

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ROBERTA WATERKEMPER

**CONCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM
CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM
CÂNCER: UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

W324c Waterkemper, Roberta

Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer: uma prática de educação no trabalho, 2008 [dissertação] / Roberta Waterkemper – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

156 p.; il.

Inclui bibliografia.

Possui Tabelas.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Câncer – Enfermagem. 3. Educação no trabalho. I. Autor.

CDU – 616-083-006

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

ROBERTA WATERKEMPER

**CONCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM
CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM
CÂNCER: UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO**

Dissertação apresentada e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2008**

ROBERTA WATERKEMPER

**CONCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM
CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM
CÂNCER: UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

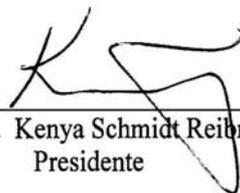
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 19 de setembro de 2008, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

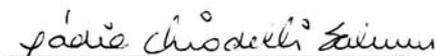


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Presidente



Dra. Nádia Maria C. Salum
Membro



Dra. Marisa Monticelli
Membro

Dra. Eliane Matos
Membro Suplente

Dra. Marta Lenise do Prado
Membro Suplente

NÃO EXISTE DOR GOSTOSA

*Não existe dor bonita
nem dor que seja melhor
mas entre as dores do mundo
haveria uma pior?*

*Tem gente que não vacila:
Digo, juro e não duvido,
que a mais doída das dores
com certeza é a dor de ouvido!*

*Mas outros logo discordam:
Não vem que não adianta!
E dizem, quase sem voz:
A pior é na garganta!*

*É quando alguém se levanta
e bravo bate na mesa,
dizendo que não existe
pior que dor de cabeça!*

*Mas alguém acha outra coisa
e vem com voz comovente
pra provar com a mão na boca
que a pior é a dor de dente!*

*Sem falar nos que insistem
em lembrar dessa inimiga
que maltrata a nossa vida
e se chama dor de barriga!*

*Tem gente com dor na unha,
tem dor que dá no cabelo,
tem até dor de inveja:
é a dor -de- cotovelo!*

*Não existe dor gostosa,
de dor ninguém acha graça.
Mas a dor pior que existe
é aquela que não passa*

Ricardo Azevedo

Dedico este trabalho a....

...a todos os pacientes e familiares que vivenciam ou já vivenciaram a experiência de adoecer com câncer e dor e a todas as enfermeiras que procuram, através de seu cuidado, confortar aqueles que sofrem... mesmo que este cuidar, seja apenas o “estar junto”.



Agradeço....

Aos pacientes e familiares que internaram na unidade de cuidados paliativos e que alimentaram o saber das enfermeiras, durante seus anos de trabalho e cuidado no adoecer com câncer e sua dor;

Aos sujeitos participantes da pesquisa, minhas colegas de trabalho, enfermeiras, por acreditarem, coletivamente, que mudar é possível quando todas sentem o mesmo desejo e, principalmente, por pensarem naqueles que solicitam por sua ajuda em momento de dor, os pacientes e familiares;

Ao Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, minha casa de trabalho, minha escola de aprender a ser, estar, saber e fazer cuidados paliativos, pela abertura ao desenvolvimento da pesquisa. Incluo nesta casa, todos os meus colegas da equipe multiprofissional, que acompanharam, lado a lado, estes momentos de aprendizagem;

Aos meus colegas da turma de mestrado 2007 que em seu primeiro ano, superaram, juntos os desafios lançados pelas educadoras do curso;

À minha orientadora Dra. Kenya Schmidt Reibnitz por ter acreditado e abraçado a proposta de trabalho, na oncologia, principalmente, por ter atuado como mediadora do processo de educação da própria pesquisadora para que, esta, construísse os conhecimentos desenvolvidos na pesquisa;

Ao Educador Paulo Freire que através de sua experiência e conhecimentos, enquanto educador, possibilitou a concretização deste trabalho, pela conscientização da pesquisadora sobre a necessidade de transformar a sua realidade pessoal e profissional, assim como dos sujeitos envolvidos;

Às minhas amigas, Fabiane, Patrícia e sua doce família que acompanharam e ajudaram a pesquisadora, em cada momento do curso de mestrado a superar os percalços desta conquista, principalmente, ao abrirem as portas de seu lar e de sua vida particular;

A minha família: pai, mãe, digo e nado, meus irmãos, que mesmo no corre-corre da vida, através de sua paciência e compreensão, me ajudaram a concluir mais uma etapa de minha vida profissional, principalmente, por ainda permanecermos convivendo no mesmo lar; A família, independente de sua formação, ainda é o alicerce para o viver de cada indivíduo;

Ao meu namorado “amore mio”, por ter conseguido compreender o momento pelo qual eu estava passando e não ter desistido de mim diante de tantos momentos difíceis, principalmente, a distância de 500 km. *“Io te voglio benne e te amo molto!”*

WATERKEMPER, Roberta. **Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer: uma prática de educação no trabalho.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 156 p.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa do tipo convergente-assistencial, de natureza qualitativa, cujo objetivo foi revelar as concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor em pacientes com câncer, através de uma proposta de educação no trabalho fundamentada nos pressupostos da educação problematizadora de Paulo Freire. Utilizou-se como estratégia para a coleta de dados o “arco da problematização” de Juan Charles Maguerez. Participaram deste estudo seis enfermeiras que atuam na unidade de Cuidados Paliativos de uma instituição especializada em oncologia e Cuidados Paliativos. Os resultados apontaram para três categorias: o significado da dor, a forma de avaliação da dor praticada pelas enfermeiras e as contribuições para o cuidado apontadas pelas enfermeiras. Os resultados revelam que compreende-se a dor no câncer como uma dor total, pois ultrapassa o limite da dimensão física de doença e estende-se para as dimensões psicológicas e sociais. Por isso quando associada ao adoecer com câncer transforma esta experiência em algo angustiante e sofrido. Sua avaliação envolve a valorização do contexto em que esse fenômeno acontece, principalmente, sob os aspectos biopsicossociais. Entretanto, compreende-se que o fazer técnico-científico necessita ser repensado para que a prática de avaliação da dor possa ser melhorada. É a partir da implantação de condutas sistematizadas de cuidado a dor, englobadas na sistematização da assistência de enfermagem, é que suas ações podem ser melhor direcionadas e desta forma, possibilitar a um manejo da dor mais completo. Esta pesquisa traz como contribuições reflexões realizadas sobre o cuidado de avaliar a dor ressaltando-se possibilidades para pesquisas futuras, a partir destes resultados e o aprofundamento dos estudos para a construção de metodologias para avaliação da dor na realidade descrita e em outras realidades de cuidado a dor na enfermagem. Reforça-se à importância de resgatar nos profissionais de saúde a verdadeira consciência sobre os processos de trabalho em suas diferentes dimensões de cuidado através do despertar da capacidade crítico-reflexiva.

Palavras-chave: enfermagem; dor; câncer; cuidados paliativos; educação.

WATERKEMPER, Roberta. Concepts and contributions of nurses that work with palliative care and evaluation of patients with cancer pain: a practice of education at work. 2008. Dissertation (Master in Nursing) – Program of Post-Graduation Studies in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2008. 156 p.

Supervisor: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Research Line: Education, Health and Nursing

ABSTRACT

This is a type of convergent-assistance research, of qualitative nature, which objective is to reveal the concepts and contributions of nurses that work with palliative care of the evaluation of patients with cancer pain, through the proposal of education at work based on the presupposition of problematical in education by Paulo Freire. The strategy to collect data was through "problematical arch" of Juan Charles Maguerez. Six nurses that work in the Palliative Care unit of a specialized institution in oncology and Palliative Care participate in this research. The results pointed to three categories: The signification of pain, the form of evaluation of pain practiced by nurses and the contributions to care pointed out by the nurses. The research reveals that to understand the pain of cancer as the total pain, because it is above the limit of physical dimension and it extends to social and psychological dimension. This is why someone that is with cancer turned this experience into something agonizing and suffering. His evaluation involves the valorization of context in which this phenomenon happens, principally, under biological, social and psychological aspects. In the meantime, we understand that for scientific -technical to function we need a rethink so that the practice of evaluation of pain can be bettered. It is from the implantation of systemized conduct of pain care, incorporated in the systematization of the nursing assistance, so that his actions can be better directed and create a way to manage the complete pain. This research brings as a contribution reflection realized with the care of evaluating pain stating the possibilities for future research, from this results and the deep research for the construction of methodology of evaluation of pain in the reality described and in other realities of taking care of pain in nursing. Build on the importance of rescue of professionals of health the real conscience of the work process in their different dimensions of care through the arousing of reflexive-critic capacity.

Keywords: Nursing; Pain; Cancer; Palliative; Education.

WATERKEMPER, Roberta. **Concepciones y contribuciones de enfermeras que trabajan en cuidados paliativos sobre la evaluación del dolor de pacientes con cancer: una práctica de educación en el trabajo.** 2008. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 156 p.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Línea de Investigación: Educación, Salud y Enfermería.

RESUMEN

Se trata de una investigación de tipo convergente asistencial, de naturaleza cualitativa, cuyo objetivo fue revelar las concepciones y contribuciones de enfermeras que trabajan en cuidados paliativos sobre la evaluación del dolor en pacientes con cancer, a través de una propuesta de educación en el trabajo, basada en los presupuestos de la educación problematizadora de Paulo Freire. Para la recolección de los datos se empleó como estrategia el "arco de la problematización" de Juan Charles Maguerez. Del estudio participaron seis enfermeras que trabajan en la unidad de Cuidados Paliativos en una institución especializada en Oncología y Cuidados Paliativos. Los resultados mostraron tres categorías: el significado del dolor, la forma de evaluación del dolor practicada por las enfermeras, y las contribuciones para el cuidado señaladas por las enfermeras. Los resultados revelan que se comprende el dolor en el cancer como un dolor total, ya que él ultrapasa el límite de la dimensión física de la enfermedad y se extiende para las dimensiones psicológicas y sociales. Por eso, cuando el dolor es asociado al enfermarse con cancer, esa experiencia se transforma en algo angustiante y doloroso. Su evaluación envuelve la valorización del contexto en el que ese fenómeno sucede, principalmente, desde los aspectos biopsicosociales. Sin embargo, se comprende que el quehacer técnico - científico necesita ser repensado para que la práctica de evaluación del dolor pueda ser mejorada. Es a partir de la implementación de conductas sistematizadas de cuidado del dolor, englobadas en la sistematización de la asistencia de enfermería, que sus acciones pueden ser mejor dirigidas y de esa forma, posibilitar un manejo del dolor más completo. Las contribuciones que la presente investigación aporta son reflexiones sobre el cuidado de evaluar el dolor, destacándose a partir de esos resultados, posibilidades para investigaciones futuras y la profundización de esos estudios para la construcción de metodologías para la evaluación del dolor en la realidad descrita, así como en otras realidades de cuidado al dolor en enfermería. Se enfatiza sobre la importancia de rescatar en los profesionales del área de la salud la verdadera conciencia sobre los procesos de trabajo en sus diferentes dimensiones de cuidado a través del despertar de la capacidad reflexiva y crítica.

Palabras Clave: Enfermería; Dolor; Cancer; Cuidados paliativos; Educación

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os cinco momentos do Método do Arco de Maguerez	59
Figura 2 - Arco da problematização em construção. Resultado da Observação da Realidade feita pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON Florianópolis/SC.....	74
Figura 3 - Arco da problematização em construção. Resultado do levantamento das questões de aprendizagem feita pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON Florianópolis/SC.....	78
Figura 4 - Representação realizada com o grupo de enfermeiras no terceiro momento educativo sobre a avaliação da dor e suas diferentes dimensões.....	84
Figura 5 - Arco da problematização em construção. Teorizando as questões de aprendizagem para a busca de soluções, feito pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON Florianópolis/SC.....	90
Figura 6 - Arco da problematização em construção. Levantamento de hipóteses para a solução de problemas feita pelo grupo de enfermeiras da unidade de cuidados paliativos do CEPON Florianópolis/SC.....	103
Figura 7 - Arco da problematização construído. Fortalecimento do conhecimento da avaliação da dor alcançado pelo grupo de enfermeiras da unidade de cuidados paliativos do CEPON Florianópolis/SC.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização dos Momentos Educativos para a apreensão dos dados da pesquisa	56
Quadro 2 - Questões de Aprendizagem formuladas pelas enfermeiras sobre a avaliação da dor no segundo momento educativo.....	76
Quadro 3 - Distribuição das Questões de Aprendizagem conforme a dimensão da dor.....	80
Quadro 4 – Pontos importantes que devem ser considerados na avaliação da dor.	86
Quadro 5 - A importância de discutir a avaliação da dor.....	88
Quadro 6 - Sugestões e percepções das enfermeiras sobre a visita e histórico de enfermagem.	92
Quadro 7 - Outras mudanças sugeridas nos instrumentos da sistematização da assistência de enfermagem utilizados na instituição para melhorar a avaliação da dor pela enfermeira.....	95
Quadro 8 - Sugestões de condutas para melhorar a avaliação da dor	97

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	10
LISTA DE QUADROS	11
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 UM PANORAMA ATUAL SOBRE A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NA AVALIAÇÃO DA DOR	20
2.2 AS DIFERENTES FORMAS DE AVALIAR A DOR NO CÂNCER.....	24
2.3 A COMPREENSÃO SOBRE A COMPLEXIDADE DA DOR.....	28
2.4 A DOR NO CÂNCER: UMA EXPERIÊNCIA CRÔNICA	29
2.4.1 Epidemiologia	29
2.4.2 Fatores que interferem na avaliação e o tratamento eficaz da dor no câncer	31
2.4.3 A dor no câncer: aspectos etiológicos e biopsicossociais.....	33
CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	39
3.1 PAULO FREIRE, SUA HISTÓRIA E SEUS PRINCÍPIOS SOBRE A ARTE DE EDUCAR.....	39
3.2 O TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO E A EDUCAÇÃO NO TRABALHO	41
3.3 MARCO CONCEITUAL	45
3.3.1 Conceitos que sustentaram a proposta de estudo e sua inter-relação	47
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	53
4.1 APRESENTAÇÃO DA FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DA PCA: UMA DESCRIÇÃO DOS CAMINHOS PERCORRIDOS	54
4.1.1 O contexto da unidade de cuidados paliativos	54
4.1.2 A prática educativa como celeiro para a pesquisa.....	55
4.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES	57
4.3 OS CUIDADOS ÉTICOS	57
4.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO DA PCA: A OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO ...	58
CAPÍTULO 5 - A EXPERIÊNCIA DE PROBLEMATIZAR A AVALIAÇÃO DA DOR DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	69
5.1 DESENVOLVENDO A PROPOSTA DA PESQUISA.....	70
CAPÍTULO 6 – REVELAÇÃO E TEORIZAÇÃO SOBRE AS CONCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM CÂNCER	105
6.1 O SIGNIFICADO DA DOR	105
6.2 A FORMA DE AVALIAÇÃO DA DOR PRATICADA PELAS ENFERMEIRAS.....	107
6.3 CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO APONTADAS PELAS ENFERMEIRAS AO REFLETIREM SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR.....	114
CAPÍTULO 7 - REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO PARA ENFERMEIRAS ATUANTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	122
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	138

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O adoecer com câncer é uma das experiências de doença mais temidas, indesejadas e sofridas observadas nos relatos e no cotidiano de pessoas que já vivenciaram ou estão vivenciando esse processo. Esse olhar sobre o adoecer é desencadeado, principalmente, pelos sinais e sintomas que a doença pode trazer. Ao verificar as principais causas de morte no banco de dados da World Health Organization (WHO, 2008), o câncer aparece como uma das doenças crônicas que mantém a liderança. Encontra-se em terceiro lugar. O primeiro, o segundo, o quarto e o quinto lugar são ocupados, respectivamente, pelas doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas e o diabetes melitus, representando sessenta por cento (60%) de todas as causas de morte no mundo. Baseando-se em projeções, a WHO estima que a morte por câncer continue a aumentar, e que até 2015 nove milhões de pessoas morrerão por causa dessa doença no mundo.

