irritabilidade, foco em si próprio, agitação, depressão; atrofia do grupo muscular envolvido, mudanças no padrão do sono, fadiga, medo de nova lesão, interação reduzida com as pessoas, capacidade alterada de continuar as atividades prévias, respostas mediadas pelo simpático; anorexia. Os fatores relacionados são incapacidades física/psicossocial crônica (NANDA, 2008).

3.2 Dor oncológica

Segundo Leão e Chaves (2007), a presença da dor oncológica é um fato que preocupa não apenas pacientes portadores de câncer e seus familiares, mas também os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados. A dor oncológica manifesta-se em 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de câncer nos diversos estágios evolutivos da doença, sendo observada em 70 a 90% dos indivíduos com neoplasias avançadas.

O problema da dor oncológica é grave e exige atuação eficaz dos profissionais de saúde para seu controle. Para isso torna-se necessário o conhecimento sobre os mecanismos fisiopatológicos, aspectos psicossociais e emocionais relacionados à doença, métodos utilizados para sua avaliação e terapêuticas disponíveis para seu controle. Ao enfermeiro cabe papel importante na avaliação da dor oncológica, orientações e implementação da terapêutica, auxílio na avaliação da eficácia da terapêutica implementada e apoio ao indivíduo e à família durante todo o processo da doença (LEÃO; CHAVES, 2007).

3.2.1 Etiologia e classificação da dor oncológica

O paciente oncológico sente dor devido a fatores relacionados diretamente ao tumor primário e suas metástases, quando da invasão tecidual pelo tumor, compressão de vísceras e nervos; ao tratamento, que tem como consequência o aparecimento de mucosites pós quimioterapias ou neurites pós radioterapia; a neoplasias como, por exemplo, a ocorrência de distensão muscular, cefaléia, entre outras (PAVANI, 2000).

Segundo Leão e Chaves (2007), a dor oncológica pode ser classificada em três categorias distintas, quais sejam: dor somática, dor visceral e dor neuropática. Assim, a dor somática ocorre devido à ativação de nociceptores cutâneos e profundos. Geralmente é bem localizada e caracterizada como pontada ou facada. Na dor relacionada ao câncer são exemplos a dor pós-operatória e a dor provocada por metástase óssea. A dor visceral ocorre em consequência da compressão, distensão, estiramento de vísceras torácicas ou abdominais. Caracterizada como pressão ou aperto, pode estar associada a náuseas e vômitos. Pode, também, ser referida em estruturas distantes daquelas comprometidas. Exemplo desse tipo de dor é aquela provocada pela presença de tumor de alça intestinal ou tumor hepático. Já a dor neuropática ocorre quando há lesão parcial ou completa no sistema nervoso central ou periférico. No processo oncológico, tal dor pode surgir devido a processos tumorais infiltrativos, ação de quimioterápicos, lesão pós radioterapia ou lesão traumatocirúrgica. Geralmente é descrita como sensação de queimação, choque, formigamento ou latejamento, como aquela identificada no período pós amputação de um membro ou na plexopatia braquial devido à invasão de um tumor cervical.

3.2.2 Dor em oncologia pediátrica

As crianças compreendem precocemente o conceito básico da dor. A dor na criança com câncer está relacionada não somente à doença, mas também aos diversos procedimentos que compõem o tratamento e suas consequências adversas. Fatores ambientais, psicológicos, familiares e culturais afetam profundamente os limiares de dor e sofrimento na criança com câncer. Os fatores ambientais e as atitudes da equipe multidisciplinar, associados ao

comportamento, às apreensões, e ao estado emocional das crianças influem profundamente no aumento ou diminuição da dor (SILVA; SILVA 2006).

A maioria das crianças com câncer está suscetível a experimentar dor importante em algum momento no curso da doença. A dor pode ser produto da própria doença ou resultar de intervenções como procedimentos diagnósticos, cirurgias, radioterapia ou quimioterapia. Na criança, ao contrário dos adultos, a maioria das situações dolorosas resulta do próprio tratamento e dos procedimentos diagnósticos, mais do que da doença em si.

Embora na maioria das vezes a dor do paciente oncológico pediátrico esteja relacionada com o tratamento, um razoável número de crianças (cerca de 1/3) experimenta a dor conseqüente à doença, mesmo quando há uma boa resposta inicial ao tratamento. O envolvimento direto do osso, víscera profunda ou nervos resulta em dor somática, visceral e neuropática, respectivamente. A dor somática é tipicamente bem localizada e freqüentemente descrita nos pacientes com comprometimento ósseo primário ou metastático ou na incisão operatória. A dor visceral resulta da infiltração, compressão, distensão ou estiramento de vísceras torácicas ou abdominais pelo tumor, freqüentemente descrita como profunda, em aperto e que pode estar associada a náuseas, vômitos e sudorese. A dor neuropática resulta mais comumente da compressão ou infiltração de nervos periféricos ou do cordão espinhal pelo tumor. Também pode decorrer de lesão induzida por radioterapia ou quimioterapia. Nela o paciente queixa-se de desconforto, disestesia ou alodinia (SILVA; SILVA 2006).

Leão e Chaves (2007) relatam que há três formas de se investigar a dor que uma criança está sentindo. Através do que a criança diz, perguntando para a criança o quanto de dor ela está sentindo. Somente quem está sentindo a dor pode saber o quanto dói. Deve-se perguntar à criança sobre sua dor de uma forma que ela possa entender e encorajá-la a contar o quanto de dor ela realmente está sentindo. Observar o que a criança faz quando está com dor, normalmente choram, fazem caretas de dor, apertam ou esfregam o lugar onde dói e, freqüentemente, ficam menos ativas, comem e dormem menos que o usual. Dores agudas e intensas causam mais alterações comportamentais do que dores crônicas ou recorrentes. Às vezes, a criança não quer falar sobre sua dor, podendo até mesmo tentar escondê-la, por medo de que o tratamento seja pior do que a própria dor (tomar injeção, por exemplo). E, como o corpo da criança reage, através de batimentos cardíacos, da pressão arterial, da transpiração e da quantidade de oxigênio ou de dióxido de carbono no sangue ficam alterados em resposta a uma dor aguda. Entretanto, essas alterações são de curta duração, não ocorrem nas dores crônicas e não se relacionam exclusivamente com a presença de dor: essas medidas biológicas também podem estar alteradas em função de ansiedade, fome ou por causa de alguma

condição clínica. Assim, as alterações nesses parâmetros biológicos, juntamente com a observação de alterações nas expressões faciais, são as formas mais amplamente utilizadas de avaliação da dor nesses casos.

Conforme Silva et al (2004), a avaliação da dor deve ser somada à rotina da mensuração dos sinais vitais, merecendo tanta atenção quanto os demais sinais, tais como a frequência cardíaca, frequência respiratória, a temperatura e a pressão arterial, sendo desta maneira considerada como o 5º sinal vital.

No HCPA existe um Grupo de Estudos¹ constituído por enfermeiras de todas as unidades voltadas à pediatria que, visando contribuir para a melhoria da assistência à criança, implementaram o uso de escalas para a avaliação da dor como 5º sinal vital. Dentre a diversidade de escalas existentes, foram colocadas em uso as escalas de CHIPPS (Children and Infant Post Operative Pain Scale) – Escala de Dor (BUTTER; FINKE, 2000) validada por Alves em 2007 (ANEXO A), para avaliar a dor em crianças de 0 a 5 anos; e EVA – Escala Visual Analógica (HUSKISSON,1983) (ANEXO B) para crianças maiores de 5 anos, para medir a intensidade da dor referida pelo paciente. A avaliação da dor através da utilização de escalas colabora para o cuidado de enfermagem favorecendo a decisão sobre as providências cabíveis para o alívio da dor, sendo assim registrada na folha de controle de sinais vitais dos registros da criança.

3.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou, o processo de enfermagem, objetiva principalmente oferecer uma estrutura através da qual as necessidades individuais do paciente, da família e da comunidade possam ser satisfeitas. Compreende uma série planejada de ações que visam ao bem-estar do paciente ou ao máximo de qualidade de vida pelo tempo que for possível (LAURENT; DIAS, 2006).

¹ FERREIRA *et al.* Implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital nas unidades pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Serviço de Enfermagem Pediátrica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2008.

O processo de enfermagem é sistemático e consiste de cinco passos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É humanizado, pois para o planejamento dos cuidados prestados, considera os interesses, os ideais e os desejos do cliente (LEÃO; CHAVES, 2007). Laurent e Dias (2006), afirmam que para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados a anamnese e o exame físico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem e a evolução de enfermagem. Para fins deste trabalho, serão utilizados tanto os referenciais de Leão e Chaves (2007) quanto Laurent e Dias (2006) com vistas a descrever as etapas metodológicas da Sistematização da Assistência de Enfermagem pretendida.

3.3.1 Anamnese e exame físico

A anamnese e o exame físico são etapas metodológicas distintas na avaliação do paciente e compreendem a primeira etapa da SAE. A anamnese é uma das formas de coleta de informações referentes ao paciente, à família ou à comunidade, tendo como objetivos, estabelecer uma relação entre enfermeiro, paciente e família, conhecer os fatores pessoais, familiares e ambientais relacionados ao processo saúde/doença, obter elementos para guiar o enfermeiro no exame físico do paciente e direcionar as intervenções de enfermagem para as necessidades de cuidados (LAURENT; DIAS, 2006).

Segundo Leão e Chaves (2007), na aplicação da anamnese em pacientes com dor, devem ser levantadas informações referentes à dor do paciente como, o início, a localização, a intensidade, as características sensitivas, a duração, a variação e o ritmo, os fatores de piora e melhora, os prejuízos nas atividades de vida diária, a maneira ou forma de expressar a dor e o uso prévio de medicações e de outras intervenções analgésicas, facilitando a realização de um diagnóstico preciso.

O exame físico deve ser realizado a cada internação ou reinternação. Durante o exame físico o enfermeiro realiza técnicas como inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, para o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotações das alterações encontradas a fim de validar as informações obtidas na anamnese (LEÃO; CHAVES, 2007).

3.3.2 Diagnóstico de Enfermagem

Quanto ao diagnóstico de enfermagem, este é descrito como a possibilidade de realização de:

Julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de investigação de enfermagem para se alcançarem resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2005, p.241).

Segundo Carpenito (1997), o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que cabe a um tipo específico de problema ou de resposta apresentado pelo indivíduo e identificado pelo enfermeiro. Identificados e reconhecidos os indicadores ou sinais reais (atuais) ou potenciais (de risco) de um cliente, o enfermeiro deverá interpretá-los e agrupá-los, elaborar hipóteses diagnósticas e determinar o título do diagnóstico que melhor retrate esse agrupamento (GONÇALVES; TANNURE, 2008). Dessa forma, o diagnóstico de enfermagem fundamentará a escolha das intervenções de enfermagem para que se atinjam os resultados esperados.

O diagnóstico de enfermagem é estruturado no Sistema de Prescrição de Enfermagem Informatizado do HCPA por meio de título, etiologia e sinais e sintomas. O título do diagnóstico define a resposta do paciente, a etiologia encontrada na literatura como fator relacionado, refere-se às causas que determinam a resposta e os sinais e sintomas ou características definidoras são as manifestações do paciente dentro de suas necessidades humanas. Os diagnósticos são feitos após a coleta e a interpretação dos dados sobre o paciente na sua admissão no hospital e após as avaliações diárias. Os diagnósticos de enfermagem devem ser avaliados e atualizados diariamente de acordo com a condição em que se encontram (LAURENT; DIAS, 2006).

O uso do diagnóstico de enfermagem pode trazer benefícios não só para o profissional e cliente, como também para a instituição. Para Deonges e Moorhouse (1999) o uso do diagnóstico de enfermagem proporciona aos enfermeiros uma listagem comum para a identificação dos problemas do cliente e os auxilia na escolha das prescrições de enfermagem bem como na avaliação de tais prescrições.

3.3.3 Prescrição de Enfermagem

A prescrição de enfermagem é descrita como um conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, pois é ele que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada. Objetiva a prevenção, a promoção, a proteção, a recuperação e a manutenção da saúde (LEÃO; CHAVES, 2007). A prescrição de enfermagem prevê o planejamento para a execução das intervenções ou ações de enfermagem.

Para ter uma diretriz sobre o que deve ser prescrito a fim de que os resultados esperados sejam alcançados, o enfermeiro pode consultar a Nursing Interventions Classification, NIC, (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), que consiste numa taxonomia de intervenções de enfermagem. A utilização da NIC possibilita que sejam realizadas comparações entre intervenções de enfermagem de vários tipos, o que favorece a realização de pesquisas e a elaboração de protocolos fundamentados na prática baseada em evidências. Na taxonomia da NIC encontram-se as ligações com a NANDA (GONÇALVES; TANNURE, 2008). Essas ligações facilitam a identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para a proposição de um diagnóstico de enfermagem. Podem ainda ser úteis aos programadores de sistemas informatizados de enfermagem clínica para alimentar e organizar as bases de dados (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Estruturando-se através da ação/conteúdo, a prescrição de enfermagem busca resolver ou melhorar o problema de saúde do paciente, através do complemento que visa individualizar o cuidado, completando a ação, indicando o número de vezes em que a ação será executada no período de validade da prescrição e o aprazamento desta prescrição na forma de horários que serão checados pelo profissional executor do cuidado. Assim, a prescrição deve ser feita após definição do(s) diagnóstico(s) e suas respectivas etiologias. A primeira prescrição deve ser elaborada na internação do paciente, com vistas a priorizar as ações de enfermagem. Tem validade de 24 horas e deve ser feita diariamente pelo enfermeiro, estando em concordância com a evolução do paciente e, por isso, atualizada sempre que necessário (LAURENT; DIAS, 2006).