No Brasil, a perspectiva para a ocorrência de casos novos de câncer, neste ano, e para os próximos, torna esse pensar e sentir mais assustador. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2007), no Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, prevêem que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Dentre os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não-melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo. Ainda neste mesmo ano, espera-se 231.860 casos novos, para o sexo masculino, e 234.870 para o sexo feminino. O tipo mais incidente na população brasileira será o câncer de pele do tipo não-melanoma (115 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (49 mil), de mama feminina (49 mil), de pulmão (27 mil), de cólon e reto (27 mil), de estômago (22 mil) e de colo do útero (19 mil). As maiores taxas encontram-se nas regiões Sul e Sudeste, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (BRASIL, 2007). No estado de Santa Catarina, os números previstos de casos novos são: mama feminina – 1.610, traquéia, brônquio e pulmão – 1.310, estômago – 930, colo do útero – 510, próstata – 1.640, cólon e reto – 940 e esôfago – 550, leucemias – 380, cavidade oral – 430, pele/melanoma – 510, em outros órgãos – 3.050, dando um subtotal de 11.860, e o tipo mais incidente: pele/não-melanoma – 6.700. Somando-se todos os casos novos, por ano, o total de neoplasias permanece aproximadamente em 18.560.

Percorrendo pelos índices das principais capitais do Brasil, observa-se que em Florianópolis o número de casos novos para os diferentes tipos de câncer serão: mama feminina – 130, traquéia, brônquio e pulmão – 90, estômago – 60, colo do útero – 40, próstata – 70, cólon e reto – 90 e esôfago – 30, leucemias – 20, cavidade oral – 30, pele/melanoma – 30, em outros órgãos – 130; subtotal 720, e pele/não-melanoma – 600. Todas as neoplasias somarão 1.320 casos novos. (BRASIL, 2007).

Observar esse panorama do câncer e seus tipos instiga diferentes organizações de saúde e profissionais a investigar mais a dimensão dessa patologia e as possibilidades de melhor prevenir, diagnosticar, avaliar e tratar. O Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2007), frente a tal cenário, reforça a necessidade de investimentos nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conceitualmente, as doenças crônicas são caracterizadas por apresentar uma história natural prolongada e com multiplicidade de fatores de risco complexos. Em sua constituição, há interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, cujo curso clínico prolongado e permanente desenvolve manifestações clínicas, períodos de remissão, exacerbação, que evoluem para graus variados de incapacidade, chegando até a morte. Podem ser consideradas como qualquer condição reportada como causa de limitação na atividade do indivíduo, que não apresenta cura após ser adquirida e cuja progressão é lenta. (WHO, 2008; NCHS, 2007).

Perceber-se como um doente crônico significa imaginar diferentes mudanças nos próximos dias de vida, que, geralmente, interferem no seu modo de viver e dos que convivem com ele. Essa condição de doença, em que vivem alguns pacientes, exige que o profissional busque compreendê-la, para que, dessa forma, tenha condições de enfrentar e cuidar dos problemas ocasionados pela doença. O doente crônico transforma o tempo no “filho da paciência”. Pensa nas coisas ruins que poderão acontecer ao longo da doença e que não existem prazos e certezas. Acordar dia após dia com a certeza dessas duas conclusões é um tormento para qualquer indivíduo, e um desgaste extra para os familiares (PAULON, 2004).

Fazendo-se uma transferência dessa condição crônica para o câncer é possível imaginar, no indivíduo com esta doença, expectativas de vida desestimulantes, cuja esperança torna-se algo inalcançável e limitante, principalmente, quando se inicia a experiência deste adoecer avançado, com sintomas de difícil controle. Para INCA (2006), a maioria dos pacientes com câncer, na maior parte do mundo, já se encontram em situação de doença

avançada e o foco do cuidado dos profissionais de saúde, nesse contexto, volta-se para o controle de sinais e sintomas que causam desconforto e sofrimento, principalmente, a dor.

A dor é um dos sinais e sintomas que o paciente com câncer mais apresenta e relata. O seu controle para o alívio do desconforto e sofrimento é uma das preocupações mais presentes no dia-a-dia do enfermeiro que trabalha com esse tipo de paciente, principalmente, nas unidades de cuidados paliativos. Conforme Welsh et al. (2000), a dor nos pacientes com câncer pode ser originada por invasão óssea, compressão medular, por ação tumoral e por complicações do tratamento como: neuropatia induzida por quimioterapia e fibrose por radioterapia. Reforçam que a dor não controlada, assim como os efeitos adversos de analgésicos, pode contribuir e desencadear medo e depressão. Por esse motivo, o seu manejo tem sido um grande desafio para esses profissionais. Com o passar da história, a dor perpassou por vários olhares e atualmente ganha cada vez mais espaço nas discussões científicas de profissionais de diversas especialidades e áreas da saúde. Em um estudo realizado por Solano, Gomes e Higginson (2006), publicado no periódico *Journal of Pain and Symptom Management*, que aborda a prevalência de sintomas em diferentes patologias como: câncer avançado, AIDS, doenças cardíacas, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença renal, observou-se que a prevalência de dor severa é alta em todas as doenças, entretanto, nos pacientes com câncer, a incidência foi maior – 96%, comparada a todas as outras doenças: AIDS – 80%, doença cardíaca – 77%, doença pulmonar obstrutiva crônica – 77%, doença renal – 50%. Estima-se que até o final do século XXI a dor de grau moderada a severa será experienciada por 30% a 50% de todos os indivíduos com câncer em tratamento ativo, e acima de 80% de todas as pessoas com doença avançada. (BAUWENS et al., 2001). A dor manifesta-se em 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de câncer, nos diversos estágios da doença, porém, quando em estágio avançado, essa porcentagem aumenta para 70 a 90% dos indivíduos internados em cuidados paliativos. (CHAVES, LEÃO, 2004; SBED, 2006; INCA, 2006).

Entende-se por cuidados paliativos todo cuidado que é ativo e global em pacientes cujas doenças não respondem a um tratamento curativo, e naquelas em que é essencial o controle da dor e de outros sintomas: a atenção a problemas psicológicos, sociais e espirituais, e em conseguir maior qualidade de vida para o paciente e sua família. Os cuidados paliativos são proporcionados aos pacientes que não responderam ao tratamento curativo e necessitam de cuidados para o controle de sinais e sintomas da doença (INCA, 2006). Nesse sentido, o enfermeiro que atua em cuidados paliativos, como sujeito cuidador, busca, através do seu conhecimento, amenizar ou sanar qualquer tipo de desconforto que o paciente apresente,

como, por exemplo, a dor, e deve procurar mantê-lo o mais confortável possível. Entretanto, para poder proporcionar ao paciente esse cuidado, é fundamental que esse profissional desenvolva conhecimentos sobre a dor e, por meio dele, alcance condições de avaliar e dimensionar a sua complexidade. Analisando essas idéias, entende-se que a preocupação e a valorização da avaliação da dor pelo enfermeiro são fundamentais e devem ser um cuidado presente no planejamento da assistência de enfermagem. A dor, por ser uma experiência individual, subjetiva, e, por isso, não palpável, é de difícil avaliação e manejo, requerendo do enfermeiro conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam a ele competência para planejar o cuidado. Contudo, através do conhecimento desenvolvido na prática cotidiana do seu trabalho, na convivência com esse paciente, é possível e importante que o enfermeiro que atua em cuidados paliativos possa compartilhar concepções construídas no cenário desse cuidado, e assim contribuir com outros profissionais enfermeiros, transmitindo o conhecimento adquirido e as experiências de cuidado ao paciente com câncer e com dor.

Para justificar e fortalecer o anseio por esse tema de pesquisa, retorno ao início da minha carreira profissional como enfermeira. Meu primeiro trabalho, no qual continuo atuando, permitiu-me vivenciar o cuidado a pacientes e seus familiares na oncologia, durante 7 anos (um ano em oncologia clínica e seis anos em cuidados paliativos). Acompanhando e cuidando desses indivíduos, percebi a importância que os enfermeiros representam neste processo de cuidar, principalmente, pelo seu cotidiano e experiências de trabalho. A instituição em que exerço a função de enfermeira é conhecida como centro de referência no atendimento a pacientes oncológicos no estado de Santa Catarina (SC).

O interesse pessoal pela questão de estudo surgiu com o passar dos anos trabalhando diretamente com o paciente com câncer, sendo a dor a sua principal queixa, tanto em fase de tratamento para a doença, quanto nos cuidados paliativos. Conviver diariamente com pessoas sentindo dor e solicitando, muitas vezes, com choro e desespero, ao enfermeiro, o alívio imediato dela, estimulou a minha preocupação e incentivo para aprofundar a pesquisa sobre a dor. Ouvir o chamado dos pacientes, pelo seu nome, para o alívio desse sofrimento é uma experiência que não tem preço, mas tem importância ética e torna-se um compromisso social. Ao longo do crescimento profissional como enfermeira em oncologia, principalmente, em cuidados paliativos, foi possível perceber com maior probidade o papel essencial que o enfermeiro que cuida dessas pessoas desenvolve. Também percebi que para realizar uma avaliação eficaz da dor, o enfermeiro precisa desenvolver, além de seu conhecimento, a sensibilidade, principalmente, através da observação, da interação e do diálogo com o paciente.

A dor, por ter características subjetivas, torna sua avaliação mais desafiadora. Penso hoje que os enfermeiros atuantes em cuidados paliativos apresentam experiências únicas e diferentes de cuidado. Experiências estas que foram compartilhadas e que permitiram a construção coletiva de conhecimentos sobre como o cuidado ao paciente com dor pode e deve ser realizado. Acredito que esses enfermeiros podem contribuir com a enfermagem no âmbito acadêmico e profissional, pelo relato de seus saberes e prática sobre a dor, por meio de discussões coletivas. Ao participar de discussões, o enfermeiro amplia seu conhecimento, compartilha experiências, saberes, e cria estratégias para a avaliação do paciente com dor. É um momento de repensar continuamente no cuidado realizado e nas diferentes possibilidades para a sua aplicação. Durante minha trajetória na instituição, verifiquei que a preocupação com a dor do paciente, pelos enfermeiros, foi sempre considerada como parte do cuidado. Os enfermeiros reconhecem a necessidade de atenuá-la e buscam meios para alcançar a qualidade de vida dos pacientes com câncer. Ao olhar para a metodologia da assistência de enfermagem (Histórico de Enfermagem, Prescrição, Evolução e Consulta de Enfermagem) adotada e aplicada na instituição, não se verifica, atualmente, questões que norteiam o cuidado da avaliação da dor, ou, até mesmo, ferramentas específicas que possam auxiliar nesse cuidado. As teorias de enfermagem que fundamentam esta sistematização da assistência são: a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Essa situação instigou a investigação sobre as concepções e contribuições desses enfermeiros que atuam em cuidados paliativos ao paciente com câncer e sua dor, aprofundando-se na questão da avaliação da dor. Dessa forma, entendo que essa ação investigativa pode ser desenvolvida através da educação, fator essencial na construção do conhecimento necessário à prática do enfermeiro, e na busca de sua competência para o cuidado. Penso que a educação é uma ação que caminha em comunhão com a prática assistencial, independentemente da área. O educar como princípio de emancipação dos sujeitos é uma prática que deve permear o pensar no fazer dos profissionais. Acreditando nessa idéia, após iniciar o trabalho como enfermeira, mantive contato com a educação, atuando também na docência de nível técnico em enfermagem e, posteriormente, na graduação. Reforcei, no cotidiano do aprender a ser docente, a convicção de que só é possível realizar mudanças quando os sujeitos tornam-se conscientes dessa necessidade e o quanto era difícil fazer dos sujeitos seres conscientes. Acostumados com um educar de opressão aos indivíduos e massificação do pensamento, desenvolver a consciência por meio da educação foi, e ainda é, uma ação desafiadora para mim e outros educadores. Concomitante ao trabalho hospitalar e à docência, também continuei o meu vínculo com a academia. Procurei cursar

disciplinas do mestrado como aluna especial e participar do grupo de pesquisa Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (EDEN/PEN/UFSC). Com o passar do tempo, minhas concepções sobre educação e as discussões realizadas nesses diferentes contextos de aprendizagem, o cuidado, a docência e a pesquisa, foram evoluindo e contribuíram para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa. Entendo que, por meio da educação no trabalho, o enfermeiro pode aprimorar seu conhecimento, através da reflexão e discussão coletiva, sobre possibilidades de realizar de forma mais efetiva o seu agir dentro de sua realidade de trabalho, bem como compreender a complexidade da dor e a sua avaliação.

Nas literaturas atuais, verifica-se que existem diferentes formas de avaliar a dor, que contribuem para uma compreensão mais abrangente de sua dimensão e na avaliação do tratamento de escolha; porém sua aplicação é pouco utilizada e compreendida. Essa percepção é fortalecida quando Rigotti (2005), em seu estudo, diz que as avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para a melhora do manejo do fenômeno doloroso, porém, em nosso meio, poucos são os serviços que se utilizam desses instrumentos. Um dos motivos que podem contribuir para a pouca atuação do enfermeiro na avaliação da dor talvez seja a falta de conhecimento, como mostra o estudo realizado por Marlies et al., (2000). Os autores, ao investigarem o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor, verificaram que eles apresentaram pouco conhecimento sobre analgésicos opióides, medo de adição e tolerância e falhas na avaliação sistemática da dor. Os autores entenderam que esses déficits podem tornar-se foco estratégico de educação, e que o estudo sobre dor proporciona um aumento considerável no conhecimento do enfermeiro sobre a dor e seu manejo.

É possível afirmar que, de modo geral, a Enfermagem ainda não avançou nesse contexto, havendo, assim, pouca experiência de cuidado de Enfermagem aos pacientes com câncer e dor, em cuidados paliativos. Nesse sentido, há a necessidade de ampliar o conhecimento teórico-metodológico nessa área, a fim de auxiliar os enfermeiros que trabalham com esse tipo de clientela a estarem mais bem preparados para planejar o cuidado e cuidar desses pacientes. Acredita-se que a avaliação da dor pelo enfermeiro, em cuidados paliativos, é um cuidado que necessita ser valorizado, principalmente, pelo contexto da doença, que envolve pacientes, família e os profissionais de saúde. Assim, é necessário compreender que o conhecimento a ser desenvolvido nesse momento é fortalecedor para o cuidar em enfermagem.

Frente a todas essas considerações, justifico e evidencio a relevância deste tema para os profissionais de saúde e, principalmente, para os enfermeiros que convivem e já

vivenciaram o cuidado a pacientes e seus familiares no momento de dor. Desse modo, após refletir sobre os aspectos já relatados, proponho-me a realizar esta Pesquisa Convergente-Assistencial que busca encontrar resposta para a seguinte questão norteadora: *Quais as concepções e estratégias que os enfermeiros possuem para avaliar a dor do paciente com câncer em Cuidados Paliativos? Quais as contribuições desses saberes para assistência de enfermagem na avaliação da dor do paciente com câncer em Cuidados Paliativos?*

Em razão dessa inquietação, surgiu a idéia de construir a resposta para essa questão por meio da proposta de educação no trabalho. Como fundamentação, optou-se pelo referencial teórico de Paulo Freire, como forma de possibilitar às enfermeiras, atuantes em uma unidade de cuidados paliativos, um momento coletivo para a discussão sobre seus saberes e prática de cuidado a pacientes com câncer e dor, enfatizando suas concepções e contribuições sobre a avaliação da dor. A escolha da área de estudo e dos sujeitos pautou-se na experiência profissional da pesquisadora e na vivência junto às pacientes com câncer, sua família e sua dor. Frente ao exposto, este trabalho torna-se pertinente e trouxe as seguintes propostas: 1) investigar as concepções de enfermeiros sobre a dor e sua avaliação em pacientes com câncer em cuidados paliativos; 2) evidenciar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para avaliar a dor e 3) identificar as contribuições dos saberes destes enfermeiros e de sua prática na avaliação da dor para a enfermagem.

Anseio que esta proposta seja um constructo de saberes a estimular os enfermeiros assistenciais, educadores e pesquisadores no aprofundamento de seu conhecimento sobre o tema “dor” e que possibilite a criação e recriação de formas de cuidar de pacientes com câncer, para que assim alcancem mais conforto e menos sofrimento, para eles e para quem os acompanha. Penso, também, que o saber sobre a dor e sua avaliação não se limitam somente à oncologia. Estendo meu anseio a todas as áreas de enfermagem que atuam com pacientes em sofrimento doloroso.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA

*Não existe dor bonita nem dor que seja melhor, mas
entre as dores do mundo, haveria uma pior?*

Ricardo Azevedo

Toda revisão de literatura tem como objetivo situar o leitor e o pesquisador na área pesquisada. Assim, neste capítulo, apresento um recorte sobre a dor no câncer e a sua complexidade, ressaltando o panorama atual acerca do olhar dos enfermeiros a respeito da avaliação da dor e a sua prática no cuidado ao paciente.

Para tanto, ao construir este trabalho, realizou-se um levantamento de literatura manual e virtual em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As bases pesquisadas foram: a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), considerando-se o período de 2000 a 2008. Também foram consultados periódicos disponíveis na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e na biblioteca do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). A pesquisa teve como objetivo averiguar trabalhos que foram desenvolvidos por enfermeiros, nas instituições hospitalares, sobre dor no câncer, utilizando-se como descritores para pesquisa: enfermagem e avaliação da dor (*Nursing and pain assessment*), enfermagem e dor (*Nursing and pain*), cuidados paliativos e dor (*Palliative care and pain*), câncer e dor (*Cancer and pain*). Os artigos selecionados e analisados foram encontrados nos seguintes periódicos: nacionais – Revista Latino-America de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem da UERJ; internacionais – Palliative Care Medicine, Journal of Pain and Symptom Management, American Journal of Hospice & Palliative Care, Palliative Medicine, Journal of Clinical Oncology, European Journal of Palliative Care.

2.1 UM PANORAMA ATUAL SOBRE A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Ao aprofundar a pesquisa sobre o tema, observou-se que a maioria dos artigos

encontrados enfocou estudos sobre a dor em diferentes especialidades do campo da enfermagem, e raros estudos estavam voltados para o tema da dor no câncer. Destes, somente dois tiveram autoria nacional na enfermagem, com foco principal voltado para a avaliação da dor na oncologia, e três sobre avaliação da dor. Em um primeiro estudo, as autoras Pedroso e Celich (2006) buscaram identificar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à avaliação da dor, sensibilizando essa equipe para instituir a dor como quinto sinal vital no cotidiano de trabalho. Essa necessidade surgiu da preocupação das autoras sobre a incidência desse fenômeno e a dificuldade da equipe de enfermagem em avaliá-la adequadamente. Verificou-se que a equipe não apresentava em sua rotina uma avaliação sistemática da dor. Desconheciam-na como quinto sinal vital, constituindo assim um desafio para o cuidar em enfermagem. As autoras compreenderam que se faz necessário que essa equipe esteja ciente de sua responsabilidade frente ao cliente com dor. Ao perceberem a sua importância como cuidadores poderão intervir de maneira positiva, respeitando o ser humano e contribuindo para a realização de um cuidado mais humanizado.

Continuando nessa linha de pensamento, no estudo de Souza (2002), verifica-se que o autor também compreende a dor como quinto sinal vital e ressalta a importância de realizar-se o seu registro e mensuração. Reforça que por ser a dor uma experiência subjetiva, não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos e que, frequentemente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a pressão sanguínea e o pulso. Dessa forma, não existe um instrumento padrão que permita a um avaliador, objetivamente, mensurar essa experiência interna, complexa e pessoal. Entretanto, não se verifica nesse estudo ênfase sobre a importância do conhecimento dos profissionais a respeito do fenômeno doloroso previamente à avaliação da dor. Penso que, para o profissional conseguir realizar uma avaliação mais eficiente e que contribua para a eficácia do tratamento, conhecer o fenômeno doloroso em todas as suas dimensões seja o primeiro passo. Mas, para além do conhecimento profissional, também se faz importante, no processo de avaliação da dor, realizar a sua mensuração, ou seja, dimensionar a sua intensidade e as respostas afetivas associadas a ela.

Contraopondo-se a algumas idéias expostas por Souza (2002) e reforçando a compreensão de Pedroso e Celich sobre a avaliação da dor (RIGOTTI, 2005) entende que avaliar a experiência dolorosa deve ter como princípio-base a compreensão sobre ela. A dor, por ser sempre uma experiência subjetiva e pessoal, é aprendida pela experiência daquele que a sente. Para o autor, esses conceitos são a base para a definição das estratégias a serem utilizadas na avaliação do doente com dor, assim como na seleção das estratégias para o controle da queixa algica. Destaca, ainda, que o controle da dor deve ser uma preocupação do

enfermeiro. A atuação do profissional deve ser independente e colaborativa, principalmente: na identificação da queixa álgica; na caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios; na aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo; na identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa álgica; na seleção de alternativas de tratamento; assim como na verificação da eficácia das terapêuticas implementadas.

A preocupação a respeito do conhecimento dos enfermeiros sobre a dor e como avaliá-la também está presente na oncologia. No estudo realizado por Silva e Zago (2001), ao refletirem sobre sua prática de cuidado ao paciente com câncer e dor crônica, perceberam que a atitude básica, na avaliação da dor, vista em sua realidade, era a administração de analgésicos prescritos. Sua idéia foi reforçada ao ingressarem na carreira universitária e acompanharem acadêmicos de enfermagem em estágio nas instituições hospitalares, percebendo que a capacitação do enfermeiro assistencial ainda é inadequada. Acreditam que o enfermeiro é um profissional que deve destacar-se quanto ao conhecimento e capacitação para o cuidado ao paciente. As autoras ainda referem que a preocupação com a compreensão da dor crônica do paciente com câncer teve aumento significativo nos últimos anos, assim como os recursos terapêuticos para o seu controle, mas a dor ainda demonstra estar sem resposta satisfatória.

Compartilhando com as idéias das autoras acima e da pesquisadora, Chico, Hayashi e Ferreira (2004) complementam que a avaliação da dor, além de ser sistemática, registrada e contínua, deve ter como meta a compreensão e o diagnóstico etiológico do quadro álgico que possibilitem a implementação de medidas analgésicas e uma avaliação mais eficaz da terapêutica.

A complexidade da dor e seus diferentes caminhos de avaliação adotados na prática continuam incomodando muitos profissionais da saúde, estimulando-os a buscar respostas nas pesquisas, para melhor avaliação e controle da dor. Portanto, cabe ao enfermeiro, que atua com pacientes com câncer, realizar o controle da dor com responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações da dor do paciente, como membro da equipe de saúde. (SILVA; ZAGO, 2001).

A preocupação nesses trabalhos realizados pela enfermagem sobre a avaliação da dor demonstra uma pequena ponta de um grande *iceberg*. Reforçam a importância de investir-se em pesquisas nessa área, pelos enfermeiros, e a necessidade de romper-se as barreiras que dificultam a esse profissional realizar um cuidado mais eficaz ao paciente com câncer e dor.

Em trabalhos realizados por outros profissionais e em nível internacional, também há evidências de déficit de conhecimento e pouca interação do paciente com o enfermeiro. No trabalho de Hemming e Maher (2005), os autores também alertam sobre a existência de outras barreiras que dificultam o alcance de um alívio da dor mais efetivo em pacientes terminais com câncer. A complexidade desse fenômeno traz dificuldades na avaliação das condições físicas, emocionais e espirituais, assim como na administração de medicação, desafiando as habilidades de todos os profissionais envolvidos em cuidados paliativos. Os autores acreditam que não há respostas simples, mas uma tomada ampla de consciência da questão pode ajudar os enfermeiros a focalizarem seu pensamento no paciente, a cada encontro.

Contribuindo com o pensar dos autores acima, Mcmillan et al. (2005) acreditam que existe a possibilidade de haver mudanças significativas na realização da avaliação da dor pelos enfermeiros, principalmente, quando estes têm oportunidade de desenvolver seu conhecimento. Ao realizarem uma investigação sobre as mudanças no conhecimento e atitudes de enfermeiras após participarem de um curso intensivo sobre dor e seu manejo, com duração de trinta e duas horas, perceberam melhorias significativas desenvolvidas pelas enfermeiras, por causa do conhecimento sobre o manejo da dor, e nas atitudes direcionadas aos pacientes com dor. As melhorias apresentadas nos resultados não demonstraram apenas a efetividade do curso, mas também evidenciaram a funcionalidade dos instrumentos de avaliação quando bem estudados. Ressaltam que os cursos deveriam oferecer, entre outras coisas, o encorajamento das enfermeiras para proporcionar melhor cuidado aos pacientes com dor e para servir de modelo a seus pares. Além disso, outra barreira encontrada na avaliação da dor pelas enfermeiras é a forma como essa profissional registra a sua ação.

Nesse registro, é possível perceber falhas na avaliação, como mostra o estudo realizado por Bruera et al. (2005). O objetivo desse trabalho foi verificar como enfermeiras, de três diferentes especialidades, avaliavam a dor quanto ao tipo, qualidade e intensidade, utilizando um instrumento de avaliação de dor. Os autores, ao realizarem uma revisão e análise retrospectiva de prontuários dos pacientes que receberam consulta em cuidados paliativos no período de abril a agosto de 2002, evidenciaram que em 41 prontuários foram registradas avaliações completas de dor pelas enfermeiras, entretanto, a concordância da intensidade da dor entre a enfermeira um, dois e três foi pobre. Os autores entendem que houve falta de concordância na forma de avaliação da intensidade da dor dos pacientes atendidos pelas enfermeiras, havendo necessidade de desenvolvimento de atividades educativas mais eficientes para orientar como a avaliação da dor pode ser realizada de forma mais efetiva, conforme as necessidades dos pacientes.

A pesquisa de literaturas evidenciou poucos estudos que investigam a avaliação da dor por enfermeiros, principalmente, do paciente com câncer. Entretanto, esses trabalhos possibilitam verificar e fortalecer a necessidade do desenvolvimento de estudos que aprofundem o conhecimento sobre a avaliação da dor. Esse assunto representa uma temática com lacunas que pode e deve ser preenchida por meio de pesquisas que divulguem experiências e tragam conhecimento especializado à enfermagem nessa área. Averiguou-se e confirma-se o déficit de conhecimento das enfermeiras sobre como avaliar a dor, não só na oncologia, mas também em outras especialidades. A educação, nesse contexto, torna-se uma estratégia de grande valor para proporcionar o desenvolvimento do conhecimento científico, estimular as potencialidades de cuidado ao paciente com câncer em situação de dor e viabilizar um cuidado mais humanizado.

Nos próximos itens, amplio considerações sobre as diferentes formas de avaliação da dor, enfocando, principalmente, a prática na oncologia.

2.2 AS DIFERENTES FORMAS DE AVALIAR A DOR NO CÂNCER

Avaliando o cenário do câncer, podemos perceber, por sua incidência, que a dor é um dos sinais e sintomas mais referidos e lembrados. Pode apresentar importante dimensão para o cuidado, ao ressaltar a sua valorização e o empenho dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros nos estudos desse fenômeno. Para Chaves e Leão (2004, p. 170):

o problema da dor oncológica é grave e exige atuação eficaz dos profissionais de saúde. Para isso, torna-se necessário o conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos, aspectos psicossociais e emocionais relacionados à doença, métodos utilizados para a sua avaliação e terapêutica disponíveis para o seu controle. Ao enfermeiro cabe o papel importante na avaliação da dor oncológica, orientação e implementação da terapêutica e auxílio na avaliação da eficácia da terapêutica implementada, apoiando o indivíduo e a família durante todo o processo da doença.

Corroborando com o que esses autores relatam, um dos fatores que podem interferir na interpretação da experiência de dor do indivíduo é o avaliador. Nesse caso, nos reportamos à figura do avaliador enfermeiro. O enfermeiro é um profissional que pode avaliar a dor do paciente utilizando conhecimentos que possibilitam compreendê-la através da sua relação com ele e sua família, pois o enfermeiro é o responsável pelo planejamento das ações de

enfermagem, orientação e implantação da terapêutica adequada, ao indivíduo e sua família, durante todo o processo de doença. Entretanto, entendo que a avaliação da dor deve ser realizada, não somente fazendo uso de métodos de avaliação, mas também pela compreensão e valorização do fenômeno doloroso durante todo o processo de planejamento e implementação do cuidado. Sem esses fatores, o cuidado de avaliar a dor torna-se apenas uma rotina e perde a função de um cuidado humanizado, ou seja, que valorize e respeite a pessoa que recebe o cuidado daquele que deveria cuidar com competência.

Os autores Kazanowski e Lacetti (2005, p. 23) confirmam minhas palavras ao dizer que “antes de planejar ou implantar uma intervenção para algum sintoma ou problema do paciente, a enfermeira deve ser capaz de avaliar o problema”, pois é essencial que o profissional avalie a dor em toda sua complexidade, para poder identificar as intervenções adequadas para cada experiência individual de dor do paciente. A avaliação aqui referida reflete a capacidade da enfermeira em transcender o uso de instrumentos, métodos ou escalas como as ferramentas mais importantes no cuidado de avaliação da dor. Esse processo de avaliação exige, principalmente, a compreensão e valorização do fenômeno doloroso, para assim abrir as possibilidades que podem complementar a sua avaliação de forma efetiva e completa. Na compreensão da dor pelo enfermeiro, Silva e Zago (2001) entendem que a percepção e a reação à dor podem variar entre indivíduos com uma mesma doença, de igual localização e extensão e podem levar a diferentes graus de sofrimento. Essas diferenças individuais dependem do sexo, raça, cultura e história do indivíduo. Além disso, outros fatores que podem influenciar na sensação dolorosa são: os sentimentos e as experiências emocionais como mágoa, luto, temor, angústia e culpa. Portanto, a reação a um estímulo doloroso é individual, depende do estado físico e emocional do sujeito em relação à dor. Além desses fatores, para Kazanowski e Lacetti (2005), a avaliação da dor abrange a compreensão de características como: tipo de dor, sua intensidade, surgimento, duração, localização, experiências anteriores e sinais e sintomas fisiológicos da dor.