3.3.4 Evolução de Enfermagem

Segundo Leão e Chaves (2007), a evolução de enfermagem é o registro diário feito pelo enfermeiro após avaliação do estado geral do paciente. Na evolução de enfermagem, consta uma avaliação dos diagnósticos de enfermagem vigentes e de novos diagnósticos de enfermagem identificados a partir dos sinais e sintomas observados. Na sua estrutura constam dados subjetivos e dados objetivos. Os primeiros referem-se a tudo aquilo que o paciente ou seu familiar refere, e nos dados objetivos descreve-se o exame físico da criança segundo suas necessidades humanas, dando ênfase àquelas que geraram os diagnósticos de enfermagem. Se surgirem novos sinais e sintomas esses deverão ser descritos, para justificar a abertura ou encerramento dos diagnósticos. A evolução de enfermagem consta ainda de um item que refere-se à impressão do profissional, na qual serão listados os diagnósticos de enfermagem prioritários, com suas etiologias. Finaliza apresentando a conduta do enfermeiro, na qual são realizados os registros das intervenções que julgar serem mais importantes, as descrições de orientações que tenha realizado ou reforço para manutenção da prescrição de enfermagem (LAURENT; DIAS, 2006).

A evolução de enfermagem é um elo entre as demais etapas, reforçando a articulação entre elas. É uma etapa contínua, onde serão avaliadas as escolhas e a implementação das estratégias de cuidado selecionadas. Dessa forma, essa etapa deve permear toda a Metodologia de Assistência de Enfermagem. A avaliação do indivíduo com dor inclui a revisão de alguns pontos como, a avaliação do plano assistencial de cuidados, a implantação de um *checklist* de medidas de controle da dor e as falhas no alívio da dor. A evolução de enfermagem deve ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro, seu registro deve estar precedido de data e hora e finalizando com o nome legível, assinatura e o número do registro do Conselho Regional de Enfermagem do profissional (LEÃO; CHAVES, 2007).

A SAE envolve uma abordagem sistemática e científica na assistência ao indivíduo com dor e suas famílias. Com o objetivo de fornecer assistência efetiva e segura, o enfermeiro coleta dados, identifica problemas, planeja, implementa e avalia intervenções, bem como propõe alterações (LEÃO; CHAVES, 2007).

3.4 Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA

Segundo Crossetti *et al* (2002), trabalhar com a metodologia do processo de enfermagem é sem dúvida vantajoso para o paciente e para o profissional, pois individualiza o cuidado. Antes do Sistema Informatizado, a fase do diagnóstico de enfermagem era vista pelo enfermeiro como um fator complicador, pois havia desperdício de tempo na sua aplicação. Assim, o Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA tornou possível a execução da prescrição informatizada embasada no diagnóstico de enfermagem para todos os pacientes internados visando subsidiar a prática, a pesquisa e o ensino, integrando-os.

A introdução de uma classificação diagnóstica no Sistema Informatizado possibilitou às enfermeiras a utilização de uma terminologia padronizada para referir os problemas do paciente, facilitando a comunicação entre estes profissionais. A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem podem ser realizadas intervenções de enfermagem que solucionem ou amenizem estes problemas (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006).

Segundo Laurent *et al* (2006), o Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA está em fase de desenvolvimento. Existe no HCPA um grupo de enfermeiras representantes aos diferentes serviços, responsáveis por sua atualização, denominado Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem – GTDE – que tem, entre outras funções, apreciar as propostas de alteração de diagnósticos de enfermagem e cuidados encaminhados pelos enfermeiros e alimentar o Sistema Informatizado de Prescrição. O GTDE promove mensalmente a apresentação de Estudos Clínicos elaborados por enfermeiras do HCPA para debater a metodologia do Processo de Enfermagem com foco na etapa dos diagnósticos de enfermagem.

4 METODOLOGIA

A seguir estão descritos os passos metodológicos que foram utilizados para a construção deste trabalho.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um projeto de desenvolvimento para a construção de uma proposta de complementação do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação aos diagnósticos de enfermagem de dor aguda e dor crônica na perspectiva do cuidado à criança oncológica. Segundo Goldim (2000), o projeto de desenvolvimento tem a intenção de implantar uma nova atividade em uma instituição, apresentando uma proposta de inserção de conhecimentos gerados na pesquisa para a prática profissional. Refere ainda que o projeto de desenvolvimento é o resultado de um estudo anterior. Dessa forma, a primeira etapa deste projeto consistirá em uma revisão da literatura acerca do tema proposto.

4.2 Materiais

As informações pertinentes para a elaboração da revisão da literatura foram coletadas através da busca de informações, no idioma português e inglês, em livros publicados a partir da década de 1990 até a atualidade, disponíveis no sistema de bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SABI), dissertações, artigos científicos da base de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, Periódicos Capes. Foram usados os seguintes descritores: assistência de enfermagem; câncer; dor; diagnóstico de enfermagem; enfermagem oncológica; enfermagem pediátrica; oncologia e pediatria. Para construção da proposta consultou-se o Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA e a literatura específica NANDA (2008), NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) e Carpenito (2008).

4.3 Coleta e análise dos materiais

Segundo Goldim (2000), em um projeto de desenvolvimento devem ser citadas as atividades inseridas em cada etapa a ser desenvolvida. O projeto foi realizado de acordo com as etapas descritas a seguir.

4.3.1 Revisão bibliográfica

Para a coleta, análise e interpretação das informações realizou-se um levantamento do referencial teórico utilizando-se a metodologia descrita por Gil (2002). Primeiramente, uma leitura exploratória de publicações sobre diagnósticos de dor aguda e crônica e suas intervenções, cujo objetivo foi obter uma visão geral da obra e avaliar sua utilidade para a construção do trabalho. A seguir, uma leitura seletiva sobre o que mais se adequou à proposta para a complementação do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA, pela qual se selecionou os materiais que interessaram à pesquisa; uma leitura analítica que consistiu numa leitura crítica a fim de ordenar as informações contidas nas obras; e por fim, uma leitura interpretativa, fase em que se procurou interpretar as informações, compará-las com os conhecimentos obtidos anteriormente e proceder a sua aplicação.

Sendo assim, para a construção da proposta de complementação foi utilizada bibliografia preconizada pelo Grupo de Trabalho em Diagnóstico de Enfermagem do HCPA (GTDE), visto atender a finalidade deste trabalho, ou seja, NANDA (2008), NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) e Carpenito (2008).

4.3.2 Construção de uma proposta de complementação

De acordo com Goldim (2000), o projeto de desenvolvimento apresenta alguns aspectos diferentes dos projetos de pesquisa. Dentre eles, destaca-se a descrição das atividades a serem desenvolvidas. Assim, são apresentadas a seguir as atividades desenvolvidas neste projeto.

- Identificação do que está contido no cadastro do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem relacionado ao diagnóstico da dor contemplando as seguintes etapas: os diagnósticos propriamente ditos da dor aguda e dor crônica, fatores relacionados e cuidados de enfermagem.
- Revisão da literatura específica da NANDA (2008), da NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) e da Carpenito (2008), sobre os diagnósticos de dor, suas etiologias, fatores relacionados e intervenções de enfermagem propostas para o cuidado à criança oncológica;
- Estabelecimento de relações entre as informações obtidas no estudo da literatura específica e os dados que constam no atual Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem identificando as necessidades de inclusão dos fatores relacionados e cuidados de forma a qualificar a Sistematização da Assistência de Enfermagem à criança oncológica com dor;
- Construção de uma proposta contemplando inclusões identificadas como necessárias ao Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem para o diagnóstico da Dor na criança oncológica.
- Apresentação da proposta de complementação criada em reunião para as enfermeiras da Unidade de Oncologia Pediátrica (3º Leste) e para o GTDE do HCPA.

4.4 Aspectos éticos

Utilizou-se o Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (ANEXO C). Neste termo os pesquisadores se comprometeram a preservar as informações contidas nas bases de dados do HCPA, concernente ao Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA, igualmente deixando claro que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto. A divulgação das informações somente se deu em forma anônima.

Com o princípio de manter a ética e preservar os direitos autorais, todos os autores utilizados no desenvolvimento do presente trabalho foram devidamente referenciados no final do trabalho, de acordo com as Normas Técnicas da Associação Brasileira de Normas

Técnicas. Os direitos autorais estão preservados de acordo com a Lei nº. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

O projeto foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - COMPESQ/EEUFRGS (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - GPPG/HCPA (ANEXO E).

5 RESULTADOS

A dor durante a hospitalização é freqüente devido à doença presente e aos procedimentos necessários para o tratamento. A equipe de enfermagem é peça fundamental para o alívio da dor na criança, pois é a que permanece períodos longos com os pacientes, tornando-se mais habilitada para identificar a dor e intervir de maneira significativa, buscando estratégias de prevenção e controle mais eficaz. Para ampliar essas intervenções de enfermagem, buscou-se o que já existia no Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA juntamente com o preconizado na literatura atualizada e específica recomendada, a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

Para compreensão do caminho percorrido, subdivide-se o material em tópicos iniciando pelo cadastro já existente no Sistema, seguido do que descreve a literatura específica culminando com a proposta de complementação propriamente dita.

5.1 Cadastro do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA relativo ao diagnóstico dor

Realizou-se uma coleta de dados existentes, atualmente, sobre dor aguda e dor crônica, no Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA, como ponto de partida no levantamento dos subsídios necessários para a construção de uma proposta de complementação.

5.1.1 Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda

A seguir consta a descrição dos fatores relacionados (FR) sobre o diagnóstico da dor aguda com seus respectivos cuidados de enfermagem.

1- FR Alteração vascular

Nº no sistema	Descrição dos cuidados de Enfermagem
2	Orientar paciente
9	Auxiliar na mudança de decúbito
13	Solicitar presença de familiares
16	Elevar membros inferiores
18	Verificar sinais vitais
27	Manter repouso relativo
28	Manter repouso absoluto
59	Manter cabeceira elevada
103	Tranqüilizar o paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
174	Administrar analgesia após avaliação
176	Aplicar frio local
177	Avaliar eficácia da analgesia
178	Comunicar sinais de dor
182	Aplicar calor local
184	Avaliar intensidade da dor
318	Estimular a presença de familiares
380	Solicitar avaliação
472	Manter a campainha ao alcance do paciente
511	Elevar membro
514	Orientar paciente/família
628	Aquecer membros inferiores com algodão laminado
629	Comunicar alteração na cor e temperatura das extremidades
758	Comunicar precordialgia
972	Comunicar alterações durante a infusão de analgesia
973	Comunicar alteração nas extremidades
974	Avaliar condições circulatórias
975	Avaliar a dor utilizando a escala de intensidade

2 - FR Evolução da doença

Nº no sistema	Descrição dos cuidados de Enfermagem
2	Orientar paciente
12	Promover segurança e conforto
13	Solicitar presença de familiares
16	Elevar membros inferiores
18	Verificar sinais vitais
27	Manter repouso relativo
28	Manter repouso absoluto
103	Tranqüilizar o paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
174	Administrar analgesia após avaliação

175	Medicar para dor antes dos procedimentos
176	Aplicar frio local
178	Comunicar sinais de dor
179	Orientar posição antálgica
181	Orientar técnicas de relaxamento
182	Aplicar calor local
184	Avaliar intensidade da dor
197	Orientar familiares sobre o cuidado
295	Evitar procedimentos durante o sono do paciente
298	Proporcionar ambiente calmo e confortável
318	Estimular a presença de familiares
380	Solicitar avaliação
403	Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos
472	Manter a campainha ao alcance do paciente
511	Elevar membro
514	Orientar paciente/família
573	Orientar paciente e familiares
804	Tranqüilizar família
972	Comunicar alterações durante a infusão de analgesia

3 - FR Trauma

Nº no sistema	Descrição dos cuidados de Enfermagem
2	Orientar paciente
9	Auxiliar na mudança de decúbito
13	Solicitar presença de familiares
18	Verificar sinais vitais
103	Tranqüilizar o paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
174	Administrar analgesia após avaliação
175	Medicar para dor antes dos procedimentos
176	Aplicar frio local
177	Avaliar eficácia da analgesia
178	Comunicar sinais de dor
181	Orientar técnicas de relaxamento
182	Aplicar calor local
184	Avaliar intensidade da dor
187	Orientar paciente e família alternativas para alívio da dor
212	Manter posição adequada ao procedimento
287	Estimular o auto cuidado
295	Evitar procedimentos durante o sono do paciente
318	Estimular a presença de familiares
380	Solicitar avaliação
390	Realizar rodízio para medicação
403	Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos
511	Elevar membro
514	Orientar paciente/família

742	Manter membro elevado
972	Comunicar alterações durante a infusão de analgesia
975	Avaliar a dor utilizando a escala de intensidade
976	Implementar cuidados com tração
977	Implementar cuidados com aparelho gessado
978	Registrar a dor como 5º sinal vital

5.1.2 Diagnóstico de Enfermagem: Dor Crônica

A seguir estão descritos os fatores relacionados (FR) sobre o diagnóstico da dor crônica com seus respectivos cuidados de enfermagem.

1 - FR Processo inflamatório

Nº no sistema	Descrição dos cuidados de Enfermagem
2	Orientar paciente
9	Auxiliar na mudança de decúbito
12	Promover segurança e conforto
18	Verificar sinais vitais
27	Manter repouso relativo
28	Manter repouso absoluto
174	Administrar analgesia após avaliação
176	Aplicar frio local
177	Avaliar eficácia da analgesia
178	Comunicar sinais de dor
179	Orientar posição antálgica
182	Aplicar calor local
184	Avaliar intensidade da dor
514	Orientar paciente/família

2 - FR Trauma tissular

Nº no sistema	Descrição dos cuidados de Enfermagem
2	Orientar paciente
9	Auxiliar na mudança de decúbito
18	Verificar sinais vitais
27	Manter repouso relativo
58	Implementar cuidados com soroterapia

59	Manter cabeceira elevada
100	Implementar cuidados na punção venosa
174	Administrar analgesia após avaliação
175	Medicar para dor antes dos procedimentos
177	Avaliar eficácia da analgesia
178	Comunicar sinais de dor
184	Avaliar intensidade da dor
295	Evitar procedimentos durante o sono do paciente
403	Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos
514	Orientar paciente/família

5.2 Fatores relacionados à Dor Aguda e Dor Crônica

Segundo NANDA - International (2008), os fatores relacionados ao Diagnóstico da Dor Aguda são agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos e psicológicos) e para o Diagnóstico de Dor Crônica são, incapacidade física/psicossocial crônica.

Segundo Carpenito (2008), qualquer fator pode contribuir para a dor aguda e a dor crônica. Os fatores relacionados à dor encontrados nesta literatura estão listados a seguir.

- Biopatológicos

-Relacionados a traumatismo tissular e espasmos musculares reflexos, secundários a: distúrbios musculoesqueléticos (fraturas, distúrbios da coluna, contraturas, espasmos, artrite), distúrbios viscerais (cardíaco, renal, hepático, intestinal, pulmonar), distúrbios vasculares (vasoespasm, oclusão, câncer, flebite, vasodilatação (cefaléia)).

-Relacionados à Inflamação: nervo, tendão, bolsa sinovial, articulação, músculo, estruturas osteoarticulares.

-Relacionados à fadiga, mal-estar e/ou prurido, secundário a doença contagiosa: rubéola, varicela, hepatite, mononucleose, pancreatite.

-Relacionados aos efeitos do câncer.

-Relacionados a cólicas abdominais, diarreia e vômito, secundários a gastroenterite, influenza ou úlceras gástricas.

-Relacionados à inflamação e espasmos da musculatura lisa, secundários a cálculos renais ou infecções gastrintestinais.

- Tratamento

-Relacionados ao traumatismo tissular e espasmos da musculatura reflexa, secundários a: cirurgia, acidentes, queimaduras, exames diagnósticos (punção venosa, sondagens invasivas, biópsia).

-Relacionados à náusea e vômito, secundários a quimioterapia, anestesia ou efeitos colaterais.

- Situacionais (individuais, ambientais)

-Relacionados à febre.

-Relacionados à imobilidade ou ao posicionamento impróprio.

-Relacionados ao excesso de atividade.

-Relacionados aos pontos de pressão (gesso bandagem elástica).

-Relacionados à resposta alérgica.

-Relacionados à presença de irritantes químicos.

-Relacionados às necessidades de dependência não-satisfeitas.

-Relacionados à ansiedade grave reprimida.

- Maturacionais

-Relacionados à presença de trauma tissular, secundário a: cólicas, bebês e início da infância: dentição, dor de ouvido, metade da infância: dores de crescimento, dor abdominal recorrente, adolescência: cefaléia, dor no peito, dismenorréia.

5.3 Intervenções de Enfermagem

A NIC (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008), abrange as intervenções realizadas por todos da equipe de enfermagem. Algumas intervenções requerem treinamento especializado, outras somente podem ser implementadas pela enfermagem no cuidado ao paciente. Através da NIC pode-se favorecer a seleção adequada de uma intervenção de enfermagem, facilitando a comunicação nos tratamentos de enfermagem a todos aqueles provedores do cuidado de uma maneira padronizada. É possibilitada, assim, uma maior eficácia nos cuidados prestados em uma multiplicidade de locais, por diferentes cuidadores. Dessa forma, o GTDE para atualização do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA utiliza a NIC como referência na classificação de cuidados de

enfermagem. A seguir, com base exclusivamente na NIC, serão descritas as intervenções de enfermagem para a dor aguda e crônica voltadas para o cuidado a criança oncológica, de forma clara, seguindo o mesmo código (domínios) das intervenções sugeridas para a solução do problema.

5.3.1 Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda

A seguir serão descritas as intervenções de enfermagem sugeridas para o diagnóstico de enfermagem de dor aguda.

1320 - Acupressão

(Definição: Aplicação de pressão firme e contínua em pontos especiais do corpo para reduzir a dor, produzir relaxamento e prevenir ou reduzir a náusea).

- Identificar contra-indicações, como contusões, tecido cicatricial, infecção, condições cardíacas graves (também contra-indicado para crianças menores);
- Decidir a cerca da aplicabilidade da acupressão para tratamento de determinado indivíduo;
- Identificar o grau individual de conforto psicológico com o toque;
- Determinar os resultados desejados;
- Indicar texto sobre acupressão para esclarecer a etiologia, a localização e a sintomatologia após treino avançado nas técnicas de acupressão;
- Determinar os pontos de acupressão a serem estimulados, dependendo do resultado desejado;
- Explicar ao indivíduo que você está procurando área(s) sensível (is);
- Encorajar o indivíduo a relaxar durante a estimulação;
- Palpar profundamente com o dedo médio e o polegar, ou usar o nó dos dedos, em local sensível à pressão no ponto de acupressão;
- Observar dicas verbais ou posturais para identificar o ponto ou local desejado (como retraimento ou interjeição de dor);
- Estimular pontos de acupressão, pressionando-o com o dedo ou com o nó dos dedos e usando o peso do próprio corpo para recostar-se sobre o ponto em que é aplicada a acupressão;
- Usar a pressão dos dedos ou dos punhos para aplicar pressão em pontos de acupressão para tratar náusea;
- Aplicar pressão firme sobre tecido muscular hipertônico para a dor, até que seja sentido o relaxamento ou que seja relatado diminuição da dor, normalmente por 15 a 20 segundos;
- Repetir o procedimento sobre o mesmo ponto no lado oposto do corpo;
- Tratar os pontos contralaterais onde há sensibilidade extrema em qualquer ponto;
- Aplicar pressão firme até que a náusea desapareça ou manter punhos indefinidamente durante náusea real ou antecipada;
- Observar o relaxamento ou a verbalização da redução do conforto ou da náusea;
- Usar aplicações diárias de acupressão durante a primeira semana do tratamento para a dor;
- Recomendar o uso de técnicas de relaxamento progressivo e/ou exercícios de alongamento entre os tratamentos;
- Ensinar a família/pessoas significativas a realizar tratamento de acupressão;

-Documentar a ação e as respostas do paciente à acupressão (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.189-190).

2210 - Administração de analgésicos

(Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir a dor).

- Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar o paciente;
- Verificar a prescrição médica para a droga, a dose e a frequência de administração do analgésico prescrito;
- Verificar histórias de alergias às drogas;
- Avaliar a capacidade do paciente para participar da seleção do analgésico, da via de administração e da dosagem, e envolvê-lo nesse processo, conforme apropriado;
- Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriada quando mais de um for prescrito;
- Selecionar os tipos de analgésicos (narcóticos, não-narcóticos ou AINES), com base no tipo e na gravidade da dor;
- Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dosagem para alcançar uma analgesia adequada;
- Escolher a via EV, em vez da IM, para injeções frequentes de medicamento para a dor, quando possível;
- Identificar narcóticos e outras drogas controladas, de acordo com o protocolo da instituição;
- Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose ou se forem observados sinais incomuns;
- Satisfazer às necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem no relacionamento, a fim de facilitar a resposta à analgesia;
- Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e diminuição da analgesia, especialmente em caso de dor intensa;
- Estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos, de modo a otimizar a resposta do paciente;
- Administrar analgésicos coadjuvantes e/ou medicamentos quando necessário para potencializar a analgesia;
- Analisar o uso de infusão contínua, de forma isolada ou associada à administração de opióides em bolo, para manter níveis séricos;
- Instituir precauções de segurança para aqueles que recebem analgésicos narcóticos, conforme apropriado;
- Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor fique mais forte;
- Informar o paciente que, com a administração de narcóticos, pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2 a 3 dias, que desaparece depois;
- Corrigir concepções errôneas/mitos do paciente ou dos familiares sobre analgésicos, especialmente os opióides (ex.: adicção e riscos de *overdose*);
- Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e frequentes após cada administração, mas, em especial, após as primeiras doses, também observado sinais e sintomas de efeitos colaterais (ex.: depressão respiratória, náusea, vômito, boca seca e constipação);
- Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais;
- Avaliar e documentar o nível de sedação dos pacientes que recebem opióides;
- Implementar ações para reduzir os efeitos colaterais dos analgésicos (ex.: constipação e irritação gástrica) (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.216-217).

2300 - Administração de medicamentos

(Definição: Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos).

- Desenvolver políticas e procedimentos institucionais para a administração precisa e segura de medicamentos;
- Desenvolver e utilizar um ambiente que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos;

- Seguir os “cinco certos” da administração de medicamentos;
- Verificar a receita ou a prescrição do medicamento antes de sua administração;
- Prescrever e/ou recomendar medicamentos, quando adequado, conforme a autoridade prescritiva;
- Monitorar possíveis alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos;
- Observar as alergias do paciente antes de entregar cada medicamento e mantê-los consigo, quando adequado;
- Assegurar que hipnóticos, narcóticos e antibióticos sejam interrompidos ou novamente receitados na data de renovação;
- Observar a data de validade no frasco do medicamento;
- Preparar os medicamentos usando técnicas e materiais apropriados a sua via de administração;
- Restringir a administração de medicamentos não rotulados adequadamente;
- Descartar medicamentos não utilizados ou com a validade vencida, conforme as orientações da instituição;
- Monitorar os sinais vitais e os dados laboratoriais antes de administrar medicamentos, quando adequado;
- Auxiliar o paciente a tomar o medicamento;
- Dar o medicamento, usando a técnica e a via adequada;
- Utilizar prescrições, protocolos institucionais e procedimentos para orientar o método adequado de administrar medicamentos;
- Orientar o paciente e a família sobre as ações e os efeitos adversos esperados do medicamento;
- Monitorar o paciente para determinar a necessidade dos medicamentos, quando adequado;
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento;
- Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos administrados;
- Assinar as prescrições de narcóticos e outras drogas com restrição, conforme o protocolo da instituição;
- Verificar todas as dúvidas quanto às prescrições de medicamentos com os funcionários de cuidados de saúde adequados;
- Documentar a administração de medicamentos e as reações do paciente, de acordo com os protocolos da instituição (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.490).

1380 - Aplicação de calor/frio

(Definição: Estimulação da pele e dos tecidos subjacentes com calor ou frio visando a redução de dores, espasmos musculares ou inflamação).

- Explicar o uso de calor e frio, a justificativa do tratamento e a maneira como ele afetará os sintomas do paciente;
- Examinar as contra-indicações ao frio ou ao calor, como sensibilidade diminuída ou ausente, circulação diminuída e capacidade para comunicar-se reduzida;
- Selecionar um método de estimulação que seja conveniente e prontamente disponível, como sacos plásticos à prova d'água com gelo; embalagens com gel congelado; envelopes com gelo químico; imersão em gelo; pano ou toalha no congelador para resfriamento; bolsa de água quente; almofada elétrica para aquecimento; compressas quentes e úmidas; imersão em banheira ou banheira de hidromassagem; uso de parafina; banho *sitz*; luz radiante; envoltório plástico para aquecer;
- Determinar a disponibilidade e as condições de segurança de todo o equipamento utilizado para a aplicação de calor e frio;
- Determinar a condição da pele e identificar quaisquer alterações que requeiram uma mudança no procedimento ou constituam contra-indicação à estimulação;
- Selecionar o local para estimulação, analisando locais alternativos quando não for possível a aplicação direta (ex.: adjacente a, distal a, entre áreas afetadas ou contralateral);
- Enrolar o equipamento para aplicação de calor/frio em um pano protetor, se adequado;

- Usar um pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor, quando adequado;
- Orientar quanto à forma de evitar danos aos tecidos associados ao calor/frio;
- verificar a temperatura da aplicação, especialmente quando utilizar calor;
- Determinar a duração da aplicação com base nas respostas verbais, comportamentais e biológicas individuais;
- Cronometrar com cuidado todas as aplicações;
- Aplicar frio/calor diretamente sobre o local afetado ou próximo a ele, se possível;
- Examinar com cuidado o local na busca de sinais de irritação da pele ou dano tissular durante os cinco minutos e, após, freqüentemente, durante o tratamento;
- Avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento;
- Posicionar o paciente para permitir movimentos a partir da fonte de temperatura, se necessário;
- Orientar o paciente para não ajustar sozinho o controle de temperatura, sem orientação prévia;
- Mudar os locais de aplicação de calor/frio ou trocar a forma de estimulação, caso não seja obtido alívio;
- Explicar que a aplicação de frio pode ser dolorosa por breves instantes, com entorpecimento de cerca de cinco minutos após a estimulação inicial;
- Orientar sobre indicadores para aplicação, bem como sobre o procedimento e sua freqüência;
- Orientar para evitar danos à pele após a estimulação;
- Avaliar e documentar a resposta à aplicação de calor/frio (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.255).