Ao analisar os artigos encontrados sobre avaliação da dor e algumas literaturas bibliográficas, verifica-se que o consenso na avaliação da intensidade e gravidade da dor é o uso e aplicação de variados instrumentos ou ferramentas, mais denominados de “escalas”, que permitem essa classificação. Para os autores Kazanowski e Lacetti (2005), a escolha de um modelo de escala para avaliação da dor deve fundamentar-se na capacidade do paciente e/ou familiar em compreendê-la, possibilitando a comunicação da experiência dolorosa com maior precisão. Entre os modelos de instrumentos/métodos mais utilizados e mencionados, encontramos:

1) *A escala visual analógica*: instrumento unidimensional que consiste em uma linha de 10 cm de comprimento com os seus extremos rotulados como: nenhuma dor, de um lado, e no outro extremo, a pior dor imaginável ou dor intolerável. Os pacientes são orientados a marcar na linha uma indicação da gravidade de sua dor. Potencialidades: é de fácil aplicação e suporta a fidedignidade e validade psicométrica; é considerada igual ou melhor que as escalas de categorias e pode ser uma medida mais sensível da analgesia; reduz a influência das respostas prévias; aumenta a probabilidade de as respostas serem baseadas na experiência subjetiva do momento. Fragilidades: apresentam um espaço limitado para respostas, demonstrando o mesmo problema que as escalas de categorias numéricas ou verbais; aproximadamente, 7 a 11% dos adultos e até 25% dos idosos são incapazes de usá-la. (TONIOLLI; PAGLIUCA, 2003; CHAVES; LEÃO, 2004; KAZANOWSKI; LACETTI, 2005; RIGOTTI; FERREIRA, 2005; HAUSER, et al., 2007; CHAVES; LEÃO, 2007).

2) *A escala numérica*: instrumento unidimensional que consiste em uma linha de 10 cm de comprimento, com marcações de números que vão de zero a dez, com as extremidades rotuladas como: nenhuma dor – 0, e a pior dor imaginável ou dor intolerável – 10. Nesta escala, o paciente escolhe o número que melhor representa a intensidade de sua dor. Potencialidades: fácil e rápida aplicação. Fragilidades: sua aplicação tem indicado que é um instrumento usado e aceito para quantificar a dor, no entanto, existem escalas visuais que utilizam bloco de cores separadas ou em sombreamento associado a números, e a cor pode ser interpretada de forma diferente, dependendo da cultura; nas escalas visuais numéricas, os intervalos entre os números podem não ser similares. Esses fatores podem dificultar a avaliação da dor. (SVENSSON; SJÖSTRÖN; HALJAMÄE, 2000; TONIOLLI; PAGLIUCA, 2003; CHAVES; LEÃO, 2004; KAZANOWSKI; LACETTI, 2005; RIGOTTI; FERREIRA, 2005; CHAVES; LEÃO, 2007).

3) *Escala descritiva simples*: instrumento unidimensional que consiste em uma linha de 10 cm de comprimento com descritores dispostos em ordem de intensidade da dor, como: ausência de dor, dor leve, dor moderada, dolorosa, terrivelmente dolorosa e insuportável. Possibilidades: é uma escala pequena, de fácil aplicação; aplicável a qualquer dor clínica; de fácil análise pela enfermeira. Fragilidades: não é aplicável em pacientes inconscientes ou com problemas na fala por causa de doenças neurológicas. (CHAVES; LEÃO, 2004; KAZANOWSKI; LACETTI, 2005; RIGOTTI; FERREIRA, 2005; CHAVES; LEÃO, 2007).

4) *O questionário de McGill*: instrumento avaliativo multidimensional que abrange aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos refletidos na linguagem do paciente. É utilizado para descrever a sua experiência dolorosa. Possibilidades: facilidade em descrever tipos

específicos de dor; diferencia clientes com dor facial daqueles com dor atípica; é mais utilizado para avaliação da dor em suas múltiplas dimensões; é uma forma rápida de mensurar a experiência dolorosa subjetiva. Fragilidades: os descritores da dor podem apresentar conotações específicas em determinados contextos socioculturais; possui maior número de descritores sensoriais do que afetivos e avaliativos. (TONIOLLI; PAGLIUCA, 2003; CHAVES; LEÃO, 2004; VAROLI; PREDRAZZI, 2006; CHAVES, LEÃO, 2007).

5) *Escala de faces*: geralmente utilizada para avaliação da dor em crianças. Contém seis faces. A primeira figura é muito sorridente, e as expressões vão se transformando até chegar a última, que é muito triste. As figuras intermediárias mostram graus crescentes de tristeza. Esta escala é mostrada à criança e ela escolhe a face que se parece com a sua em situação de dor. Possibilidades: é mais utilizada em crianças pela facilidade na compreensão. Fragilidades: a expressão da dor pode apresentar diferenciação conforme diferentes culturas encorajam ou desencorajam a expressão da dor, assim como o fenótipo facial; limita-se à avaliação da intensidade da dor. (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; NEWMAN et al., 2005).

6) *Escala Doloplus 2*: escala elaborada por Wary et al. em 1993 para compensar a frequência inadequada de uso de ferramentas de avaliação. A escala foi desenvolvida para ser aplicada em idosos e avaliar a dor em sua heterogeneidade. É uma escala baseada no comportamento do idoso em dez situações diferentes que poderiam potencializar a dor. Esses comportamentos estão classificados em três grupos: somático, psicomotor e psicossocial. Cada uma das dez áreas de comportamento pode ser descrita e classificada em níveis de zero a três, representando a intensidade da dor. A soma dos escores de cada item vai de zero a trinta. A presença da dor é verificada quando o escore ficar igual ou maior que 25. Possibilidades: fácil aplicação. (CHAPIRO, 2001).

7) *Winscosin Brief Questionnaire*: permite avaliar o impacto da dor nas atividades diárias: humor, sono, deambulação, trabalho, relacionamento interpessoal; e o quanto o alívio da dor foi alcançado. Para cada item avaliado há uma escala numérica, representando zero – sem dor e 10 – a pior dor possível, para investigar a intensidade da dor, e outra escala numérica, mas com representação de zero – como não interfere, e 10 – interfere totalmente, para avaliar outros fatores, humor, por exemplo. Possibilidades: é de extrema valia para avaliação multidimensional da dor crônica e aguda. Fragilidades: necessita de compreensão cultural e cognitiva dos descritores; demanda mais tempo na aplicação. (TONIOLLI; PAGLIUCA, 2003; CHAVES, LEÃO, 2007).

8) *Memorial Pain Assessment Card (MPAC)*: é um instrumento simples utilizado para avaliação rápida de experiências subjetivas. Nos itens oito a onze estão representados oito

descritores para a intensidade da dor, e três escalas visuais analógicas para medir a intensidade, alívio da dor e estado de humor. Pacientes experientes podem responder em menos de vinte segundos. Possibilidades: são de extrema valia para avaliação multidimensional da dor crônica e aguda. Fragilidades: também necessita de compreensão cultural e cognitiva dos descritores e demanda mais tempo na aplicação. (TONIOLLI; PAGLIUCA, 2003; FISHMAN et al, 1987).

É fundamental lembrar que quem realmente mensura a dor é o próprio paciente, através de sua vivência com ela. Esses instrumentos complementam o processo avaliativo da dor e a eficácia do seu tratamento. Entretanto, é importante destacar que, para que sejam usados com precisão, é primordial realizar a avaliação da dor de forma confiável. A confiabilidade vai além da compreensão e aplicação do instrumento de mensuração da dor, ela também depende da capacidade do avaliador, neste caso, o enfermeiro, em considerar seus aspectos físicos, psicológicos e espirituais, pois o processo de avaliação da dor ultrapassa a quantificação numérica, inclui a compreensão da experiência dolorosa. Esses aspectos envolvem um conjunto de conhecimentos e podem ser desenvolvidos por meio de um processo educativo.

2.3 A COMPREENSÃO SOBRE A COMPLEXIDADE DA DOR

A dor é considerada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, sendo que cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências. (SBED, 2006; IASP, 2006; INCA, 2006; BRUEIRA et al., 2002; AYOUB et al., 2000; IMEDIO, 1998; FINK; GATES, 1997). Esse conceito serve para representar qualquer tipo de experiência dolorosa vivenciada pelo indivíduo, e não é exclusivo de nenhuma especialidade.

O significado desagradável desse conceito nos faz pensar a subjetividade da dor. Como o que vale é a dor referida pelo paciente, já que é reportada como desagradável, a dor pode ter várias etiologias, como: fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais. O paciente, ao experimentar repetidas vezes a dor, desenvolve uma forma de expressá-la, e os valores culturais e as crenças do indivíduo podem influenciar nessa expressividade. É uma condição complexa que apresenta etiologia indefinida em algumas ocasiões e leva o indivíduo a apresentar incapacidades e inabilidades que modificam sua vida cotidiana. Mais de um terço

da população brasileira considera a dor crônica como um fator contributivo para comprometer as atividades do dia-a-dia, por causar limitações, principalmente, em atividades de lazer, relacionamento social e convivência familiar. (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001; CHAVES; LEÃO, 2007). Já nos Estados Unidos, cerca de 35 milhões de consultas de primeira vez são realizadas a cada ano por motivo de dor, e cerca de 70 milhões das visitas médicas são devido à dor. Por sua prevalência elevada, a experiência dolorosa crônica, nesse país, apresenta gastos, aproximadamente, de 89 bilhões de dólares anualmente para tratamentos de saúde, compensações trabalhistas e litígios envolvendo pacientes com dor crônica. (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001).

A dor pode ser classificada de forma geral como aguda e crônica e varia na sua frequência, nas diferentes regiões do mundo e nas diferentes faixas etárias. A *dor aguda* pode ser caracterizada como a dor que ocorre por um fator precipitante identificável, variando de intensidade, podendo ser constante ou intermitente. O termo *agudo* refere-se ao período cronológico em que essa dor específica é vivenciada, ou seja, os sintomas são resolvidos em menos de 6 meses. Já a *dor crônica* é caracterizada como a dor cujos sintomas levam mais de 6 meses para serem controlados. (CHAVES; LEÃO, 2007). A ocorrência das dores aguda e crônica está cada vez mais frequente no cotidiano dos indivíduos, tornando-se uma prioridade no que se refere à atenção a saúde. Os indivíduos com dor crônica causam preocupação a sociedade, por causa de sua complexidade e tratamento. Podemos até considerar como uma questão de bioética e que necessita de trabalhos que demonstrem sua epidemiologia para revelar o impacto clínico desse sintoma tão temido pela população mundial, principalmente, por ser reconhecida como algo que gera uma experiência desagradável.

2.4 A DOR NO CÂNCER: UMA EXPERIÊNCIA CRÔNICA

2.4.1 Epidemiologia

O controle da dor no câncer continua sendo um problema grave de saúde pública e de preocupação para os profissionais que trabalham diretamente no cuidado dos pacientes. Para os autores Jacox, Carr e Payne (1994) e Olinto et al. (2005), o reconhecimento da magnitude do tratamento inadequado da dor tem motivado esforços corretivos nas diferentes áreas da saúde, organizações profissionais e governos em todo o mundo. A incidência da dor no

câncer, segundo os estudos de Davis e Walsh (2004), Teixeira (2005) e Kazanoswski e Lacetti (2005), manifesta-se em trinta por cento (30%) a setenta por cento (70%) dos pacientes em todos os momentos da doença.

Entretanto, complementando as informações anteriores, os estudos de Jacox, Carr e Payne (1994), Bercovitch, Waller e Adunsky (2002) e Davis e Walsh (2004) referem que, ao descobrir o diagnóstico da doença, observa-se a presença de dor em vinte por cento (20%) a cinquenta por cento (50%), e de setenta por cento (70%) a noventa por cento (90%), quando a doença encontra-se em estágio avançado. Os autores destacam ainda que o fator da internação contribui para o não-alívio da dor e apresentam quarenta a cinquenta por cento de alívio satisfatório.

Já nos estudos de Pimenta, Mota e Cruz (2006), nos últimos vinte anos, a dor no câncer tem sido estudada profundamente, e mesmo considerando o progresso em seu manejo, estima-se que cinquenta por cento (50%) a oitenta por cento (80%) dos pacientes com câncer ainda sofrem de dor não-aliviada. A dor pode significar o primeiro sintoma da doença. Nos casos de mieloma múltiplo, setenta por cento (70%) dos pacientes referem dor moderada a intensa nas costelas e coluna, no momento do diagnóstico, ocasionada por lesões osteolíticas. Segundo as mesmas autoras, entre os pacientes com câncer gastrointestinal, nos Estados Unidos, verificou-se, em um estudo, que pacientes em acompanhamento ambulatorial apresentaram dor abdominal, cólicas e espasmos como o principal motivo de procura ao médico, e dor anal/retal como a décima segunda causa. Em um serviço de cuidados paliativos na Itália, a dor representa a causa de internação de cinquenta e oito por cento (58%) dos pacientes com câncer.

Valorizando e analisando o contexto da dor e o desconforto verificado por indivíduos em sua presença, instituições de diversas partes do mundo buscam, ao longo dos anos, desenvolverem soluções para esse problema, já considerado como de responsabilidade da saúde pública. Como refere Jacox, Carr e Payne (1994), a Organização Mundial de Saúde insiste em que todas as nações devem dar alta prioridade para o estabelecimento de programas de vigilância para o alívio da dor no câncer. O controle da dor merece prioridade, pois a dor, quando não tratada, causa sofrimento desnecessário, diminuindo a atividade, o apetite, o sono, e entre outros fatores, pode debilitar ainda mais o estado geral do paciente. O impacto psicológico pode ser devastador. Os pacientes com câncer frequentemente perdem a esperança quando a dor aparece, compreendendo que ela torna-se um anúncio do progresso desta doença, tão temida, destruidora e fatal.

2.4.2 Fatores que interferem na avaliação e o tratamento eficaz da dor no câncer

Como já comentado nos parágrafos anteriores, verifica-se que há uma preocupação séria quanto ao controle da dor pelos profissionais da saúde que lidam com o cuidado de pacientes com esse sintoma, não só na área da oncologia, mas em todas as especificidades. Para essa situação, um dos fatores mais elucidados foi o déficit de conhecimento sobre a sua dimensão, formas de avaliar e tratar de alguns profissionais, incluindo o enfermeiro. Em um estudo realizado por Bauwens et al. (2001), observou-se que apesar das recomendações internacionais para o controle da dor no câncer, percebe-se que o alcance da efetividade no tratamento da dor ainda é o maior problema em países ocidentais. Parte desse problema, segundo esse estudo, encontra-se na freqüente falta de conhecimento de médicos e enfermeiros sobre os métodos para a avaliação e tratamento da dor oncológica, principalmente por suas crenças e atitudes rígidas. Segundo os mesmos autores, médicos e enfermeiros geralmente apresentam falta de conhecimento sobre métodos para a avaliação e tratamento da dor oncológica. Eles também compartilham com um número de atitudes negativas com seus pacientes, como conceitos sobre os efeitos adversos de analgésicos opióides e a dependência psicológica. Tais atitudes e conhecimentos inadequados ainda têm grande impacto na atualidade, principalmente porque se verifica que a educação sobre a medicina paliativa e o controle da dor não fazem parte de muitos currículos acadêmicos da maioria das escolas de enfermagem e medicina.