1400 - Controle da dor

(Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente).

- Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a freqüência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes;
- Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicar de forma efetiva;
- Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;
- Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a existência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a ela;
- Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor;
- Considerar as influências culturais sobre a resposta à dor;
- Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida (ex.: sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis);
- Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Avaliar experiências anteriores de dor, de forma a incluir a história individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando apropriado;
- Avaliar, com o paciente e a equipe de cuidados de saúde, a eficácia de medidas de controle da dor que têm sido utilizadas;
- Auxiliar o paciente e a família a procurar e obter apoio;
- Utilizar um método de investigação desenvolvido de modo adequado, que permita a monitoração de alterações na dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitadores reais e potenciais (ex.: fluxograma, registro em diário);
- Determinar a freqüência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e implementar um plano de monitoração;
- Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconforto decorrentes de procedimentos;
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (ex.: temperatura, ambiente, iluminação, ruído);
- Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (ex.: medo, fadiga, monotonia e falta de informação);

- Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações, quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor;
- Selecionar e implementar uma variedade de medidas (ex.: farmacológicas, não-farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando adequado;
- Ensinar princípios de controle da dor;
- Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio;
- Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir de forma adequada;
- Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (ex.: *biofeedback*, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, jogo terapêutico, terapia ocupacional, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas; antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio de dor;
- Investigar o uso atual que o paciente faz de métodos farmacológicos de alívio da dor;
- Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor;
- Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para a dor;
- Colaborar com o paciente, com as pessoas significativas e com outros profissionais da saúde na seleção e na implementação de medidas não-farmacológicas de alívio da dor, quando apropriado;
- Oferecer à pessoa alívio ideal da dor, com o uso dos analgésicos prescritos;
 - Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado;
- Usar as medidas de controle da dor antes de seu agravamento;
- Medicar o paciente antes de uma atividade, a fim de aumentar sua participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação;
- Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos;
- Verificar com o paciente o nível de desconforto, anotar as mudanças no registro médico e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente;
- Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação constante da experiência de dor.
- Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
- Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
- Encorajar o paciente a discutir suas experiências de dor, quando adequado;
- Notificar o médico se as medidas não forem bem-sucedidas ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa em relação à experiência anterior de dor do paciente;
- Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente, para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor;
- Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando apropriado;
- Considerar o encaminhamento do paciente, dos familiares e das pessoas significativas a grupos de apoio e a outros recursos, quando apropriado;
- Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder à experiência de dor, assim como perceber esta resposta;
- Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível;
- Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.337 a 339).

2380 - Controle de medicamentos

(Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não-prescritos).

- Determinar quais medicamentos são necessários e administrá-los de acordo com a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição;
- Discutir as preocupações financeiras referentes ao regime medicamentoso;
- Determinar a capacidade do paciente para automedicar-se, quando adequado;
- Monitorar a eficácia da modalidade de administração do medicamento;
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento;
- Monitorar sinais e sintomas de toxicidade do medicamento;

- Monitorar efeitos adversos do medicamento;
- Monitorar os níveis séricos do sangue (ex.: eletrólitos, protrombina, medicamentos), quando adequado;
- Monitorar interações medicamentosas não-terapêuticas;
- Revisar periodicamente com o paciente e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados;
- Jogar fora medicamentos interrompidos e velhos ou contra-indicados, quando adequado;
- Facilitar mudanças de medicamento junto ao médico, quando adequado;
- Monitorar a resposta às mudanças no regime medicamentoso, se adequado;
- Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos;
- Monitorar a adesão do paciente ao regime medicamentoso;
- Determinar os fatores que pode impedir o paciente de tomar os medicamentos conforme a prescrição;
- Desenvolver estratégias com o paciente para intensificar a adesão ao regime medicamentoso prescrito;
- Consultar outros profissionais de cuidados de saúde para minimizar a quantidade dos medicamentos e a frequência das doses necessárias para um efeito terapêutico;
- Ensinar ao paciente e/ou à família o método de administração do medicamento, quando adequado;
- Ensinar o paciente e/ou à família a ação esperada e os efeitos secundários do medicamento;
- Providenciar ao paciente e a seus familiares informações escritas e ilustrativas para melhorar a auto-administração de medicamentos, quando adequado;
- Desenvolver estratégias para controlar os efeitos secundários dos medicamentos;
- Obter prescrição médica para a automedicação, quando adequado;
- Estabelecer um protocolo para o armazenamento, o reabastecimento e o controle dos medicamentos deixados à cabeceira da cama com fins de automedicação;
- Investigar os possíveis recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos prescritos, quando adequado;
- Determinar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida do paciente;
- Oferecer alternativas de horário e modalidade de auto-administração dos medicamentos, de modo a minimizar os efeitos sobre o estilo de vida;
- Auxiliar o paciente e os membros da família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos, quando adequado;
- Orientar o paciente quanto ao momento de busca atenção médica;
- Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica;
- Oferecer informações sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como ele pode influenciar a condição existente;
- Determinar se o paciente está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso de medicamentos prescritos e não-prescritos;
- Revisar com o paciente as estratégias para o controle do regime medicamentoso;
- Oferecer ao paciente uma lista de recursos para contato, caso haja necessidade de maiores informações sobre o regime medicamentoso;
- Contatar o paciente e a família após a alta, quando adequado, para responder a questões e discutir preocupações associadas ao regime medicamentoso;
- Encorajar o paciente a fazer exames de triagem para determinar os efeitos dos medicamentos (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.506).

6482 - Controle do ambiente: conforto

(Definição: Manipulação dos elementos em torno do paciente para promover um nível adequado de conforto).

- Selecionar companheiro de quarto com características compatíveis, quando possível e adequado;
- Limitar os visitantes;
- Prevenir interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso;

- Determinar as fontes de desconforto, tais como curativos úmidos ou muito apertados, posicionamento das sondas, roupa de cama com rugas e elemento ambientais irritantes;
- Oferecer uma cama limpa e confortável;
- Ajustar a temperatura do quarto a fim de que seja a mais confortável para o indivíduo, quando possível;
- Providenciar ou retirar cobertores para promover conforto de temperatura, conforme indicado;
- Evitar exposição desnecessária a correntes de ar, calor excessivo ou frio;
- Adaptar a iluminação para satisfazer às necessidades de atividades individuais, evitando luz direto nos olhos;
- Controlar ou prevenir ruído indesejável ou excessivo, quando possível;
- Facilitar as medidas de higiene para manter o indivíduo confortável (ex.: secar a testa, aplicar cremes na pele ou limpar o corpo, os cabelos e a cavidade oral);
- Posicionar o paciente para facilitar o conforto (ex.: usar os princípios de alinhamento corporal, oferecer apoio com travesseiros, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo);
- Monitorar a pele, especialmente sobre as saliências corporais, na busca de sinais de pressão ou irritação;
- Evitar expor a pele ou as mucosas a elementos irritantes (ex.: fezes diarreicas e drenagem de feridas) (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.205).

5820 - Redução da ansiedade

(Definição: Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não-identificada de perigo antecipado).

- Usar uma abordagem calma e segura;
- Esclarecer as expectativas da situação, de acordo com o comportamento do paciente;
- Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento;
- Buscar compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida;
- Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;
- Permanecer com paciente para promover a segurança e reduzir o medo;
- Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado;
- Oferecer objetos que simbolizem segurança;
- Realizar massagem nas costas/nuca, conforme apropriado;
- Encorajar atividades não-competitivas, conforme apropriado;
- Manter o equipamento de tratamento longe da vista do paciente;
- Ouvir atentamente o paciente;
- Reforçar o comportamento do paciente, conforme apropriado;
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;
- Identificar quando o nível de ansiedade se modifica;
- Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão;
- Ajudar o paciente a identificar as situações precipitadoras de ansiedade;
- Controlar os estímulos, conforme apropriado às necessidades do paciente;
- Apoiar o uso dos mecanismos de defesa apropriado;
- Auxiliar o paciente a articular uma descrição realista do evento iminente;
- Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento;
- Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, conforme apropriado;
- Observar a presença de sinais verbais e não-verbais de ansiedade (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.222).

8810 - Biofeedback

(Definição: auxílio ao paciente para modificar uma função corporal, utilizando *feedback* de equipamentos).

- Analisar a natureza do problema a ser tratado;
- Determinar a aceitação do paciente quanto a esse tipo de tratamento;
- Orientar o paciente sobre o equipamento de monitoração específico utilizado;
- Elaborar um plano de tratamento para o problema;
- Conectar o paciente ao equipamento, conforme necessário;
- Auxiliar o paciente a aprender a modificar as respostas corporais de acordo com as indicações do equipamento;
- Organizar a sala de terapia de modo que o paciente não consiga tocar qualquer objeto condutor;
- Orientar o paciente a verificar o equipamento antes do uso, a fim de garantir um funcionamento correto;
- Responder aos receios e às preocupações relacionadas ao equipamento;
- Discutir a duração da sessão de tratamento com o paciente/a família
- Estabelecer um ponto de partida apropriado com o qual comparar os efeitos do tratamento;
- Identificar Critérios adequados para reforçar as respostas do paciente;
- Oferecer *feedback* do progresso após cada sessão;
- Fixar condições com o paciente para auxiliar o resultado terapêutico (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.251-252).

5900 - Distração

(Definição: Focalização proposital da atenção para longe de sensações indesejáveis).

- Encorajar o indivíduo a escolher a(s) técnica(s) de distração desejada(s), como música, envolvimento em conversa ou relato detalhado de um acontecimento ou história, imagem orientada ou histórias humorísticas;
- Orientar o paciente sobre os benefícios da estimulação de vários sentidos (ex.: por meio de música, trabalho com números, televisão e leitura);
- Considerar a utilização de técnicas de distração para crianças como o jogo, a terapia ocupacional, a leitura de histórias, o canto ou atividades rítmicas que constituam novidades, tenham apelo a mais de um sentido e não exijam alfabetização ou capacidade de raciocínio;
- Sugerir técnicas compatíveis com o nível de energia, habilidade, faixa etária e de desenvolvimento e que tenham sido usadas com eficácia anteriormente;
- Individualizar o conteúdo da técnica de distração, com base no que foi usado com sucesso no passado, bem como na idade e no nível do desenvolvimento;
- Aconselhar o paciente a praticar a técnica de distração antes do horário necessário, se possível;
- Orientar o paciente sobre maneiras de se envolver na distração (usar equipamento ou materiais) antes do horário necessário, se possível;
- Encorajar a participação da família e de pessoas significativas e oferecer orientação, quando necessário;
- Usar a distração isoladamente ou com outras medidas ou distrações (distração sensorial múltipla), se adequado;
- Avaliar e documentar a resposta à distração (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.333-334).

4430 - Jogo terapêutico

(Definição: Proposicional e orientado de brinquedos ou outros materiais para auxiliar as crianças a comunicarem a percepção e o conhecimento de seu mundo e ajudá-las a obter o domínio de seu ambiente).

- Propiciar um ambiente calmo, livre de interrupções;
- Oferecer tempo adequado à eficiência do jogo;
- Estruturar a sessão do jogo de modo a facilitar o resultado desejado;

- Comunicar o propósito da sessão à criança e aos pais;
- Discutir as atividades do jogo com a família;
- Estabelecer limites à sessão de jogo terapêutico;
- Oferecer equipamento seguro;
- Providenciar equipamento de jogo adequado ao nível de desenvolvimento da criança;
- Providenciar equipamento de jogo que estimule o jogo criativo e expressivo;
- Providenciar equipamento de jogo que estimule o desempenho de papéis;
- Providenciar equipamento médico de emergência hospitalar real ou simulado para encorajar a expressão de conhecimento e sentimentos sobre hospitalização, tratamentos ou doenças;
- Supervisionar as sessões de jogo terapêutico;
- Encorajar a criança a manipular o equipamento de jogo;
- Encorajar a criança a partilhar sentimentos, conhecimentos e percepções;
- Validar os sentimentos da criança manifestados durante a sessão de jogo;
- Comunicar a aceitação de sentimentos positivos e negativos manifestados por meio do jogo;
- Observar o uso que a criança faz do equipamento do jogo;
- Monitorar as reações da criança e o seu nível de ansiedade ao longo da sessão;
- Identificar idéias erradas ou medos da criança por meio de comentários feitos durante a sessão de jogo (papel hospitalar);
- Manter regularmente as sessões de jogo, de modo a estabelecer confiança e reduzir o medo de equipamento ou tratamentos desconhecidos, quando apropriado;
- Registrar as observações feitas durante a sessão de jogo (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.470-471).

1480 - Massagem simples

(Definição: Estimulação da pele e dos tecidos subjacentes, com variados graus de pressão manual, para reduzir a dor, produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação).

- Examinar em busca de contra-indicações, tais como redução de plaquetas, diminuição da integridade da pele, trombose venosa profunda e hipersensibilidade ao tato;
- Determinar o grau de conforto psicológico do paciente com o toque;
- Selecionar a(s) área(s) do corpo a ser(em) massageada(s);
- Preparar um ambiente confortável e aquecido, sem distrações;
- Colocar o paciente em uma posição que facilite a massagem;
- Aplicar calor úmido antes ou durante a massagem em outras áreas do corpo, conforme indicado;
- Cobrir o paciente de modo a expor somente a área a ser massageada, conforme necessário;
- Usar loção aquecida, óleo ou talco para reduzir a fricção (nenhuma loção ou óleo na cabeça ou no couro cabeludo), avaliar qualquer sensibilidade ou contra-indicação;
- Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos;
- Massagear as mãos ou os pés, caso outras áreas apresentem inconvenientes, ou se for mais confortável ao paciente;
- Estabelecer um período de tempo para uma massagem que alcance a resposta desejada;
- Adaptar a área, a técnica e a pressão da massagem à percepção que o paciente tem do conforto e do propósito do procedimento;
- Encorajar o paciente a respirar profundamente e a relaxar durante a massagem;
- Encorajar o paciente a concentrar-se nas boas sensações da massagem;
- Evitar conversas longas durante a massagem, a menos que isso seja usado como técnica de distração;
- Evitar massagear as áreas de lesão aberta ou com maior sensibilidade na pele;
- Orientar paciente, ao final da massagem, a descansar até que esteja pronto, para somente depois movimentar-se lentamente;
- Usar a massagem sozinha ou em conjunto com outras medidas, quando adequado;

-Avaliar e documentar as respostas à massagem (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.488).

4400 - Musicoterapia

(Definição: Uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiologia).

- Definir a mudança específica desejada no comportamento e/ou fisiologia (ex.: relaxamento, estimulação, concentração, redução de dor);
- Determinar o interesse do indivíduo pela música;
- Identificar as preferências musicais do indivíduo;
- Informar o indivíduo sobre o propósito da experiência com a música;
- Escolher seleções musicais representativas das preferências do indivíduo;
- Ajudar o indivíduo a assumir uma posição confortável;
- Limitar estímulos externos (ex.: luzes, sons, visitas, telefonemas) durante a experiência auditiva;
- Preparar fitas/CDs de músicas e dispor o equipamento para o paciente;
- Assegurar que fitas/CDs e equipamento estejam funcionando bem;
- Providenciar fones de ouvidos, quando indicado;
- Assegurar que o volume esteja adequado, mas não muito alto;
- Evitar ligar a música e deixa-la tocando por longos períodos;
- Facilitar a participação ativa do paciente (ex.: tocando um instrumento ou cantando), considerando o desejo do mesmo e a possibilidade de executá-lo no recinto;
- Evitar música estimulante após lesões graves na cabeça (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.516-517).

6000 - Orientação para a focalização da imagem

(Definição: Uso proposital da imaginação para atingir relaxamento e/ou direta afastada de sensações indesejáveis).

- Rastrear a presença de graves problemas emocionais, história de doença psiquiátrica, alucinação, redução da energia ou incapacidade de concentração;
- Descrever as razões, os benefícios, as limitações e os tipos de técnica de imagem orientada disponíveis;
- Obter informações sobre experiências anteriores de enfrentamento para determinar se a imagem orientada pode ser uma técnica útil;
- Determinar a possibilidade de ser feita imagem não-orientada por enfermeiro;
- Encorajar a pessoa a escolher uma dentre várias técnicas de imagem orientada;
- Orientar a pessoa a colocar-se em posição confortável, com roupas folgadas e olhos fechados;
- Oferecer um ambiente de conforto, sem interrupções, sempre que possível;
- Discutir uma imagem vivenciada pelo paciente que lhe seja agradável e relaxante, como estar deitado na praia, observar a neve caindo, flutuar em uma canoa ou assistir ao pôr-do-sol;
- Individualizar as imagens escolhidas, considerando as crenças religiosas ou espirituais, o interesse artístico ou outras preferências individuais;
- Escolher uma cena que envolva o máximo possível dos cinco sentidos;
- Fazer sugestões para a indução do relaxamento;
- Usar modulação de voz ao orientar a experiência com imagens;
- Fazer o paciente viajar mentalmente ao local da cena e auxiliar na descrição detalhada do mesmo;
- Usar orientações e sugestões permissivas ao conduzir as imagens, tais como “talvez”, “se você desejar” ou “você gostaria”;
- Fazer o paciente viver a cena lentamente; como se parece? Cheiros? Sons? Sensações de tato? Paladar?
- Usar palavras ou expressões que transmitam imagens prazerosas, como flutuar, derreter, liberar, etc.
- Elaborar uma porção da imagem que seja limpa ou desapareça;

- Auxiliar o paciente a desenvolver um método para concluir a técnica de imagem orientada, como contar lentamente enquanto respira profundamente, movimentar-se devagar, e pensar que esta relaxado, restaurado e alerta;
- Encorajar o paciente a expressar seus pensamentos e sentimentos em relação à experiência;
- Preparar o paciente para experiências inesperadas (mas quase sempre terapêuticas), como o choro;
- Orientar o paciente a praticar o uso de imagens, se possível;
- Gravar em fita a experiência com as imagens, se útil;
- Planejar com o paciente um horário adequado para o uso da técnica;
- Usar as técnicas com imagens de forma preventiva;
- Planejar acompanhamento para aliviar os efeitos da técnica com imagens e todas as mudanças resultantes na sensação e na percepção;
- Usar as imagens orientadas como técnica isolada ou em conjunto com outras medidas, se apropriado;
- Avaliar e documentar a resposta à imagem orientada (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.454-455).

4320 - Terapia com animais

(Definição: Uso propositado de animais para oferecer afeto, atenção, diversão e relaxamento).

- Determinar a aceitação do paciente quanto a animais como agentes terapêuticos;
- Determinar se o paciente apresenta alguma alergia a animais;
- Ensinar ao paciente/à família o propósito e os fundamentos de se ter animais em um ambiente de cuidado;
- Garantir o cumprimento dos padrões quanto a exames, treinamento e tratamento dos animais participantes de programas terapêuticos;
- Atender às regras de inspeção de saúde quanto a animais em instituições;
- Elaborar/possuir um protocolo que apresente a atitude adequada a acidente ou lesão em consequência do contato com animais;
- Oferecer animais como terapia ao paciente, como cachorros, gatos, cavalos, cobras, tartarugas, lebres, porquinhos-da-índia, pássaros, entre outros;
- Evitar o uso de animais com pacientes violentos ou imprevisíveis;
- Monitorar atentamente as visitas de animais a pacientes em condições especiais;
- Possibilitar que o paciente sugere e acaricie animais na terapia;
- Facilitar para que o paciente observe a terapia com animais;
- Encorajar a expressão de emoções em relação a animais durante por parte do paciente;
- Organizar momentos de exercícios para o paciente, conforme apropriado;
- Encorajar o paciente a brincar com os animais na terapia;
- Encorajar o paciente a alimentar/tratar dos animais;
- Fazer com que o paciente e outras pessoas que tenham contato com um animal lavem as mãos;
- Estimular lembranças e compartilhamento de experiências anteriores com animais de estimação/outros animais (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.221).

5.3.2 Diagnóstico de Enfermagem: Dor Crônica

A seguir serão descritas as intervenções de enfermagem sugeridas para o diagnóstico de enfermagem de dor crônica.

1320 - Acupressão

(Definição: Aplicação de pressão firme e contínua em pontos especiais do corpo para reduzir a dor, produzir relaxamento e prevenir ou reduzir a náusea).

- Identificar contra-indicações, como contusões, tecido cicatricial, infecção, condições cardíacas graves (também contra-indicado para crianças menores);
- Decidir a cerca da aplicabilidade da acupressão para tratamento de determinado indivíduo;
- Identificar o grau individual de conforto psicológico com o toque;
- Determinar os resultados desejados;
- Indicar texto sobre acupressão para esclarecer a etiologia, a localização e a sintomatologia após treino avançado nas técnicas de acupressão;
- Determinar os pontos de acupressão a serem estimulados, dependendo do resultado desejado;
- Explicar ao indivíduo que você está procurando áreas(s) sensível(is);
- Encorajar o indivíduo a relaxar durante a estimulação;
- Palpar profundamente com o dedo médio e o polegar, ou usar o nó dos dedos, em local sensível à pressão no ponto de acupressão;
- Observar dicas verbais ou posturais para identificar o ponto ou local desejado (como retraimento ou interjeição de dor);
- Estimular pontos de acupressão, pressionando-o com o dedo ou com o nó dos dedos e usando o peso do próprio corpo para recostar-se sobre o ponto em que é aplicada a acupressão;
- Usar a pressão dos dedos ou dos punhos para aplicar pressão em pontos de acupressão para tratar náusea;
- Aplicar pressão firme sobre tecido muscular hipertônico para a dor, até que seja sentido o relaxamento ou que seja relatado diminuição da dor, normalmente por 15 a 20 segundos;
- Repetir o procedimento sobre o mesmo ponto no lado oposto do corpo;
- Tratar os pontos contralaterais onde há sensibilidade extrema em qualquer ponto;
- Aplicar pressão firme até que a náusea desapareça ou manter punhos indefinidamente durante náusea real ou antecipada;
- Observar o relaxamento ou a verbalização da redução do conforto ou da náusea;
- Usar aplicações diárias de acupressão durante a primeira semana do tratamento para a dor;
- Recomendar o uso de técnicas de relaxamento progressivo e/ou exercícios de alongamento entre os tratamentos;
- Ensinar a família/pessoas significativas a realizar tratamento de acupressão;
- Documentar a ação e as respostas do paciente à acupressão (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.189-190).

2210 - Administração de analgésicos

(Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir a dor).

- Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar o paciente;
- Verificar a prescrição médica para a droga, a dose e a frequência de administração do analgésico prescrito;
- Verificar histórias de alergias as drogas;
- Avaliar a capacidade do paciente para participar da seleção do analgésico, da via de administração e da dosagem, e envolvê-lo nesse processo, conforme apropriado;
- Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriada quando mais de um for prescrito;
- Selecionar os tipos de analgésicos (narcóticos, não-narcóticos ou AINES), com base no tipo e na gravidade da dor;
- Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dosagem para alcançar uma analgesia adequada;
- Escolher a via EV, em vez da IM, para injeções frequentes de medicamento para a dor, quando possível;

- Identificar narcóticos e outras drogas controladas, de acordo com o protocolo da instituição;
- Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose ou se forem observados sinais incomuns;
- Satisfazer às necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem no relacionamento, a fim de facilitar a resposta à analgesia;
- Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e diminuição da analgesia, especialmente em caso de dor intensa;
- Estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos, de modo a otimizar a resposta do paciente;
- Administrar analgésicos coadjuvantes e/ou medicamentos quando necessário para potencializar a analgesia;
- Analisar o uso de infusão contínua, de forma isolada ou associada à administração de opióides em bolus, para manter níveis séricos;
- Instituir precauções de segurança para aqueles que recebem analgésicos narcóticos, conforme apropriado;
- Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor fique mais forte;
- Informar o paciente que, com a administração de narcóticos, pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2 a 3 dias, que desaparece depois;
- Corrigir concepções errôneas/mitos do paciente ou dos familiares sobre analgésicos, especialmente os opióides (ex.: adicção e riscos de *overdose*);
- Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e freqüentes após cada administração, mas, em especial, após as primeiras doses, também observado sinais e sintomas de efeitos colaterais (ex.: depressão respiratória, náusea, vômito, boca seca e constipação);
- Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais;
- Avaliar e documentar o nível de sedação dos pacientes que recebem opióides;
- Implementar ações para reduzir os efeitos colaterais dos analgésicos (ex.: constipação e irritação gástrica) (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.216-217).

2300 - Administração de medicamentos

(Definição: Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos).