Essa não é uma situação que se reflete somente nas publicações internacionais. Essa percepção que contribui para um manejo ineficiente da dor também é percebida no Brasil. Em um artigo publicado por Arantes (2005), a autora relata que vários sintomas que o paciente apresenta durante seu tratamento e percursos da doença trazem grande prejuízo para a sua qualidade de vida, principalmente, por serem subavaliados e tratados pelos médicos e outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado a esse paciente. Essa subavaliação e tratamento são ocasionados por barreiras existentes em vários níveis do sistema de cuidado de saúde, que podem estar relacionadas aos pacientes, ao sistema de cuidado de saúde ou aos profissionais de saúde. Ao refletir sobre os pacientes, o autor pensa que eles podem apresentar-se relutantes no relato da dor e no uso de analgésicos, principalmente por apresentarem estigmas sociais em relação ao uso de opióides, levando-os a tomar a medicação somente quando a dor está severa. Essa atitude contribui para uma avaliação menos eficaz da dor, pois os pacientes e seus familiares apresentam medo de adição e tolerância e têm idéia equivocada sobre efeitos secundários, como a perda de controle mental. Além disso, muitos pacientes evitam relatar a

sua dor para demonstrarem ser pacientes bons e fortes. Eles também apresentam medo de desviar a atenção do cuidador profissional da cura. Geralmente, pacientes e familiares dividem as idéias de que começar a utilizar opióides fortes, significa a chegada do fim, ou que os opióides abreviam a chegada da morte. Quando pensa sobre o problema do sistema de cuidado, a autora acredita que dentro dele o déficit na comunicação entre os profissionais a respeito do tratamento estabelecido é uma das barreiras, pois a natureza subjetiva da dor faz com que a comunicação sobre a intensidade seja difícil.

Portanto, estabelecer uma comunicação aberta entre paciente, família e a boa colaboração entre a equipe profissional são o ponto de partida para realizar-se uma avaliação e tratamento adequado para a dor. Associado a esse déficit, a falta de conhecimento de médicos e enfermeiros sobre métodos para a avaliação e tratamento da dor no câncer é um dos principais fatores limitantes.

Complementado e reforçando essa evidência, Bauwens et al. (2001) e Davis e Walsh (2004) entendem que o conhecimento deficitário desses profissionais encontra-se na farmacologia dos opióides, conversão, equianalgesia e rotação, falha no uso de medicações adjuvantes, no tratamento de efeitos adversos, falta de priorização no manejo dos sintomas, analgesia baseada mais no prognóstico do que na severidade da dor, falha no registro das medicações utilizadas, da dose e do tempo de ação.

No estudo realizado por Wallace et al. (1995), cujo objetivo foi investigar as barreiras que enfermeiras apresentavam no manejo da dor, identificou-se que a falta de exposição educacional sobre os princípios de manejo da dor, informações incorretas em livros-texto e conhecimento inadequado de faculdades de enfermagem são as principais barreiras na promoção do cuidado a pacientes com dor, assim como a falta de habilidade clínica. Destacam também que poucas pesquisas têm sido realizadas para descobrir a causa desse problema.

Por meio desses estudos, pode-se compreender que um dos fatores principais e mais referidos como contributivos para um manejo da dor ineficiente é a falta de conhecimento sobre as dimensões da dor, avaliação e tratamento, principalmente, dos profissionais de saúde. Esse fator evidencia a urgência em investimentos na educação no trabalho, nas instituições de ensino de nível superior na área da saúde, como também por iniciativa dos órgãos governamentais, como o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Preparar os profissionais e futuros profissionais sempre será uma necessidade permanente.

2.4.3 A dor no câncer: aspectos etiológicos e biopsicossociais

A dor no câncer é descrita e conhecida como “dor total/*total pain*”. Esse entendimento advém do fato de o paciente apresentar, além da nocicepção da “lesão”, fatores emocionais, físicos, sociais e espirituais que influenciam na origem e na expressividade da queixa dolorosa. Assim, a sua avaliação torna-se um processo desafiador e complexo, que exige do profissional avaliador conhecimentos técnico-científicos suficientes para isso, que possibilitem a compreensão do fenômeno e sirvam de guia para as intervenções planejadas na sua multidimensionalidade, física, psíquica e social.

Nesse sentido, apresento neste trecho alguns aspectos da etiologia da dor no câncer, assim como aspectos biopsicossociais que contribuem para a realização da avaliação da dor do paciente com câncer pelos profissionais de saúde.

Etiologia: natureza e impacto

A dor no câncer apresenta etiologias variadas e que provêm do desenvolvimento e progressão da própria doença, assim como dos efeitos de seu tratamento. Ao conviver com esse tipo de pacientes, verifica-se que a dor relacionada ao desenvolvimento da doença inicia dependendo do sítio primário, ou seja, local de origem (sarcomas), e que a partir de sua própria progressão invade outras estruturas como: vísceras, músculos, rede arteriovenosa e linfática, sistema nervoso central e periférico. Essa invasão pode acontecer de duas formas: loco-regional e distal, mais conhecida como “metástase”. As causas de dor associadas ao tratamento da doença mais comuns são: radioterapia, quimioterapia, punções venosas, pós-operatório. Entretanto, o paciente antes de seu diagnóstico pode já experimentar algum tipo de dor não relacionada ao câncer e que também merece investigação e cuidado. Dependendo de sua causa e duração pode ser classificada como aguda e crônica. A dor aguda no câncer relaciona-se com procedimentos como: as cirurgias de grande e pequeno porte (extirpação tumoral, implante de cateteres), protocolos quimioterápicos (punções venosas periféricas e profundas, extravazamento e infusão de quimioterápico, toxicidades como a mucosite e síndromes paraneoplásicas) e os protocolos de radioterapia (complicações, como as radiodermites). Portanto, a dor aguda origina-se pela presença de uma lesão real, que alivia e/ou desaparece à medida que a causa é eliminada e/ou tratada. Já a dor crônica, mesmo com tentativas de alívio e/ou tratamento da lesão, continua a persistir durante longos períodos (mais de seis meses). Ela está relacionada a lesões neuropáticas e ósseas e pós-mastectomias. Além dessa classificação, a dor no câncer apresenta mais três variações: dor nociceptiva, dor

neuropática, dor incidental e dor somática. (PIMENTA; MOTTA; CRUZ, 2006).

Noções da fisiopatologia do fenômeno doloroso

A neurofisiologia do fenômeno doloroso inicia-se através da ação de moléculas mediadoras sobre estruturas especiais para a nocicepção, denominados de nociceptores. Os nociceptores são neurônios do sistema nervoso periférico responsáveis pela detecção e transmissão dos estímulos dolorosos. São terminações nervosas que possuem um corpo celular, localizado nos gânglios das raízes dorsais da medula espinhal, do qual parte um prolongamento que se bifurca, originando um processo central que se dirige e termina no corno dorsal da medula espinhal, e um prolongamento periférico que termina nos diversos órgãos periféricos. Os estímulos que provocam a ativação dos nociceptores designam-se nociceptivos ou nóxicos, e podem classificar-se em mecânicos, térmicos ou químicos. A principal função dos nociceptores é transformar a atividade elétrica em estímulos nociceptivos, ou seja, impulsos nervosos, que são conduzidos até a medula espinhal. Dessa forma, são estruturas responsáveis pela sensação periférica inicial do fenômeno doloroso, que, quando iniciado, desencadeia um complexo de reações reflexas aos estímulos para impedir a destruição celular, a inflamação e o sangramento. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; CHAVES; LEÃO, 2007; LEMOS 2007).

Depois de desencadeado o estímulo doloroso, as fibras sensitivas *A delta* (pouco mielinizada) e *C* (amielínica), representantes do sistema nervoso periférico, transportam esse estímulo nervoso até a medula espinhal. As fibras *A delta* são responsáveis pela sensação de dor primária, referida como aguda e penetrante. Já as fibras *C* são responsáveis pela sensação de dor secundária, referida como surda, ardida ou em queimação, e que persiste mesmo após interromper-se o estímulo doloroso. Quando o estímulo chega à medula espinhal, a informação dolorosa percorre pelas vias ascendentes (feixe espinotalâmico lateral, paleoespinotalâmico e reticular) até o tálamo. Ao chegarem neste, os estímulos são representados, no córtex superior pelo córtex pré-frontal, responsável pela interpretação cognitiva da dor, e pelo córtex parietal, responsável pela interpretação afetivo-emocional da dor. Assim, é no córtex cerebral em que acontece a consciência total da experiência dolorosa. A dor no câncer pode ser dividida em três tipos: nociceptiva, neuropática e incidental. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; CHAVES; LEÃO, 2007).

Dor nociceptiva

A dor nociceptiva é aquela que ocorre concomitantemente com a lesão tecidual e a

mensagem de dor caminha através dos receptores de dor (nociceptores), nos tecidos periféricos, através de neurônios intactos, até a medula espinhal e estruturas corticais e subcorticais. Ocorre em consequência de compressões, distensão, estiramento de vísceras torácicas e abdominais. Pode ser referida como: pressão, aperto, podendo associar-se a vômitos e náuseas. Compreende a dor somática e visceral. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; CHAVES; LEÃO, 2007). A *dor somática* é resultante da ativação de receptores sensoriais (nociceptores), localizados nos tecidos cutâneos e profundos. Geralmente, é uma dor bem localizada, quando referida, e descrita como uma sensação de “dolorimento, dolorida” ou corrosiva e incomodativa. Um exemplo de dor somática no câncer é a dor óssea metastática. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; SCHOELLER, 2002; CHAVES; LEÃO, 2007). A *dor óssea*, quando não apresenta envolvimento de terminações nervosas, pode ser considerada como um tipo de dor nociceptiva. É a síndrome dolorosa mais comum em pacientes com câncer. Ocorre em cerca de 60% a 80% dos pacientes que apresentam tumor sólido e, em muitos casos, torna-se de difícil controle, variando entre dor moderada (31%) a intensa (45%). Geralmente, é de característica constante e piora com o movimento. Quando há envolvimento de coluna vertebral e arcos costais, a dor pode ser ventilatório-dependente. Já a *dor visceral* caracteriza-se por ocorrer em decorrência de invasão tumoral primária ou por comprometimento metastático nas vísceras torácicas e abdominais. Geralmente, é bem localizada e referida, podendo estar associada a náuseas e vômitos. São exemplos de dor visceral as dores lombares e epigástricas desencadeadas por câncer de pâncreas ou fígado. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; SCHOELLER, 2002; CHAVES; LEÃO, 2007).

Dor neuropática

A dor neuropática é um elemento comum das síndromes dolorosas no câncer. Segundo Gaertner, Ostgathe e Voltz (2007), esse tipo de dor tem sido reportada por 20 a 40% de todos os pacientes com câncer. Como o tratamento requer uma classe específica de medicamentos, e é freqüentemente difícil, a sua identificação precoce é extremamente importante para a escolha terapêutica analgésica. A dor neuropática ou neurogênica pode ser definida como a dor causada por uma lesão primária ou disfunção do sistema nervoso. A causa principal é a infiltração tumoral do tecido nervoso e representa a terceira causa de dor nos pacientes com câncer. A malignidade da doença pode afetar diretamente os nervos periféricos, plexos e medula. (SCHOELLER, 2002). Polineuropatias periféricas dolorosas também podem ser desencadeadas por déficit nutricional (vitamina B1 e B12), alterações metabólicas (diabetes,

disfunção renal e hepática) ou neurotoxicidade por quimioterapia, assim como, as síndromes paraneoplásicas. Em alguns casos, a dor neuropática associada a tumor pode acontecer proveniente de infecção viral, mais conhecida como neuralgia pós-herpética.

Complementando as causas da dor neuropática, Pimenta, Mota e Cruz (2006) incluem o extravazamento de quimioterápicos, traumas, cirurgias, irradiação e compressão nervosa (por tumor ou por infiltração óssea). Pode ser descrita como uma dor tipo queimação, fisgada ou lancinante, assim como uma sensação de parestesia ou disestesia. Quando essa sensibilidade à dor está aumentada, apresenta-se em duas formas: hiperalgesia e alodinia. A hiperalgesia representa a sensação aumentada de dor cuja percepção é induzida por estímulos mecânicos, térmicos e químicos que geralmente causam dor. Já a alodinia é uma sensação dolorosa aberrante causada por estímulos que freqüentemente não causam tanta dor. Para Pimenta, Mota e Cruz (2006) e Schoeller (2002), esses estímulos podem ser provenientes do próprio ambiente, como: um leve toque, o vento, as mudanças de temperatura frio/calor, a pressão da roupa no corpo e até mesmo o movimento do carro. Nesses casos, o diálogo com o paciente sobre suas condições emocionais é extremamente importante.

Conforme as mesmas autoras, o desencadeamento fisiológico da dor neuropática ocorre por um processo inflamatório em que os próprios tecidos adjacentes à lesão reagem desencadeando mecanismos de reparo do tecido neural à lesão denominada de sensibilização periférica. Essa sensibilização é uma hiperexcitabilidade dos nociceptores aferentes primários. Esses fenômenos de sensibilização geralmente são extintos à medida que a reparação tecidual e o processo inflamatório são estabelecidos. Porém, quando a função do aferente primário é alterada por tempo prolongado ou definitivo, seja por lesão ou doença em sistema nervoso, esses processos tornam-se persistentes e de difícil tratamento, dando características à dor neuropática.

Dor incidental

A dor incidental está relacionada a uma mistura entre dor somática (46%), visceral (30%) e neuropática (10%). Acontece por exacerbação transitória da dor e ocorre somada a uma dor de base persistente, porém não se relaciona ao processo oncológico. Apresenta característica intensa e de curta duração. Quando um paciente apresenta dor de base controlada e apresentar um ou mais momentos de dor severa e excruciante nas últimas 24 horas, poderá ser interpretado como tendo uma dor de base controlada e dor incidental. Por outro lado, o paciente que apresenta dor de base não-controlada e severa, não acompanhada de picos diários de dor excruciante, poderá ser classificado como tendo dor de base não-

controlada. Os episódios de dor incidental podem estar relacionados à movimentação ou à realização de alguma atividade específica, como ocorre na dor óssea, visceral, neuropática e somática, a exemplo da deglutição de alimentos em presença de mucosite. É importante que o profissional saiba diferenciar uma dor incidental de uma dor que ocorre em intervalo da administração de analgésico, ou seja, é a exacerbação da dor que ocorre antes da próxima dose do analgésico, que, por sua vez, o efeito não durou até o próximo horário. (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; NUGENT, 2006; CHAVES; LEÃO, 2007).

Percepções que contribuem para a experiência dolorosa

Conforme foi descrito anteriormente sobre os tipos “físicos” de dor, é possível afirmar que o fenômeno doloroso ao ser desencadeado por estímulos de origem física, relacionados à lesão tecidual, permite compreender que a experiência dolorosa envolve em seus mecanismos de transmissão, também, fatores de origem psicossociais. Quando se afirma que o córtex cerebral é o responsável pela consciência da experiência dolorosa, é possível compreender e afirmar que o indivíduo pode desenvolver uma experiência sensitiva frente à dor e, dessa forma, receber estímulos externos que podem contribuir para essa experiência, de forma positiva ou negativa. Diante desse fator, em nenhum momento de vida dos seres humanos que experimentam a dor deve-se negar ou, até mesmo, não valorizar essa experiência.

Se associarmos, então, a experiência dolorosa a uma condição de doença crônica, esses estímulos podem acentuar-se e trazer para a o indivíduo um sofrimento cuja dimensão pode ser incontrolável. Por esse motivo, tratar a dor é uma responsabilidade multiprofissional e deve ser praticada de modo complementar, pois a experiência dolorosa está intrinsecamente relacionada às concepções anteriores sobre a dor e o seu manejo, adquiridas nas experiências individuais e coletivas daquele que sente dor.