- Desenvolver políticas e procedimentos institucionais para a administração precisa e segura de medicamentos;
- Desenvolver e utilizar um ambiente que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos;
- Seguir os “cinco certos” da administração de medicamentos;
- Verificar a receita ou a prescrição do medicamento antes de sua administração;
- Prescrever e/ou recomendar medicamentos, quando adequado, conforme a autoridade prescritiva;
- Monitorar possíveis alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos;
- Observar as alergias do paciente antes de entregar cada medicamento e mantê-los consigo, quando adequado;
- Assegurar que hipnóticos, narcóticos e antibióticos sejam interrompidos ou novamente receitados na data de renovação;
- Observar a data de validade no frasco do medicamento;
- Preparar os medicamentos usando técnicas e materiais apropriados a sua via de administração;
- Restringir a administração de medicamentos não rotulados adequadamente;
- Descartar medicamentos não utilizados ou com a validade vencida, conforme as orientações da instituição;
- Monitorar os sinais vitais e os dados laboratoriais antes de administrar medicamentos, quando adequado;
- Auxiliar o paciente a tomar o medicamento;
- Dar o medicamento, usando a técnica e a via adequada;
- Utilizar prescrições, protocolos institucionais e procedimentos para orientar o método adequado de administrar medicamentos;

- Orientar o paciente e a família sobre as ações e os efeitos adversos esperados do medicamento;
- Monitorar o paciente para determinar a necessidade dos medicamentos, quando adequado;
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento;
- Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos administrados;
- Assinar as prescrições de narcóticos e outras drogas com restrição, conforme o protocolo da instituição;
- Verificar todas as dúvidas quanto às prescrições de medicamentos com os funcionários de cuidados de saúde adequados;
- Documentar a administração de medicamentos e as reações do paciente, de acordo com os protocolos da instituição (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.490).

1480 - Massagem simples

(Definição: Estimulação da pele e dos tecidos subjacentes, com variados graus de pressão manual, para reduzir a dor, produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação).

- Examinar em busca de contra-indicações, tais como redução de plaquetas, diminuição da integridade da pele, trombose venosa profunda e hipersensibilidade ao tato;
- Determinar o grau de conforto psicológico do paciente com o toque;
- Selecionar a(s) área(s) do corpo a ser (em) massageada(s);
- Preparar um ambiente confortável e aquecido, sem distrações;
- Colocar o paciente em uma posição que facilite a massagem;
- Aplicar calor úmido antes ou durante a massagem em outras áreas do corpo, conforme indicado;
- Cobrir o paciente de modo a expor somente a área a ser massageada, conforme necessário;
- Usar loção aquecida, óleo ou talco para reduzir a fricção (nenhuma loção ou óleo na cabeça ou no couro cabeludo), avaliar qualquer sensibilidade ou contra-indicação;
- Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos;
- Massagear as mãos ou os pés, caso outras áreas apresentem inconvenientes, ou se for mais confortável ao paciente;
- Estabelecer um período de tempo para uma massagem que alcance a resposta desejada;
- Adaptar a área, a técnica e a pressão da massagem à percepção que o paciente tem do conforto e do propósito do procedimento;
- Encorajar o paciente a respirar profundamente e a relaxar durante a massagem;
- Encorajar o paciente a concentrar-se nas boas sensações da massagem;
- Evitar conversas longas durante a massagem, a menos que isso seja usado como técnica de distração;
- Evitar massagear as áreas de lesão aberta ou com maior sensibilidade na pele;
- Orientar paciente, ao final da massagem, a descansar até que esteja pronto, para somente depois movimentar-se lentamente;
- Usar a massagem sozinha ou em conjunto com outras medidas, quando adequado;
- Avaliar e documentar as respostas à massagem (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.488).

1380 - Aplicação de calor/frio

(Definição: Estimulação da pele e dos tecidos subjacentes com calor ou frio visando à redução de dores, espasmos musculares ou inflamação).

- Explicar o uso de calor e frio, a justificativa do tratamento e a maneira como ele afetará os sintomas do paciente;
- Examinar as contra-indicações ao frio ou ao calor, como sensibilidade diminuída ou ausente, circulação diminuída e capacidade para comunicar-se reduzida;

- Selecionar um método de estimulação que seja conveniente e prontamente disponível, como sacos plásticos à prova d'água com gelo; embalagens com gel congelado; envelopes com gelo químico; imersão em gelo; pano ou toalha no congelador para resfriamento; bolsa de água quente; almofada elétrica para aquecimento; compressas quentes e úmidas; imersão em banheira ou banheira de hidromassagem; uso de parafina; banho *sitz*; luz radiante; luz radiante; envoltório plástico para aquecer;
- Determinar a disponibilidade e as condições de segurança de todo o equipamento utilizado para a aplicação de calor e frio;
- Determinar a condição da pele e identificar quaisquer alterações que requeiram uma mudança no procedimento ou constituam contra-indicação à estimulação;
- Selecionar o local para estimulação, analisando locais alternativos quando não for possível a aplicação direta (ex.: adjacente a, distal a, entre áreas afetadas ou contralateral);
- Enrolar o equipamento para aplicação de calor/frio em um pano protetor, se adequado;
- Usar um pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor, quando adequado;
- Orientar quanto à forma de evitar danos aos tecidos associados ao calor/frio;
- Verificar a temperatura da aplicação, especialmente quando utilizar calor;
- Determinar a duração da aplicação com base nas respostas verbais, comportamentais e biológicas individuais;
- Cronometrar com cuidado todas as aplicações;
- Aplicar frio/calor diretamente sobre o local afetado ou próximo a ele, se possível;
- Examinar com cuidado o local na busca de sinais de irritação da pele ou dano tissular durante os cinco minutos e, após, freqüentemente, durante o tratamento;
- Avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento;
- Posicionar o paciente para permitir movimentos a partir da fonte de temperatura, se necessário;
- Orientar o paciente para não ajustar sozinho os controles de temperatura, sem orientação prévia;
- Mudar os locais de aplicação de calor/frio ou trocar a forma de estimulação, caso não seja obtido alívio;
- Explicar que a aplicação de frio pode ser dolorosa por breves instantes, com entorpecimento de cerca de cinco minutos após a estimulação inicial;
- Orientar sobre indicadores para aplicação, bem como sobre o procedimento e sua freqüência;
- Orientar para evitar danos à pele após a estimulação;
- Avaliar e documentar a resposta à aplicação de calor/frio (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.255).

1400 - Controle da dor

(Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente).

- Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a freqüência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes;
- Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicar de forma efetiva;
- Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;
- Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a existência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a ela;
- Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor;
- Considerar as influências culturais sobre a resposta à dor;
- Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida (ex.: sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis);
- Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;

- Avaliar experiências anteriores de dor, de forma a incluir a história individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando apropriado;
- Avaliar, com o paciente e a equipe de cuidados de saúde, a eficácia de medidas de controle da dor que têm sido utilizadas;
- Auxiliar o paciente e a família a procurar e obter apoio;
- Utilizar um método de investigação desenvolvido de modo adequado, que permita a monitoração de alterações na dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitadores reais e potenciais (ex.: fluxograma, registro em diário);
- Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e implementar um plano de monitoração;
- Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconforto decorrentes de procedimentos;
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (ex.: temperatura, ambiente, iluminação, ruído);
- Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (ex.: medo, fadiga, monotonia e falta de informação);
- Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações, quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor;
- Selecionar e implementar uma variedade de medidas (ex.: farmacológicas, não-farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando adequado;
- Ensinar princípios de controle da dor;
- Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio;
- Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir de forma adequada;
- Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (ex.: *biofeedback*, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, jogo terapêutico, terapia ocupacional, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas; antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio de dor;
- Investigar o uso atual que o paciente faz de métodos farmacológicos de alívio da dor;
- Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor;
- Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para a dor;
- Colaborar com o paciente, com as pessoas significativas e com outros profissionais da saúde na seleção e na implementação de medidas não-farmacológicas de alívio da dor, quando apropriado;
- Oferecer à pessoa alívio ideal da dor, com o uso dos analgésicos prescritos;
- Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado;
- Usar as medidas de controle da dor antes de seu agravamento;
- Medicar o paciente antes de uma atividade, a fim de aumentar sua participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação;
- Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos;
- Verificar com o paciente o nível de desconforto, anotar as mudanças no registro médico e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente;
- Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação constante da experiência de dor.
- Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
- Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
- Encorajar o paciente a discutir suas experiências de dor, quando adequado;
- Notificar o médico se as medidas não forem bem-sucedidas ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa em relação à experiência anterior de dor do paciente;
- Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente, para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor;
- Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando apropriado;
- Considerar o encaminhamento do paciente, dos familiares e das pessoas significativas a grupos de apoio e a outros recursos, quando apropriado;

- Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder à experiência de dor, assim como perceber esta resposta;
- Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível;
- Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.337 a 339).

2380 - Controle de medicamentos

(Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não-prescritos)

- Determinar quais medicamentos são necessários e administrá-los de acordo com a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição;
- Discutir as preocupações financeiras referentes ao regime medicamentoso;
- Determinar a capacidade do paciente para automedicar-se, quando adequado;
- Monitorar a eficácia da modalidade de administração do medicamento;
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento;
- Monitorar sinais e sintomas de toxicidade do medicamento;
- Monitorar efeitos adversos do medicamento;
- Monitorar os níveis séricos do sangue (ex.: eletrólitos, protrombina, medicamentos), quando adequado;
- Monitorar interações medicamentosas não-terapêuticas;
- Revisar periodicamente com o paciente e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados;
- Jogar fora medicamentos interrompidos e velhos ou contra-indicados, quando adequado;
- Facilitar mudanças de medicamento junto ao médico, quando adequado;
- Monitorar a resposta às mudanças no regime medicamentoso, se adequado;
- Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos;
- Monitorar a adesão do paciente ao regime medicamentoso;
- Determinar os fatores que pode impedir o paciente de tomar os medicamentos conforme a prescrição;
- Desenvolver estratégias com o paciente para intensificar a adesão ao regime medicamentoso prescrito;
- Consultar outros profissionais de cuidados de saúde para minimizar a quantidade dos medicamentos e a frequência das doses necessárias para um efeito terapêutico;
- Ensinar ao paciente e/ou à família o método de administração do medicamento, quando adequado;
- Ensinar o paciente e/ou à família à ação esperada e os efeitos secundários do medicamento;
- Providenciar ao paciente e a seus familiares informações escritas e ilustrativas para melhorar a auto-administração de medicamentos, quando adequado;
- Desenvolver estratégias para controlar os efeitos secundários dos medicamentos;
- Obter prescrição médica para a automedicação, quando adequado;
- Estabelecer um protocolo para o armazenamento, o reabastecimento e o controle dos medicamentos deixados à cabeceira da cama com fins de automedicação;
- Investigar os possíveis recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos prescritos, quando adequado;
- Determinar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida do paciente;
- Oferecer alternativas de horário e modalidade de auto-administração dos medicamentos, de modo a minimizar os efeitos sobre o estilo de vida;
- Auxiliar o paciente e os membros da família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos, quando adequado;
- Orientar o paciente quanto ao momento de busca atenção médica;
- Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica;
- Oferecer informações sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como ele podem influenciar a condição existente;
- Determinar se o paciente está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso de medicamentos prescritos e não-prescritos;

- Revisar com o paciente as estratégias para o controle do regime medicamentoso;
- Oferecer ao paciente uma lista de recursos para contato, caso haja necessidade de maiores informações sobre o regime medicamentoso;
- Contatar o paciente e a família após a alta, quando adequado, para responder a questões e discutir preocupações associadas ao regime medicamentoso;
- Encorajar o paciente a fazer exames de triagem para determinar os efeitos dos medicamentos (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.506).

8810 - Biofeedback

(Definição: auxílio ao paciente para modificar uma função corporal, utilizando *feedback* de equipamentos).

- Analisar a natureza do problema a ser tratado;
- Determinar a aceitação do paciente quanto a esse tipo de tratamento;
- Orientar o paciente sobre o equipamento de monitoração específico utilizado;
- Elaborar um plano de tratamento para o problema;
- Conectar o paciente ao equipamento, conforme necessário;
- Auxiliar o paciente a aprender a modificar as respostas corporais de acordo com as indicações do equipamento;
- Organizar a sala de terapia de modo que o paciente não consiga tocar qualquer objeto condutor;
- Orientar o paciente a verificar o equipamento antes do uso, a fim de garantir um funcionamento correto;
- Responder aos receios e às preocupações relacionadas ao equipamento;
- Discutir a duração da sessão de tratamento com o paciente/a família
- Estabelecer um ponto de partida apropriado com o qual comparar os efeitos do tratamento;
- Identificar Critérios adequados para reforçar as respostas do paciente;
- Oferecer *feedback* do progresso após cada sessão;
- Fixar condições com o paciente para auxiliar o resultado terapêutico (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.251-252).

6482 - Controle do ambiente: conforto

(Definição: Manipulação dos elementos em torno do paciente para promover um nível adequado de conforto).

- Selecionar companheiro de quarto com características compatíveis, quando possível e adequado;
- Limitar os visitantes;
- Prevenir interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso;
- Determinar as fontes de desconforto, tais como curativos úmidos ou muito apertados, posicionamento das sondas, roupa de cama com rugas e elementos ambientais irritantes;
- Oferecer uma cama limpa e confortável;
- Ajustar a temperatura do quarto a fim de que seja a mais confortável para o indivíduo, quando possível;
- Providenciar ou retirar cobertores para promover conforto de temperatura, conforme indicado;
- Evitar exposição desnecessária a correntes de ar, calor excessivo ou frio;
- Adaptar a iluminação ambiental para satisfazer às necessidades de atividades individuais, evitando luz direta nos olhos;
- Controlar ou prevenir ruído indesejável ou excessivo, quando possível;
- Facilitar as medidas de higiene para manter o indivíduo confortável (ex.: secar a testa, aplicar cremes na pele ou limpar o corpo, os cabelos e a cavidade oral);
- Posicionar o paciente para facilitar o conforto (ex.: usar os princípios de alinhamento corporal, oferecer apoio com travesseiros, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo);
- Monitorar a pele, especialmente sobre as saliências corporais, na busca de sinais de pressão ou irritação;

-Evitar expor a pele ou as mucosas a elementos irritantes (ex.: fezes diarréicas e drenagem de feridas) (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.205).