Atualmente, esta importância às experiências de dor para além do físico está ganhando espaço. A experiência dolorosa é resultante da interpretação do indivíduo nos aspectos físico, químico, emocional e cultural. Somando-se todos esses fatores podem influenciar na reação do paciente frente ao fenômeno doloroso e desafiar a ação dos profissionais para o seu manejo e controle. É por isso que a dor no câncer é conhecida como *total pain*.

Esse termo foi proposto em 1964 pela Dr^a. Cicely Saunders. Com formação em enfermagem, Assistência Social e Medicina, ela buscou quebrar paradigmas de cuidado, principalmente na oncologia. A médica interpreta a dor total como a dor que não envolve somente a dimensão física, mas, também, a emocional, a social e a espiritual. Anos mais tarde, essa autora incorpora ao conceito de dor total a dimensão financeira, interpessoal e dor

da família. (SCHULZE, 1997; CHAVES; LEÃO, 2007). Dessa maneira, a experiência da dor crônica é uma vivência que pode ser estressante tanto para o paciente quanto para familiares, amigos, cuidadores e até para a própria equipe, pelo envolvimento das dimensões acima descritas. Sabe-se que o sistema familiar organiza-se de acordo com concepções e regras próprias. Ao acontecer o adoecer de um ente querido, toda organização desse sistema é atingida, e a família, amigos e cuidadores também “adoecem”. Tal situação induz a mudanças complexas que podem ser difíceis de elaborar-se. Portanto, cabe aos profissionais de saúde não apenas demandar a mudança, mas mostrar diferentes possibilidades de alcançá-la. (MICELI, 2002).

A dor pode provocar sensações emocionais muitas vezes limitantes e que podem ser traduzidas em sofrimento. A limitação de atividades diárias e o comprometimento do descanso e sono, alimentação, apetite e lazer são fatores contributivos para aumentar o sofrimento dos indivíduos que vivenciam a dor. É por essa razão que a experiência dolorosa, na maioria das vezes, é percebida pelo paciente não somente como a doença física em si, mas como um conjunto de fatores emocionais, espirituais, sociais e, até mesmo, financeiros, que podem ainda desencadear ansiedade, depressão e isolamento social pela separação familiar. Além disso, dependendo do comprometimento da doença, como aquelas que provocam incapacidade física e desfiguração, traz outros fatores que potencializam o sofrimento. (CHICO; HAYASHI; FERREIRA, 2004).

A dor, sob os aspectos biopsicossociais, é uma realidade vivida aqui e agora e o seu sofrimento é uma realidade subjetiva, que reúne o aqui e agora ao passado e a um futuro ainda desconhecido. Portanto, o cuidar desse tipo de paciente envolve ações humanas e requer dos profissionais a capacidade de reconhecer e manejar os fatores que contribuem para a experiência dolorosa. O alívio da dor é um trabalho que requer superação de barreiras, demanda diálogo e interação, atitudes imprescindíveis para o alcance do alívio da dor e do sofrimento. (SCHULZE, 1997; CHAVES; LEÃO, 2007).

CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

*Tem gente que não vacila: Digo juro e não duvido,
que a mais doída das dores com certeza é a dor de ouvido!*

Ricardo Azevedo

Para desenvolver este estudo e alcançar os objetivos propostos, busquei minhas crenças, valores, experiência profissional, conhecimentos, além de pressupostos e conceitos de Paulo Freire sobre educação e alguns princípios de educação no trabalho. Neste capítulo, apresento e discorro algumas idéias sobre o referencial teórico-metodológico escolhido e pensado para nortear este trabalho. Inicio dando destaque à compreensão de processo educativo.

Para Bordenave (1994), todo o processo educativo, assim como suas respectivas metodologias e meios, tem por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento. A pedagogia escolhida, por sua vez, fundamenta-se em uma determinada epistemologia, ou teoria do conhecimento.

Neste estudo, o referencial teórico-pedagógico adotado está representado pelas idéias do educador dos últimos tempos, Paulo Freire. Esse educador apresenta, na essência de todas as suas obras, a preocupação maior de desenvolver nos sujeitos sua capacidade crítico-reflexiva, possibilitando e conduzindo-o à sua libertação, enquanto sujeito, e à sua transformação para o “dar-se conta” como sujeito. O autor compreende a educação como um processo que depende de uma prática libertadora, ou seja, que tenha em sua base o anseio pela geração de transformações. Transformações estas possibilitadas pela participação livre dos envolvidos a partir de sua realidade.

3.1 PAULO FREIRE, SUA HISTÓRIA E SEUS PRINCÍPIOS SOBRE A ARTE DE EDUCAR

O educador Paulo Freire é um pensador comprometido com a vida, pois não pensa

idéias, mas sim a existência. Existência de seu pensamento através de uma pedagogia em que o esforço totalizador da práxis humana procura na interioridade desta retroalimentar-se como prática de liberdade. É considerado um dos grandes pedagogos da atualidade e respeitado mundialmente. (STRECK, 2001). Realizando uma leitura profunda sobre algumas de suas grandes obras (Pedagogia do Oprimido e a Pedagogia da Autonomia) e trabalhos escritos por outros autores (Pedagogia: diálogo e conflito; Pedagogia no encontro dos tempos e Paulo Freire: Ética, Utopia e Educação), compreende-se que suas idéias foram construídas e solidificadas com o passar dos tempos.

Streck et al. (2004) conta em seu trabalho que em 1967 Freire publicou seu primeiro livro, *Educação como prática da liberdade*. Nesta obra, retrata sua experiência de alfabetização no período anterior à ditadura militar. A obra gera resultados positivos e Freire recebe um convite para ser professor visitante da Universidade de Harvard, em 1969. No ano anterior, ele escrevera seu mais famoso livro, *Pedagogia do Oprimido*, que foi publicado em vários idiomas, como o espanhol e o inglês, em 1970, e até em hebraico, em 1981. Seguindo sua construção de idéias, em 1984, publica a obra *Pedagogia da Autonomia* e em 1992, *Pedagogia da Esperança*.

Paulo Freire, ao aprofundar suas idéias e refletir sobre os conflitos políticos durante sua experiência de vida, leva-nos a compreender que a educação é um processo de construção que liberta o homem da opressão e da ditadura, e faz com que ele reconheça o seu papel na dentro de sua própria história. Assim, passa a desenvolver sua *identidade cultural*, tanto em sua dimensão individual, como em relação ao seu mundo. Freire (1980) entende a cultura como resultado da própria atividade humana. É o fruto do esforço da capacidade de criação e recriação do homem, do seu trabalho pela transformação e o estabelecimento relações de diálogo entre outros homens. Para Freire (2000) a criação e recriação, ou seja, “a mudança faz parte necessária da experiência cultural, fora da qual não somos, o que impõe a nós é tentar entendê-la, sabendo que, se não somos puros objetos seus, ela não é tampouco resultado de decisões voluntaristas de pessoas ou grupos [...]. Frente a essas mudanças “nem podemos simplesmente nos acomodar nem também nos insurgir de maneira puramente emocional. É nesse sentido que uma educação crítica radical não pode prescindir da percepção lúcida da mudança que inclusive revela a presença interveniente do ser humano no mundo”. (FREIRE, 2000, p. 32).

Na **concepção de educação** de Paulo Freire, o homem é percebido como um ser autônomo. Essa autonomia está presente na definição de vocação ontológica de ‘*ser mais*’ que está associada com a capacidade de transformar o mundo. A educação possibilita “aos

oprimidos de libertarem-se da sua condição de oprimido, uma vez que, a liberdade é uma conquista e não doação, e exige uma permanente busca”. (FREIRE, 1997, p. 34). Dessa forma, para Freire (1983, p. 17), “não há homem sem mundo, nem mundo sem homem e desta forma não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade”. Essa relação do homem com o mundo e sua realidade implica transformação do mundo a partir da realidade, como resultado da observação, reflexão e ação do homem sobre ela. Acredita que é possível alcançar a transformação do mundo através da busca constante do sujeito por sua consciência crítica. Para o mesmo autor, este ato de busca constante por uma consciência crítica e esclarecedora possibilita ao sujeito aumentar a sua própria consciência. (FREIRE, 1980).

O sujeito deve descobrir-se como um construtor desse mundo da cultura, que passa a ser entendido como a contribuição que o homem faz ao mundo, ou como o resultado do seu trabalho, do seu esforço criador, proporcionando o resgate da sua auto-estima. Quando o homem descobre que sua prática supõe um saber, começa a compreender que o seu conhecimento pode trazer intervenções na realidade e assim, percebe-se como um sujeito da história. Para ele "não se pode separar a prática da teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender". (GADOTTI; FREIRE; GUIMARÃES, 2000).

Assim, o ensino-aprendizagem no trabalho volta-se para a criação de um espaço transformador, em que os envolvidos, nesse processo, possam, coletivamente, refletir sobre a sua realidade de trabalho, problematizá-la, conscientizarem-se e desenvolverem a criticidade para a busca da transformação. Na visão de educação de Paulo Freire, conforme Macedo e Cruz (2005), os sujeitos aprendem a fazer essa ação cultural libertadora através do processo de construção coletiva do saber, pois o educar é um ato coletivo e solidário e por isso não pode se dar isoladamente. Essa construção coletiva revela os problemas sociais existentes e instiga os próprios sujeitos na busca de soluções, favorecendo a compreensão do significado de sua ação política, despertando sua criatividade e provocando sua “politização” ou o desenvolvimento de uma “consciência de classe” entre os envolvidos no trabalho.

3.2 O TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO E A EDUCAÇÃO NO TRABALHO

Segundo Marx (1983), o **trabalho** é um processo que põe em movimento as forças naturais do homem; forças inatas em sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, para

apropriar-se da natureza de forma útil para a sua própria vida. Esse processo de vai-e-vem faz com que o homem atue sobre o meio externo a ele, modificando-o, e ao conseguir essa mudança, ao mesmo tempo, modifica a sua própria natureza. Compreende que o **trabalho** existe pela ação do trabalhador em cima de seu objeto de trabalho. Argumentam ainda que depois de realizada a ação ela se modifica, e, conseqüentemente, modifica o trabalhador. Essas modificações podem ser verificadas pelo desgaste físico, pela satisfação/insatisfação ou prazer/desprazer pelo trabalho realizado, ou seja, ambos, a natureza e o homem, modificam-se. O trabalho carrega em sua essência a criação e não somente um ato de reprodução.

Santos (2004) e Brasil (2006a), nesse mesmo raciocínio, compreendem, então, que é no processo de trabalho que os trabalhadores “usam de si” por si, ou seja, a cada situação que surge, o trabalhador cria estratégias revelando sua inteligência, que é própria de todo trabalho humano. Reforçam, ainda, que o trabalho não deve deixar de ser compreendido como uma expressão da criatividade humana.

Apoiando-se nessa compreensão, Kosik (1976) e Fromm (1962), envolvidos pelos pensamentos de Karl Max, entendem que o trabalho humaniza o homem. A humanização é uma indispensável manifestação da especificidade da existência do homem, pois se fundamenta na idéia de que a natureza humana é comum aos homens e, por isso, manifesta a sua essência. Entretanto, essa essência só existe no convívio dos homens ao longo de sua história. É produto da história e acompanha a sua transformação. A história é o processo de criação do homem, por si mesmo, pelo seu próprio trabalho.

A capacidade de criar, para Brasil (2006b), implica o experimentar constante de diferentes maneiras do fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, buscando-se um processo de aprendizagem permanente, uma vez que se questionam as prescrições e constroem-se outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível.

O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Lugar este que, segundo Santos (2004), ao possibilitar a criação do mundo, pelo homem, abre caminho para a reflexão sobre a dimensão criativa da sua atividade, ou seja, sobre a práxis. Para Konder (1992), a práxis é uma atividade em que os homens afirmam o mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformam-se a si mesmos. É uma ação que, para ser aprofundada de maneira mais consciente, precisa de reflexão, da indagação e da teoria. Teoria esta que remete à ação e permite enfrentar o desafio de verificar os acertos e os desacertos, e os comparar com a prática. Então a práxis é compreendida como uma atividade que precisa e não sobrevive sem a teoria, ou seja, o conhecimento necessário para refletir sobre a prática.

Segundo Glaserfeld (1998), esse conhecimento serve de bússola norteadora das ações e operações conceituais que provaram ser viáveis na experiência do sujeito conhecedor. Resulta das percepções e concepções subjetivas que os indivíduos extraem do mundo. Corroborando com Glaserfeld, Brasil (2006a) compreende que vivenciar, compreendendo as situações do cotidiano profissional dos sujeitos, é uma das características do processo de formação no trabalho. É no fazer/aprender que os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer inventando, segundo um processo contínuo de aprendizagem, de construção e “desconstrução” de saberes, valores e concepções. Trata-se de inventar pela prática de palpar, de experimentar, de problematizar as formas já dadas. Essa ação de problematização, acontece por meio de um relacionamento de saberes e experiências a partir do próprio trabalho, emerge como fonte de percepção e interpretação da vida do trabalhador no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo.

Portanto, é possível afirmar que se educa **no trabalho**. **Ao se educar no trabalho possibilita-se** ao sujeito trabalhador o resgate de sua criatividade e capacidade reflexiva, a partir do seu fazer e de sua realidade de trabalho. Na compreensão de Gelbecke, Horr e Souza (2000), o trabalho torna-se fonte de construção do conhecimento e o trabalhador pode fazer a relação da teoria com o seu fazer desenvolvendo, dessa forma, a verdadeira práxis.

Transportando esse pensamento para o trabalho do enfermeiro, pode-se dizer que o papel deste, como educador e pesquisador, no trabalho, é **resgatar a conscientização daquele que educa**. A consciência que aqui foi alcançada esteve na capacidade do enfermeiro em compreender o contexto da dor vivenciada pelo paciente com câncer em cuidados paliativos, como primeiro passo para o pensar sobre como pode avaliar a sua dor. Entende-se que “ser consciente” vai além do conhecimento; envolve a possibilidade de refletir e de expressar-se sem limites, de dialogar e dividir experiências na busca pela transformação.

Paulo Freire afirma que o **diálogo** restitui ao ser humano o direito de pronunciar-se frente ao mundo, transformá-lo e se humanizar. Dialogar pressupõe compromisso com os homens, de forma, ética, humilde, de esperança na humanidade e nas suas possibilidades de libertação e de democratização, pois, “ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um pólo no outro é consequência óbvia”. (FREIRE, 1981, p. 96). Souza, Dias e Horr (1997) reforçam as idéias de Freire que o diálogo revela-se como o despertar de uma consciência crítica e libertadora para a conquista da ampliação da experiência e a sensibilização de outros profissionais com enfoque na redimensão da estrutura para uma relação educação-trabalho mais solidária e de

abrangência aos usuários dos serviços de saúde.

A **educação no trabalho** pode dar-se de formas diferentes, possibilitando a escolha, pois não há um modelo único e nem um único espaço em que ela possa acontecer. É um exercício que pode ser realizado através do reconhecimento dos caminhos já percorridos, permitindo a transformação para o continuar da história. Os autores ainda referem que os trabalhadores, nesse caso os enfermeiros, “precisaram reconhecer a história, dissecando seus determinantes e, ao mesmo tempo, iluminando o pensamento para encontrar ou reafirmar caminhos para que a educação no trabalho seja um meio para a sua qualificação profissional e equalificação social”. (SOUZA; DIAS; HERR, 1997, p. 95). A educação pode ser compreendida, ainda, como um recurso com o qual o ser humano supera a si mesmo, na relação individual e coletiva, de modo consciente ou inconsciente, ou ainda, como mais uma fase da vida do ser humano oferecido à sociedade como momento de seu desenvolvimento.