5900 - Distração

(Definição: Focalização proposital da atenção para longe de sensações indesejáveis).

- Encorajar o indivíduo a escolher a(s) técnica(s) de distração desejada(s), como música, envolvimento em conversa ou relato detalhado de um acontecimento ou história, imagem orientada ou histórias humorísticas;
- Orientar o paciente sobre os benefícios da estimulação de vários sentidos (ex.: por meio de música, trabalho com números, televisão e leitura);
- Considerar a utilização de técnicas de distração para crianças como o jogo, a terapia ocupacional, a leitura de histórias, o canto ou atividades rítmicas que constituam novidades, tenham apelo a mais de um sentido e não exijam alfabetização ou capacidade de raciocínio;
- Sugerir técnicas compatíveis com o nível de energia, habilidade, faixa etária e de desenvolvimento e que tenham sido usadas com eficácia anteriormente;
- Individualizar o conteúdo da técnica de distração, com base no que foi usado com sucesso no passado, bem como na idade e no nível do desenvolvimento;
- Aconselhar o paciente a praticar a técnica de distração antes do horário necessário, se possível;
- Orientar o paciente sobre maneiras de se envolver na distração (usar equipamento ou materiais) antes do horário necessário, se possível;
- Encorajar a participação da família e de pessoas significativas e oferecer orientação, quando necessário;
- Usar a distração isoladamente ou com outras medidas ou distrações (distração sensorial múltipla), se adequado;
- Avaliar e documentar a resposta à distração (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.333-334).

6040 - Terapia simples de relaxamento

(Definição: Uso de técnicas para encorajar e verbalizar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como dor, tensão muscular ou ansiedade).

- Descrever as razões para o relaxamento e os benefícios, limites e tipos de relaxamento disponíveis (ex.: musicoterapia, meditação e relaxamento muscular progressivo);
- Determinar se alguma intervenção de relaxamento usada anteriormente foi útil;
- Considerar o desejo e a capacidade do paciente para participar de determinada técnica de relaxamento, bom como sua preferência, suas preferências anteriores e as contra-indicações relativas à técnica, antes de selecioná-la;
- Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento escolhida;
- Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura agradável, quando possível;
- Orientar o indivíduo a colocar-se em posição confortável, com roupas que não apertem e com os olhos fechados;
- Individualizar o conteúdo da intervenção de relaxamento (ex.: solicitando sugestões de mudanças);
- Induzir comportamento condicionados para produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejo, respiração abdominal ou uso de imagens que promovam a paz;
- Orientar o paciente para relaxar e deixar as sensações surgirem;
- Usar tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico;
- Demonstrar e praticar a técnica de relaxamento com o paciente;
- Encorajar as demonstrações de compreensão das técnicas, se possível;
- Antecipar a necessidade de uso do relaxamento;
- Oferecer informações escritas sobre o preparo e o envolvimento nas técnicas de relaxamento;

- Encorajar a repetição ou a prática freqüente da(s) técnicas(s) selecionada(s);
- Oferecer tempo sem interrupções, uma vez que o paciente pode adormecer;
- Encorajar o controle da técnica de relaxamento que estiver sendo usada;
- Avaliar com regularidade o relato individual do relaxamento alcançado e, periodicamente, monitorar a tensão muscular, a freqüência cardíaca, a pressão sangüínea e a temperatura da pele, quando adequado;
- Oferecer reforço regular para o uso do relaxamento, como elogiar as tentativas e reconhecer os resultados positivos;
- Elaborar um vídeo explicativo da técnica de relaxamento para uso individual, quando adequado;
- Usar a terapia de relaxamento isoladamente ou em conjunto com outras medidas, quando adequado;
- Avaliar e documentar a resposta à terapia de relaxamento (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008, p.611-612).

Observou-se que as intervenções de enfermagem da NIC (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008), aplicadas na dor aguda e na dor crônica são praticamente as mesmas. Tendo dor aguda uma maior variedade de intervenções optativas, como a terapia com animais, musicoterapia, orientação para focalização da imagem entre outras, comparado à dor crônica. Seguindo esse parâmetro, elaborou-se uma proposta que se adequasse, nessas condições, para o cuidado a criança oncológica com dor.

5.4 Proposta de complementação do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA relacionado ao diagnóstico da dor

Esta proposta foi elaborada a partir de uma análise criteriosa sobre o que existe atualmente no cadastro do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA referente ao Diagnóstico de Enfermagem (DE) dor aguda e dor crônica, fatores relacionados (FR) e cuidados de enfermagem. Buscou-se conhecer os FR pertinentes, com base na NANDA (2008) e na Carpenito (2008), selecionando três FR (efeitos do câncer, imobilidade e toxicidade ao tratamento) para a complementação a este DE. Com base no Sistema realizou-se um levantamento dos cuidados de enfermagem citados unanimemente em dor aguda e dor crônica de forma independente, e assim, adequando-os aos FR selecionados. Por fim, identificou-se na NIC (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008), as intervenções de enfermagem mais cabíveis a esta proposta contemplando o cuidado à criança oncológica de maneira a proporcionar novas sugestões de terapias convencionais e alternativas para o alívio da dor. Ao explicar as terapias alternativas NIC (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008), inclui Biofeedback, orientação para focalização da imagem, terapia simples de relaxamento,

musicoterapia, terapia com animais, situando muitas delas “na classe Promoção de Conforto Psicológico” (p.50).

A seguir será exposta a nova proposta de complementação ao Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA, de acordo com a numeração dos cuidados de enfermagem já existente no Sistema e a numeração da taxonomia existente na NIC para cada intervenção de enfermagem sugerida.

A proposta inicia com a inclusão dos FR identificados na literatura específica juntamente com os cuidados de enfermagem, para dor aguda e dor crônica, já existentes no Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA e os sugeridos colocados em quadros distintos nesta respectiva ordem.

1 - DE Dor aguda FR Imobilidade

Nº no sistema	Cuidados de Enfermagem já incluídos no Sistema
2	Orientar paciente
9	Auxiliar na mudança de decúbito
13	Solicitar presença de familiares
18	Verificar sinais vitais
103	Tranqüilizar o paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
174	Administrar analgesia após avaliação
177	Avaliar eficácia da analgesia
178	Comunicar sinais de dor
181	Orientar técnicas de relaxamento
184	Avaliar intensidade da dor
187	Orientar paciente e família alternativas para alívio da dor
212	Manter posição adequada ao procedimento
287	Estimular o auto cuidado
318	Estimular a presença de familiares
380	Solicitar avaliação
403	Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos
472	Manter a campainha ao alcance do paciente
514	Orientar paciente/família
972	Comunicar alterações durante a infusão de analgesia
975	Avaliar a dor utilizando a escala de intensidade
978	Registrar a dor como 5º sinal vital

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	1320	Estimular pontos de acupressão
2	1320	Utilizar aplicações de acupressão

3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
6	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
7	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
8	1400	Orientar princípios de controle da dor
9	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
10	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
11	5820	Ouvir atentamente o paciente
12	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
13	5900	Orientar técnicas de distração
14	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
15	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
16	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
17	6000	Orientar para a focalização de imagens
18	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva

2 - DE Dor aguda FR Toxicidade ao tratamento

Nº no sistema	Cuidados de Enfermagem já incluídos no Sistema
2	Orientar paciente
12	Promover segurança e conforto
13	Solicitar presença de familiar
18	Verificar sinais vitais
103	Tranqüilizar paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
178	Comunicar sinais de dor
197	Orientar familiares sobre o cuidado
181	Orientar técnicas de relaxamento
298	Proporcionar ambiente calmo e confortável
318	Estimular presença de familiares
380	Solicitar avaliação
514	Orientar paciente/familiares
804	Tranqüilizar a família
975	Avaliar a dor utilizando a escala de dor
978	Registrar a dor como 5º sinal vital

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	1320	Estimular pontos de acupressão
2	1320	Utilizar aplicações de acupressão
3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
6	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
7	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor

8	1400	Orientar princípios de controle da dor
9	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
10	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
11	6482	Evitar interrupções durante o descanso
12	5820	Compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida
13	5820	Ouvir atentamente o paciente
14	5820	Apoiar uso de mecanismos de defesa apropriado
15	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
16	5900	Orientar técnicas de distração
17	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
18	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
19	1480	Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos
20	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
21	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
22	6000	Orientar para a focalização de imagens
23	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva

3 - DE Dor aguda FR Irritantes químicos

Nº no sistema	Cuidados de Enfermagem já incluídos no Sistema
2	Orientar paciente
12	Promover segurança e conforto
13	Solicitar presença de familiar
18	Verificar sinais vitais
103	Tranqüilizar paciente
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
178	Comunicar sinais de dor
197	Orientar familiares sobre o cuidado
181	Orientar técnicas de relaxamento
298	Proporcionar ambiente calmo e confortável
318	Estimular presença de familiares
380	Solicitar avaliação
514	Orientar paciente/familiares
804	Tranqüilizar a família
975	Avaliar a dor utilizando a escala de dor
978	Registrar a dor como 5º sinal vital

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	1320	Estimular pontos de acupressão
2	1320	Utilizar aplicações de acupressão
3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
8	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
9	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor

10	1400	Orientar princípios de controle da dor
11	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
12	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
13	6482	Evitar interrupções durante o descanso
14	5820	Compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida
15	5820	Ouvir atentamente o paciente
16	5820	Apoiar uso de mecanismos de defesa apropriado
17	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
18	5900	Orientar técnicas de distração
19	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
20	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
22	1480	Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos
23	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
24	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
25	6000	Orientar para a focalização de imagens
26	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva
27	4320	Oferecer animais como terapia alternativa
28	4320	Orientar a brincadeira com os animais na terapia

1 - DE Dor crônica FR Efeitos do câncer

Nº no sistema	Cuidados de Enfermagem já incluídos no Sistema
2	Orientar paciente
12	Promover segurança e conforto
13	Solicitar presença de familiares
18	Verificar sinais vitais
27	Manter repouso relativo
103	Tranqüilizar o paciente
181	Orientar técnicas de relaxamento
173	Proporcionar posição confortável ao paciente
174	Administrar analgesia após avaliação
176	Aplicar frio local
178	Comunicar sinais de dor
182	Aplicar calor local
184	Avaliar intensidade da dor
187	Orientar paciente e família alternativas para alívio da dor
295	Evitar procedimento durante o sono do paciente
298	Proporcionar ambiente calmo e confortável
318	Estimular a presença de familiares
380	Solicitar avaliação
403	Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos
472	Manter campainha ao alcance do paciente
514	Orientar paciente/família
972	Comunicar alterações durante a infusão de analgesia
975	Avaliar a dor utilizando a escala de dor
978	Registrar a dor como 5º sinal vital

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	1320	Estimular pontos de acupressão
2	1320	Utilizar aplicações de acupressão
3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
6	1480	Aplicar calor úmido no local da massagem
7	1480	Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos
8	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
9	1380	Comunicar todas as aplicações de calor/frio
10	1380	Manter pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor
11	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
12	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
13	1400	Orientar princípios de controle da dor
14	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
15	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
16	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
17	6482	Evitar interrupções durante o descanso
18	5900	Orientar técnicas de distração
19	6040	Orientar técnicas de relaxamento
20	6040	Usar a terapia de relaxamento individualmente

Esta etapa da proposta consiste na inclusão dos cuidados de enfermagem sugeridos para complementar o que já existe no Sistema para os diagnósticos de enfermagem dor aguda e dor crônica e seus respectivos FR.