Os enfermeiros, sujeitos nesse contexto, por serem humanos, desenvolveram a capacidade de fazer escolhas e de ir além daquilo que estão acostumados, por possuírem racionalidade. Essa é uma das características que os diferenciam do mundo animal. Dessa forma, decidir sobre sua ação no contexto do trabalho teve uma singularidade que pode ser modificada.

Segundo o pedagogo Freire (1996), os seres humanos são os únicos seres que, social e historicamente, tornaram-se capazes de aprender. Por essa razão, são os únicos em que o aprender torna-se uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Então, aprender para os seres humanos é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito. Esta urgente necessidade de agir sobre a realidade social para transformá-la é uma ação que se faz na interação, na comunicação e no diálogo entre o educador e o educando. Ambos seres criadores libertam-se mutuamente para chegarem a ser, ambos, criadores de novas realidades”, pois cabe ao professor e ao comunicador a tarefa de não transmitir apenas informações, mas também, ensinar saberes, porque informação é só um enunciado. Se não for contextualizada não será capaz de formar o ser humano. (FREIRE, 2001).

Assim, a necessidade do aprendizado pelo sujeito enfermeiro surgiu por sua condição de ser inacabado, da qual o ser humano se conscientiza. Consciente de sua limitação e da indigência de buscar a complementaridade de seus conhecimentos.

Complementando os pensamentos de Freire, Bordenave (1994) acredita que nesse processo, ao se educar o sujeito, é importante valorizar a sua transformação, nesse caso, a do profissional enfermeiro, tornando-o participante e agente da transformação social, situado na

observação da realidade, no reconhecimento de sua experiência prévia e na busca de alternativas criadas para a resolução de problemas. A realidade é inacabada e pode ser melhorada. A mudança parte da criatividade, imaginação e a comunicação dos envolvidos no processo, pois ao criarem e imaginarem através da comunicação buscam soluções para os problemas encontrados na sua realidade, no seu mundo de trabalho. Bordenave (2001, p.29) ainda acredita que “talvez a função mais básica da comunicação seja a menos frequentemente mencionada: a de ser o elemento formador da personalidade. Sem a comunicação, de fato, o homem não pode existir como pessoa humana”. Portanto, para mediar a construção de soluções para a realidade, o autor utiliza uma estratégia de trabalho que possibilita a criação, construção e reconstrução no ambiente de aprendizagem fortalecida por uma relação de comunicação entre o educador e o educando.

Essa estratégia fundamenta-se nas idéias de Juan Charles Magueréz, mais reconhecidas como “Método do Arco”. O Método do Arco compõe-se de cinco etapas distintas: a *Observação da Realidade* e a identificação do *Problema*; a definição dos *Pontos-chave*; a *Teorização*; as *Hipóteses de Solução*; e como etapa final tem-se a *Aplicação à Realidade*. Nessa etapa, pensa-se em uma forma de retorno que apresente algum grau de intervenção, na mesma parcela da realidade de onde se extraiu o problema. O Método do Arco de Charles Magueréz é uma ferramenta apropriada e relevante para ser aplicado em um processo de ensino-aprendizagem, seja em sala de aula ou no ambiente de trabalho. Segundo Berbel (1999), esse método apresenta princípios de uma Pedagogia Problematizadora e busca, na sua essência, uma educação transformadora da sociedade.

3.3 MARCO CONCEITUAL

Para Westphalen e Carraro (2001, p. 34), o marco conceitual tem por finalidade servir de:

foco que ilumina os caminhos a serem percorridos pelo profissional para atingir seus objetivos assistenciais, formando um emaranhado, uma teia dentro da qual a assistência, os aspectos teóricos, técnicos e éticos são examinados, a fim de tornarem possível explicar as relações propostas e identificar vazios no conhecimento que necessitam ser revelados, para ampliar continuamente as possibilidades de cuidado.

A sua construção parte da prática ou da teoria, sendo um processo de reflexão que configura um ir e vir aos conceitos, reformulando-os todas as vezes que foram necessárias até que consigam representar uma inter-relação e configurem os pensamentos do autor.

Para compreender melhor a construção do marco conceitual é importante refletir sobre o significado de “conceito”. Na concepção de Trentini e Paim (2004), os conceitos são representações mentais de determinada realidade elaboradas pela percepção e experiência do sujeito sobre ela. São imagens abstratas construídas através da realidade, mesmo esta sendo concreta. Essa compreensão é ponto-chave para o pesquisador que lida no estudo com um universo de conceitos.

Nesse sentido, conceitos foram criados e recriados no contexto deste trabalho, para servir de guia para uma Pesquisa Convergente Assistencial. A partir da minha experiência profissional e social, crenças e valores, e consciente de minha limitação filosófica, desenvolvi **alguns pressupostos pessoais que sustentaram o desenvolvimento do estudo**, que representam as minhas concepções, associados a algumas leituras realizadas durante esta caminhada. São estes a seguir:

As atividades educativas no ambiente de trabalho, quando bem desenvolvidas, podem contribuir para despertar nos sujeitos um olhar para a realidade mais consciente de suas ações no contexto do trabalho. São atividades que podem estimular nos sujeitos um olhar diferente sobre a sua forma de cuidar ao avaliar a dor no seu ambiente de trabalho, possibilitando um despertar de sua capacidade criativa, e assim desenvolver soluções para resolver problemas existentes ou estratégias para manter o que já possui de positivo.

O ambiente de trabalho é o espaço em que o aprender é um acontecimento constante e coletivo, por possibilitar a convivência dos sujeitos: profissional, paciente e família.

A práxis instiga a transformação e valoriza os sujeitos, conduzindo-os a uma conscientização sobre si mesmos, sua realidade e o seu papel no ambiente. Isso só é possível acontecer a partir do momento em que a consciência é despertada e se alcança a ação-reflexão-ação.

O processo de ensino-aprendizagem pode acontecer em diferentes ritmos. Portanto, o educador deve respeitar o ritmo do educando nesse processo, compreendendo os avanços e retrocessos, para poder formular estratégias que possam fazer com o que o educando alcance o aprendizado de forma natural e prazerosa e não como uma obrigação.

3.3.1 Conceitos que sustentaram a proposta de estudo e sua inter-relação

O sujeito

Os sujeitos são seres humanos que apresentam uma bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo de sua convivência social e no ambiente de trabalho, fundamentados em crenças e valores que podem ser aproveitados para a construção de novos conhecimentos a partir da sua conscientização como sujeitos. Neste caso, os enfermeiros participantes deste estudo foram os sujeitos da educação no trabalho. O educador, no contexto do trabalho da enfermagem, também foi um sujeito e como sujeito educou e aprendeu, interagiu com os sujeitos, compartilhou conhecimentos que já possuía e, a partir da reflexão coletiva, mobilizou a construção de novos conhecimentos. Este desenvolveu a capacidade de observar e ouvir os conceitos, concepções e contribuições dos sujeitos para organizar as idéias e alcançar os objetivos do processo educativo. Aqui o sujeito educador foi o enfermeiro, pesquisador deste trabalho, que interagiu com os sujeitos do ambiente de trabalho e compartilhou seus conhecimentos para mobilizar a construção de novos conhecimentos. O Sujeito é o ser humano, educador e educando, que está acessível para as possibilidades da aprendizagem de diferentes conhecimentos e é consciente dessa necessidade.

O ambiente

O ambiente (social) refere-se ao espaço de trabalho em que os sujeitos convivem e relacionam-se; convivência esta em espaço de diversidades, com cheiros diferentes, movimentos, sons agudos e graves, choro, tristeza, sofrimento, angústia, medo, perdas em diversas proporções, DOR! Mas também é espaço irrigado pelo amor, esperança, amizade, de diferentes toques, olhares, sorrisos, trabalho em equipe, laços de família, de SUJEITOS. É nesse espaço que o APRENDER pode acontecer e acontece no COLETIVO com dinamicidade. O ambiente (físico) foi a Unidade de cuidados paliativos do CEPON, local de trabalho dos sujeitos participantes. Foi o espaço em que as experiências coletivas aconteceram, e o processo de educação desenvolveu-se, gerando um despertar para diferentes olhares sobre a sua realidade.

Educação

A educação não se constrói apenas com o mundo onde ela está acontecendo, mas principalmente com o mundo que se sonha e deseja construir. Para Reibnitz e Prado (2006), a

educação é compreendida como um exercício de reflexão da realidade que se fundamenta nos conhecimentos adquiridos ao longo de suas vivências nos diferentes contextos, como na escola, na família e no trabalho. Essa ação de reflexão permite ao indivíduo uma releitura de suas experiências anteriores possibilitando relacionar o conhecimento aprendido com a realidade vivenciada. Dessa forma, abre um espaço para que se descubram as falhas na realidade e busquem-se soluções para a sua melhoria.

Ao interpretar a idéia de Paulo Freire sobre educação, Streck (2001) refere que o ser humano é capaz de refletir e de conscientizar-se. Ele é o único capaz de ser mais por ter consciência de sua finitude. Mergulhando no pensar de Freire (1996), o autor percebe a educação como uma forma do sujeito intervir no mundo. Essa intervenção é realizada a partir de conhecimentos e conteúdos, que foram bem ou mal ensinados e/ou aprendidos e que implicam tanto no esforço de reprodução da ideologia dominante quanto no seu desmascaramento.

Fortalecendo esse conceito de educação, as autoras Mercês e Marcelino (2004, p. 270) percebem que “a educação possui uma relação íntima com a consciência. A consciência passa pela responsabilidade e compromisso de cada profissional de atualizar-se tecnicamente”. O conceito de educação demonstra ser complexo e envolve uma reflexão sobre o seu verdadeiro fim. Está intimamente ligada ao ser humano, sua consciência do mundo, de si e do seu papel neste mundo. O mundo pode ser representado por qualquer ambiente em que o indivíduo tenha contato, inclusive, o **ambiente de trabalho**. Assim, os enfermeiros, como seres humanos, podem educar-se entre si no ambiente de trabalho. Apresentam capacidade de conscientizarem-se e assim intervirem na realidade. Para o educador Paulo Freire quanto mais os sujeitos se aproximam de posturas conscientes, mais capazes se tornam para desvendar a realidade, pois:

a conscientização é, neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mas se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por isso, a conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 1980, p. 26).

A **educação** acontece a partir dessa tomada de “consciência” da realidade vivida, permeada por uma relação dialógica em que ambos, sujeito educador e sujeito aprendiz, alcançam o aprendizado juntos e se **educam no trabalho**.

Educação no trabalho

A **educação no trabalho** é um processo que deve ser dinâmico o suficiente para possibilitar a interação dos sujeitos. Por meio dessa interatividade entre os sujeitos, desenvolve-se sua capacidade de reflexão sobre problemas encontrados no ambiente de trabalho e buscam-se, através dela, diversas possibilidades de soluções. Entretanto, esse processo só pode ser reconhecido como educativo quando possibilita que os sujeitos na interação tornem-se sujeitos, construam-se como pessoas, buscando a transformação de si, do coletivo e da realidade vivenciada na coletividade, através da conscientização.

Na compreensão de Freire (2005), o estar consciente é a capacidade do sujeito de compreender que ele deve estar com o mundo e este procedimento é um processo permanente e difícil de ser recusado. A consciência serve de caminho para algo que não é ela, que está fora dela, que a circunda e que ela apreende por sua capacidade ideativa.

Concordando com Freire, Rosas (1996) entende o sujeito com consciência crítica como aquele que possui independência e comprometimento do pensamento, substituição das explicações mágicas por princípios e relações causais, recusa de posições quietistas, receptividade à investigação e ao novo. A educação no trabalho possibilita ao sujeito conscientizar-se sobre o seu fazer.

Essa reflexão, para Gadotti (2004, p. 74), “é uma forma radical de ser dos seres humanos enquanto seres que, refazendo o mundo que não fizeram, fazem o seu mundo, e neste fazer e re-fazer se re-fazem. São porque estão sendo”.

Já para Mercês e Marcelino (2004), a consciência é uma característica única dos seres humanos e deve ser mantida em todas as atitudes e práticas de seu dia-a-dia, sejam elas no meio pessoal ou de trabalho. A educação no trabalho pode ser vista como uma ação que possibilita a problematização. A partir das relações entre os seres humanos e o mundo é possível para eles recriarem, remarcarem o processo natural através do qual a consciência apareceu no processo de evolução. (PINHEIROS, 2007).

Dessa forma, a mudança é possível a partir do momento em que o sujeito torna-se consciente da necessidade de mudar; mas uma consciência profunda e crítica articulada com a práxis. Entretanto, para poder alcançar essa consciência é fundamental que haja **diálogo crítico** e convivência. Essas condições podem ser proporcionadas através de um processo de educação no trabalho. Refletir a própria prática poderá ser um caminho para a mudança. Muitas vezes esperamos que as mudanças fossem estabelecidas de fora para dentro. Na verdade, as mudanças começam quando percebemos que é possível fazer diferente, a partir de nós, com efeito semelhante ao da queda da pedra no lago, que propaga o resultado dessa ação

cada vez mais longe do ponto que tocou na água.

Relação dialógica

A **relação dialógica** é o instrumento mais importante que o sujeito educador **enfermeiro** pode utilizar para permitir o processo educativo e a aprendizagem coletiva no ambiente de trabalho. Contudo, o **diálogo** só existe se houver por parte dos sujeitos envolvidos, neste caso, **os enfermeiros da unidade de cuidados paliativos**, a compreensão e apreensão do significado; vai além do simples entendimento, ele requer subjetividade.

Para Freire (2005), o ato de dialogar é uma experiência e exigência natural do ser humano, assim como um reclamo da escolha democrática do educador. Completando esse conceito, nos estudos realizados por Streck (2001), Paulo Freire diz que o diálogo não pode ser interpretado como uma técnica ou um método pedagógico. Compreende-o como uma maneira de ser, um modo de relacionar-se com o mundo e com os outros. Não pode ser selecionado em uma aula ou em um determinado evento como uma proposta ou um projeto isolado.

Freire (2005) afirma que o homem nega sua própria existência ao ser monólogo. Ele pratica o fechamento da consciência, uma vez que ela significa abertura. O diálogo é relacional e nele nenhum ser humano tem iniciativa absoluta. Os seres em relação dialógica admiram um mesmo mundo, afastam-se dele e com ele identificam-se, põem-se e opõem-se. O diálogo não representa um produto da história, mas a própria construção dela. É uma necessidade existencial e um encontro em que o refletir e o agir de seus sujeitos solidarizam-se, endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Por essa razão, não pode reduzir-se a simples ação de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas por quem pergunta. Ao se adentrar no diálogo considerando-o como fenômeno humano, é possível dizer que ele mesmo nos revela ser a palavra. Mas, ao identificarmos a palavra, no diálogo, como algo além de um meio para que o diálogo exista, ele mesmo nos instiga a buscar, também, seus elementos constitutivos. Desta forma, esta busca nos leva a surpreender, na palavra, duas dimensões: a ação e a reflexão. A ação e a reflexão encontram-se em uma relação solidária e interativa. A partir desse pensar é possível afirmar que a palavra verdadeira transforma o mundo. (FREIRE, 1987).

Enfermagem/Enfermeira(o)

A **enfermagem** é uma ciência. Por ser ciência requer conhecimentos. Esses conhecimentos são construídos e reconstruídos ao longo de sua história. Esse construir e

desconstruir acontece por ação de sujeitos, neste caso, as enfermeiras, resultando em ações coletivas, cujo objetivo central é a melhora das situações de saúde, bem-estar dos pacientes/família e de conhecimentos dos profissionais de saúde. As ações, quando dirigidas aos indivíduos, podem ser compreendidas como educativas e cuidativas. Neste estudo, a enfermeira educadora também cuida. Ao buscar por meio dessa ação desenvolver atividades educativas com outras enfermeiras, em seu ambiente de trabalho, através de uma relação dialógica, possibilita a problematização da realidade. Problematização esta que permite identificar as concepções e contribuições das enfermeiras sobre a avaliação da dor, por meio da reflexão sobre a realidade, estimulando a construção e reconstrução de idéias e conceitos, desencadeando a criação de soluções para a melhora da realidade experienciada.

Para Reibnitz e Prado (2006, p. 30):

[...] a ação da enfermagem precisa estar coerente com o exercício crítico-reflexivo de reconstrução do seu próprio processo de trabalho; ancorando sua prática no cenário da sua realidade, construindo conhecimento e gerando as transformações que se fazem necessárias nas situações vivenciadas no seu cotidiano.

Assim, compreende-se que a enfermeira precisa em sua prática não somente fazer, mas refletir sobre o que faz, como faz e porque faz. No contexto deste trabalho, a enfermeira poderá refletir sobre sua prática, no que se refere à avaliação da dor dos pacientes em cuidados paliativos na oncologia. Refletir sobre o seu fazer, o que fazer, porque fazer e como fazer uma **avaliação da dor**.

Dor

A **dor** é um constructo da natureza e consciência humana; uma experiência construída na coletividade e em diferentes momentos na história dos homens. É uma sensação que pode ser interpretada sob diferentes olhares e somente aquele que a sente é capaz de avaliar a sua imensidão e profundidade. A dor propriamente dita, para Schulze (1997), não explica a totalidade do sofrimento, e o sofrimento em si não explica a totalidade da dor. É na interpretação de ambos e na interpretação da experiência vivida da dor que os dois impactam na totalidade da pessoa.

Existem trabalhos que nos fazem permanecer alertas para o fato de que o profissional em oncologia deve acreditar na experiência dolorosa referida pelo paciente, compreendendo a realidade dele a partir de seu relato. Com esse entendimento, percebo a dor como um fenômeno, algo percebido, subjetivo e de avaliação complexa. Por depender de múltiplos

fatores, somente os indivíduos que a sentem podem realmente qualificar e quantificá-la. Porém, um dos caminhos que podem ser utilizados para que a enfermeira possa compreender e **avaliar a dor** referida pelos pacientes é a sua capacidade de estabelecer com eles uma relação dialógica.

Avaliação da dor do paciente com câncer, pela enfermeira, em Cuidados Paliativos

Entendo a ação da enfermeira de avaliar a dor como uma forma de cuidado. A enfermeira, ao realizar uma avaliação, precisa estar necessariamente cuidando do paciente, pois ao avaliar utiliza seus conhecimentos para investigar o fenômeno doloroso e destacar informações importantes para o planejamento da assistência de enfermagem e para o seu controle, assim como para a avaliação da eficácia do cuidado implementado. O avaliar é uma ação que leva a resultados observáveis, porém subjetivos, e parte do princípio de que somente o indivíduo que sente a dor pode realmente fornecer as informações verdadeiras sobre suas características. Sendo assim, o cuidado de avaliar a dor é permeado por uma relação dialógica entre a enfermeira e o paciente com dor.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

*Mas outros logo discordam:
Não vem que não adianta!
E dizem, quase sem voz:
A pior é na garganta!*
Ricardo Azevedo

A criação de momentos de discussão e reflexão de enfermeiras sobre uma determinada realidade a partir da percepção de educação no trabalho constitui-se em uma prática que converge para o cuidado. Partindo dessa percepção, este estudo consistiu em uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial sobre uma prática de educação no trabalho junto a enfermeiras de uma unidade de cuidados paliativos em oncologia, que possibilitou a investigação das concepções e contribuições deles sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer.

As autoras Trentini e Paim (2004), precursoras dessa modalidade de pesquisa, pontuam que a pesquisa convergente-assistencial insere-se na pesquisa de campo, no que se refere à prática assistencial, pois articula a prática profissional com o conhecimento teórico, e seus resultados são canalizados, progressivamente, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas. Os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades que surgem da realidade. É conduzida a analisar a realidade, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial. Busca em todo o seu processo manter uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, transformar a realidade e introduzir inovações. Revela ser um tipo de pesquisa comprometida com a melhoria do contexto social pesquisado.

Este processo de pesquisa estrutura-se metodologicamente em quatro fases: a fase de Concepção que envolve desde a escolha pelo tema que tenha aderência com a prática do pesquisador, passando pela formulação do problema de pesquisa, revisão de literatura e escolha do referencial teórico; a fase seguinte, denominada de Instrumentação, onde se realizam as decisões metodológicas tendo o cuidado de focalizar o método convergente-assistencial, ou seja, que possua uma estreita aproximação entre os dados da pesquisa e da prática; a terceira fase, denominada de Perscrutação envolve as estratégias utilizadas para a dinâmica da obtenção e sistematização das informações; a próxima fase é a fase de análise e

interpretação, que na pesquisa convergente assistencial ocorre de maneira concomitante a coleta de dados, possibilitando o pesquisador refletir sobre o processo; esta fase se caracteriza pelo processo de apreensão que se inicia junta com a coleta de dados e organiza as informações, pelos processos de síntese, teorização e transferência, momentos este que articulam de forma consistente o referencial teórico com os dados coletados, na perspectiva da significação dos mesmos procurando contextualizá-los. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Essas autoras acreditam que sua essência está em possibilitar aos pesquisadores focalizarem os profissionais da prática no “pensar o fazer”, na busca de algo novo. É uma ação que não está direcionada por critérios preestabelecidos e propõe-se construir e reconstruir conhecimentos para orientar a prática. Percebe-se que a pesquisa convergente assistencial estabelece uma relação concisa com as idéias de Paulo Freire, possibilitando ao estudo uma sincronia nos pensamentos e no seu processo de construção.

Os resultados desta pesquisa foram apreendidos durante os momentos educativos, desenvolvidos e fundamentados no Arco da Problematização de Charles Maguerez, apresentado por Juan Dias Bordenave. Assim, para a compreensão do processo de educar e pesquisar apresento abaixo as etapas constituintes dessa articulação:

4.1 APRESENTAÇÃO DA FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DA PCA: UMA DESCRIÇÃO DOS CAMINHOS PERCORRIDOS

4.1.1 O contexto da unidade de cuidados paliativos

Esta pesquisa teve como ambiente de estudo a Unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, no bairro do Centro, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A Unidade de Cuidados Paliativos apresenta em seu corpo de profissionais: três médicos (dois residentes), nove enfermeiros (um na coordenação de andar, um na coordenação do programa de internação domiciliar e sete assistenciais) e treze técnicos em enfermagem. Possui treze leitos de internação, sendo que um deles é reservado para isolamento. Destina-se a pacientes com câncer em cuidados paliativos, cuja característica principal de suas necessidades de cuidado é o controle da dor.

Esta Unidade de Internação destina-se ao cuidado aos pacientes oncológicos que já passaram pelo tratamento curativo da doença e não obtiveram resultado, apresentam-se

estáveis sob o ponto de vista da doença, mas precisam de Cuidados Paliativos. A

Aqueles que já se encontram em estágio avançado de doença e não realizaram tratamento curativo prévio, necessitam de Cuidados Paliativos e aqueles que encontram-se em estado de terminalidade da doença. Então, o cuidado volta-se para o controle de sinais e sintomas e a promoção da qualidade de vida do paciente e de sua família neste processo de adoecer.

O papel da Enfermeira que atua nesta unidade destina-se também ao controle de sinais e sintomas da doença com o foco para a qualidade de vida do paciente e sua família. Este cuidado é norteado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE aplicada pelas enfermeiras na Unidade de Cuidados Paliativos é composta por: Histórico de Enfermagem, Prescrição e Evolução. As Teorias de Enfermagem que norteiam a SAE são: a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e a Teoria de relação interpessoal de Hildegard Peplau. O item da avaliação da dor está contemplado nos seguintes instrumentos de registro: 1) histórico de enfermagem na parte do exame físico envolvendo os seguintes aspectos: Presença de dor, intensidade (Leve, Moderada e Severa), localização e características; Estas informações devem ser descritas; 2) prescrição de enfermagem na qual consta um item que orienta a observação e registro de queixa algica; 3) evolução conforme a visita de enfermagem diária realiza-se o registro das observações dentro de três itens: Informações Subjetivas (S), Objetivas (O) e Conclusão (C). A avaliação na evolução não é realizada conforme diagnósticos de enfermagem e sim baseada na capacidade de análise de cada enfermeira e com pouca aplicação do referencial adotado. Não há instrumento específico para o registro das informações sobre a avaliação da dor e os itens que existem no histórico de enfermagem e prescrição são pouco abrangentes. Além disso, os enfermeiros e os demais profissionais não aplicam nenhuma escala de avaliação da dor.

4.1.2 A prática educativa como celeiro para a pesquisa

Como espaço para a realização dos momentos educativos foi utilizado a sala de reuniões da unidade. A sala mostrou ser adequada para a aplicação da pesquisa convergente assistencial, que tem em sua essência a pesquisa voltada para prática e, por isso, nada melhor do que aproveitar o próprio ambiente da realidade para concretizá-la. A sala é ampla e equipada com lousa, retroprojektor e *data show*, utilizados em alguns momentos das atividades de pesquisa. Ao planejar os encontros com as enfermeiras nesta pesquisa, pensou-se nesse

local como espaço adequado para discussões coletivas. Sabendo que essa oportunidade não era presente no dia-a-dia delas, o ato de reunir-se no coletivo para discutir a prática foi uma estratégia fortalecedora do “ser sujeito” enfermeira.

Para que os dados fossem coletados, os momentos educativos foram organizados conforme as etapas do Arco da Problematização – “Observação da realidade”, “Levantamento dos pontos-chave”, “Teorização do tema”, “Construção de hipóteses de solução” e “Aplicação à realidade”.

Neste estudo, cada etapa do arco da problematização foi denominada de “momento educativo. Para cada momento educativo foram realizados encontros com a finalidade de desenvolver objetivos pré-determinados. Cada encontro foi dividido em três atividades distintas: acolhimento e relaxamento, desenvolvimento do objetivo do momento educativo e reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento. Cabe ainda ressaltar que para cada momento educativo foram realizados um ou mais encontros. Isso aconteceu conforme a necessidade de cada momento.

Esta organização pode ser melhor compreendida conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Organização dos Momentos Educativos para a apreensão dos dados da pesquisa:

Momento Educativo 1 – Observação da realidade	1 Encontro	Atividades: 1ª acolhimento e relaxamento, 2ª desenvolvimento do objetivo do momento educativo 3ª reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento.
Momento Educativo 2 - Levantamento dos pontos-chave,	1 Encontro	1ª acolhimento e relaxamento, 2ª desenvolvimento do objetivo do momento educativo 3ª reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento
Momento Educativo 3 – Teorização do tema	3 Encontros	1ª acolhimento e relaxamento, 2ª desenvolvimento do objetivo do momento educativo 3ª reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento
Momento Educativo 4 – Construção de hipóteses de solução	2 Encontros	1ª acolhimento e relaxamento, 2ª desenvolvimento do objetivo do momento educativo 3ª reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento
Momento Educativo 5 -Aplicação à realidade.	2 Encontros	1ª acolhimento e relaxamento, 2ª desenvolvimento do objetivo do momento educativo 3ª reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento

4.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos desta pesquisa foram cinco enfermeiras assistenciais da Unidade de Cuidados Paliativos, dos turnos diurno e noturno, e uma enfermeira coordenadora do programa de internação domiciliar. O critério para inclusão no estudo foi o compromisso, manifestado pelo interesse em participar da pesquisa, e estar atuando como enfermeira em cuidados paliativos.

4.3 OS CUIDADOS ÉTICOS

Os sujeitos participantes foram orientados sobre o propósito da pesquisa e seus objetivos, conforme a Resolução 196/CNS/96, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa. As normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos, ditas na Resolução 196/96 foram respeitadas durante todo o estudo, principalmente, a liberdade de sair do estudo. Resguardaram-se os direitos de privacidade, esclarecimentos e informações adicionais, recusa e acesso ao pesquisador e ao CEP. A resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964, e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992) e as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993). (BRASIL, 1991).

A Resolução 196/96 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, quatro importantes referenciais da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (MS, 1991).

A pesquisa realizada foi submetida à avaliação e aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em 2007. Sua aprovação ocorreu em 14 de setembro de 2007 através do protocolo no 012/2007. Para efetiva legalidade da pesquisa, as enfermeiras, ao serem convidadas e informadas sobre a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

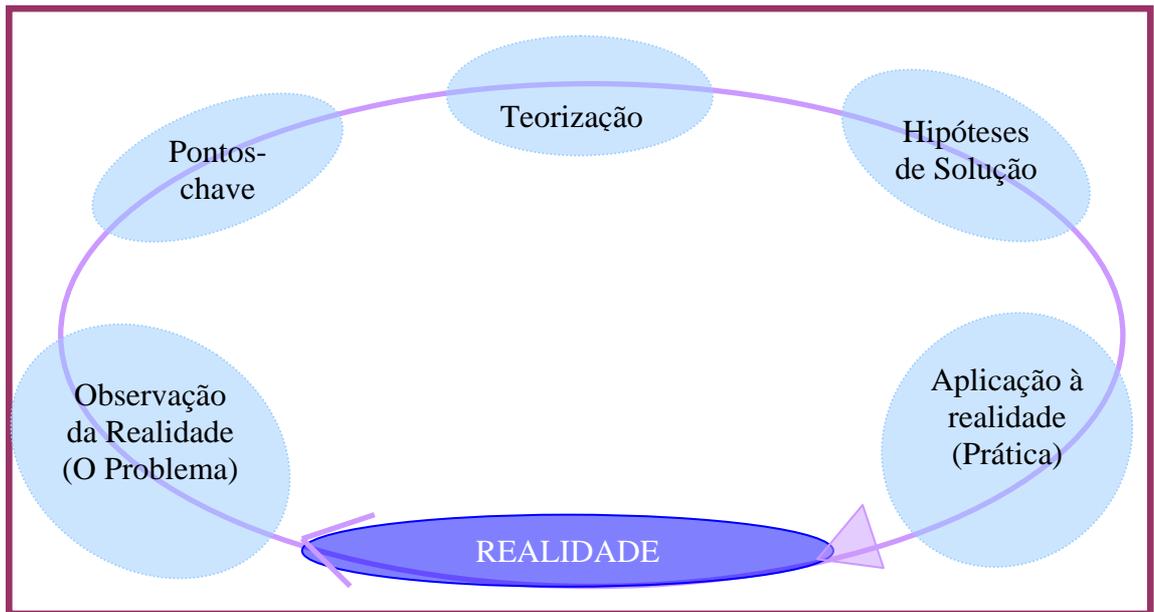
4.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO DA PCA: A OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

a) Estratégias para levantamento das informações, organização e análise

Por esta pesquisa ser do tipo convergente assistencial apresentou como uma de suas particularidades a prerrogativa de que a assistência e a pesquisa permitem uma ancoragem para uma aprendizagem significativa. Segundo as autoras deste método de pesquisa, Trentini e Paim (2004), o assistir e pesquisar são duas atividades diferentes, entretanto, importantes singularmente. São presas ao interesse comum, principalmente, a busca pela potencialização da qualidade da unidade assistencial. Dessa forma, esse entrelaçar exige rigores e a criação de estratégias próprias para