4 - DE Dor aguda FR Alteração vascular

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
2	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
3	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
4	1380	Comunicar todas as aplicações de calor/frio
5	1380	Manter pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor
6	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
7	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
8	1400	Orientar princípios de controle da dor
9	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
10	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
11	6482	Evitar interrupções durante o descanso
12	5820	Compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida

13	5820	Ouvir atentamente o paciente
14	5820	Apoiar uso de mecanismos de defesa apropriado
15	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
16	5900	Orientar técnicas de distração
17	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
18	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
19	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
20	6000	Orientar para a focalização de imagens
21	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva

DE Dor aguda FR Evolução da doença

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	1320	Estimular pontos de acupressão
2	1320	Utilizar aplicações de acupressão
3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
6	1380	Comunicar todas as aplicações de calor/frio
7	1380	Manter pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor
8	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
9	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
10	1400	Orientar princípios de controle da dor
11	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
12	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
13	6482	Evitar interrupções durante o descanso
14	5820	Compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida
15	5820	Ouvir atentamente o paciente
16	5820	Apoiar uso de mecanismos de defesa apropriado
17	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
18	5900	Orientar técnicas de distração
19	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
20	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
21	1480	Aplicar no local da massagem calor úmido
22	1480	Massagear usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos
23	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
24	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
25	6000	Orientar para a focalização de imagens
26	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva
27	4320	Oferecer animais como terapia alternativa
28	4320	Orientar a brincadeira com os animais na terapia

DE Dor aguda FR Trauma

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
----	-----	---

1	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
2	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
3	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
4	1380	Comunicar todas as aplicações de calor/frio
5	1380	Manter pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor
6	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
7	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
8	1400	Orientar princípios de controle da dor
9	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
10	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
11	6482	Evitar interrupções durante o descanso
12	5820	Compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida
13	5820	Ouvir atentamente o paciente
14	5820	Apoiar uso de mecanismos de defesa apropriado
15	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
16	5900	Orientar técnicas de distração
17	4430	Orientar uso do jogo terapêutico
18	4430	Manter sessões de jogo terapêutico
19	4400	Utilizar técnica de musicoterapia
20	6000	Orientar para a focalização de imagens
21	6000	Usar técnicas com imagens de forma preventiva

DE Dor crônica FR Processo inflamatório

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
1	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
2	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
3	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
4	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
5	1380	Comunicar todas as aplicações de calor/frio
6	1380	Manter pano úmido próximo à pele para aumentar a sensação de frio/calor
7	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
8	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
9	1400	Orientar princípios de controle da dor
10	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
11	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
12	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
13	6482	Evitar interrupções durante o descanso
14	5900	Orientar técnicas de distração
15	6040	Orientar uso de técnicas de relaxamento
16	6040	Orientar o paciente para relaxar e deixar as sensações surgirem
17	6040	Usar a terapia de relaxamento individualmente

DE Dor crônica FR Trauma tissular

Nº	NIC	Cuidados de Enfermagem sugeridos para inclusão no Sistema
----	-----	---

3	2210	Monitorar sinais vitais antes e após analgesia
4	2210	Orientar paciente a solicitar medicamento antes que a dor aumente
5	2300	Observar alergias, interações e contra-indicações aos medicamentos
6	1480	Aplicar no local da massagem calor úmido
8	1480	Estimular a concentrar-se nas boas sensações da massagem
11	1400	Avaliar fatores que aliviam/pioram a dor
12	1400	Evitar fatores que precipitem experiências de dor
13	1400	Orientar princípios de controle da dor
14	1400	Orientar técnicas não-farmacológicas para alívio da dor
15	2380	Observar efeitos colaterais do medicamento
16	8810	Orientar técnica de uso do biofeedback
17	6482	Evitar interrupções durante o descanso
18	5900	Orientar técnicas de distração
19	6040	Orientar uso de técnicas de relaxamento
20	6040	Orientar o paciente para relaxar e deixar as sensações surgirem
21	6040	Usar a terapia de relaxamento individualmente

Esta proposta visa o enriquecimento do Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA. Buscou-se qualificar os cuidados de enfermagem, tanto os convencionais como os alternativos, a fim de ter maior recurso para alívio da dor para criança com câncer. Alguns cuidados alternativos foram citados apenas no alívio da dor aguda, mas isso não significa que não possam ser aplicados ao diagnóstico de dor crônica, optou-se por assim descrever conforme orientação encontrada na NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um fenômeno complexo, uma sensação individual e muito pessoal do ser humano. A dor em oncologia manifesta-se de forma aguda ou crônica, a dor aguda é breve, dura menos de seis meses, e é de fácil localização, suas intervenções de enfermagem são específicas, levando a uma maior facilidade para o seu alívio. A dor crônica é mais persistente, dura mais de seis meses, muitas vezes é uma dor de difícil localização e consequentemente dificultando a melhora no quadro algico do paciente.

Segundo Brasil (1995), de acordo com a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, é direito da criança não sentir dor, quando existam meios para evitá-la. Portanto, o controle e o alívio da dor na assistência à criança com câncer é um objeto de preocupação constante da equipe de enfermagem, na busca de intervenções que possam minimizar ou evitar alguns problemas que podem levar ao aparecimento da dor, como o ambiente, o tratamento, a evolução da doença e todos os efeitos que o câncer pode causar. Desse modo, atualmente na pediatria oncológica do HCPA, a dor está sendo considerada como o 5º sinal vital, através de uma avaliação criteriosa pelas escalas de CHIPPS e EVA e registrando-a na folha de sinais vitais, auxiliando no reconhecimento e indicação de medidas mais precisas para seu alívio.

Com base na NANDA - International (2008), na NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) e Carpenito (2008), foi possível desenvolver uma revisão acurada dos fatores relacionados e das intervenções de enfermagem. Confirmou-se a necessidade de complementação de fatores relacionados para dor aguda que incidiram em *imobilidade, irritantes químicos e toxicidades ao tratamento*; e para dor crônica em *efeitos do câncer*; e complementação dos cuidados de enfermagem voltados a terapias convencionais e alternativas a serem inseridos no Sistema no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem dor na criança com câncer. A avaliação da dor como o 5º sinal vital, prescinde de qualificação das etapas que constituem a Sistematização da Assistência de Enfermagem em pediatria, fornecendo subsídios para a escolha das intervenções de enfermagem apropriadas, contribuindo assim para a prática profissional do enfermeiro em oncologia pediátrica.

Acredita-se que as terapias alternativas, como *Biofeedback*, distração, terapia simples de relaxamento entre outras, aceitas pelo próprio COFEN (1995), através do Parecer Normativo nº. 004/95, que estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, sejam uma forma positiva para contribuir

no alívio da dor. O reconhecimento e inclusão de estratégias não-farmacológicas possibilitam elaborar cuidados de enfermagem mais qualificados e cabíveis para o diagnóstico de dor na criança com câncer contribuindo na tomada de decisões sobre as providências possíveis para o alívio da dor. A proposta de complementação construída favorece dessa maneira o Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA, o qual, encontra-se em constante desenvolvimento com necessidades de implementações para melhor assistir o paciente.

Reside nesse aspecto, a importância da apresentação e da entrega desse material de fácil compreensão às enfermeiras da Unidade de Oncologia Pediátrica - 3º leste, para que essas possam dar continuidade a esta proposta, implementando um processo de capacitação e socialização do conhecimento necessários para a prática profissional da equipe de enfermagem a partir das inclusões sugeridas. Igualmente, está previsto o encaminhamento dessa proposta ao GTDE do HCPA através de sua coordenação e representantes da Pediatria, que acolheram esta iniciativa desde a construção do projeto. Espera-se contribuir, dessa maneira, para um crescimento não só para o Sistema Informatizado de Prescrição, mas também para melhorias na atuação profissional de enfermagem.

Este trabalho pode servir de base, ainda, para a extensão desta proposta a fim de contemplar a SAE à Dor da criança/adolescente em outras condições clínicas ou cirúrgicas. Por ser a dor um fenômeno multifatorial e multidimensional, exige da enfermagem competência e sensibilidade para prevenção, avaliação e intervenção, baseada em evidências, o que remete à necessidade de realização de novas pesquisas.

Desta maneira, espero que este trabalho sirva também de ponto de partida para novos estudos para ampliar a revisão de outros diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções. Esta recomendação vem ao encontro de valorizar a articulação da academia junto com a assistência hospitalar, pois essa integração hospital-escola prescinde de novos olhares e interesses, sendo este o grande objetivo da enfermagem.

REFERÊNCIAS

BOETTCHER, C. L. **Dor na criança**: um universo a ser desvendado. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Resolução nº 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95).

_____. Lei nº. 9610, de 19 de fevereiro de 1998: Lei do Direito Autoral. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília. 20 fev. 1998.

BÜTTER W.; FINKE W. Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. **Pediatric Anaesthesia**, v.10, n.3, May 2000.

CARAN, E. Avaliação da dor em cuidados paliativos. In: CAMARGO, B. de; KURASHIMA, A. S. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica**: O cuidar além do cuidar. São Paulo: Lemar, 2007. 416p.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**: Aplicação à prática Clínica, 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 812p.

_____. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008, 744p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer normativo nº 004/95. **Dispõe sobre as atividades em Terapia alternativa**. Bol Inf COREn 1995; 18(4): 8.

CROSSETTI, M. G. *et al.* O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 55 n.6 p.705-708, nov. -dez. 2002.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHECK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnósticos e intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, 559p.

ELIZALDE, A. C.; ALMEIDA, M. A. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27 n. 4 p.564-74, dez. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

GONÇALVES, A. M. P; TANNURE, M. C. **Sistematização da assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 168p.

HUSKISSON, E. **Visual Analogue Scales**. In: Melzack R. (Ed.). *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press, 1983, p.33-37.

LAURENT, M. C. *et al.* **Estudos Clínicos sobre processo e diagnóstico de enfermagem: experiência do HCPA**. In: *Anais do 8º Simpósio Nacional do Diagnóstico de Enfermagem; 2006 maio 23-26; João Pessoa, Brasil. [Em CD-ROM].* João Pessoa: ABEn/PB; 2006.

LAURENT, M. C.; DIAS, V. L. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pediatria**. PROENF – Programas de atualização em enfermagem – Saúde da criança e do adolescente. Ciclo 1, módulo 1. Porto Alegre: Artmed 2006.

LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. 639 p.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003/2004**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 300p.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2007/2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393 p.

OKADA, M. *et al.* Dor em Pediatria. **Revista Medicina** (São Paulo), 80 (ed. Esp. Pt. 1): 135-156, 2001.

PAVANI, N. J. P. Dor no Câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, v. 3 n. 12 p.42-52, 2000.

SILVA, Y.P. *et al.* Avaliação da dor na criança. **Revista Medicina Minas Gerais** 2004; 14 (1 Supl. 3): 592-596

SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. **Dor em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 279p.

TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D.M.S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 49-55, outubro 1998.

ANEXO A - CHIPPS – Escala de Dor



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



**ESCALA COMPORTAMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE DOR
NAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS**

***CHIPPS – Children’s and Infants Postoperative Pain Scale
Escala de Dor Pós-Operatória de Crianças e Bebês.**

ITEM	ESTRUTURA	PONTOS
Choro	Nenhum	0
	Gemido	1
	Grito	2
Expressão Facial	Relaxado/sorrindo	0
	Boca retorcida	1
	Careta (olhos e boca)	2
Postura do Tronco	Neutra	0
	Variável	1
	Arqueado para trás	2
Postura das Pernas	Neutra, solta	0
	Chutando	1
	Pernas tencionadas	2
Inquietação Motora	Nenhuma	0
	Moderada	1
	inquieta	2

Interpretação: score mínimo = 0
score máximo = 10

**zero a 3 = dor controlada
4 a 10 = necessita tratamento**

* Alves M et al. Cross validation of the children’s and infants’ post operative pain scale in brazilian children. *Pain Practice*, v. 8, issue 3, 2007 171-176.

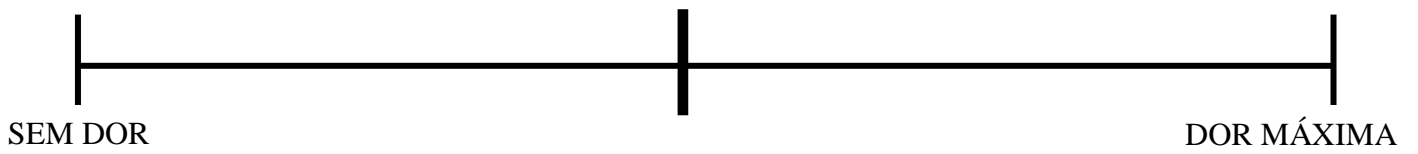
ANEXO B - EVA – Escala Visual Analógica



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



ESCALA VISUAL ANALÓGICA
NAS CRIANÇAS MAIORES DE 5 ANOS



ANEXO C – Termo de Compromisso para Utilização de Dados do HCPA



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>O diagnóstico de enfermagem dor na perspectiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem à criança oncológica</p>	<p>Cadastro no GPPG</p> <p>08-337</p>
--	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 07 de Julho de 2008.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
HELENA BECKER ISSI	
GREICE DE MEDEIROS STEFANI	

ANEXO D – Carta de Aprovação COMPESQ/EEUFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 15
Versão julho/2008

Pesquisadores: Greice de Medeiros Stefani e Helena Becker Issi

Título: O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR NA PERSPECTIVA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ONCOLÓGICA

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 04 de julho de 2008.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEEn-UFRGS



Prof.a. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO E – Carta de Aprovação GPPG/HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-337

Pesquisadores:

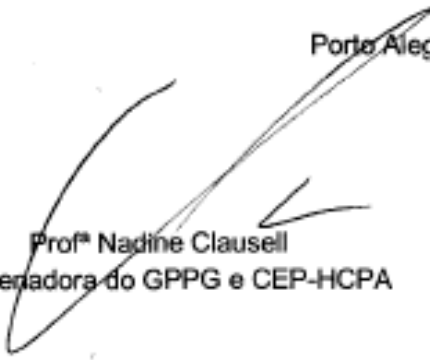
HELENA BECKER ISSI

GREICE DE MEDEIROS STEFANI

Título: O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR NA PERSPECTIVA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ONCOLÓGICA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/98 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 19 de setembro de 2008.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA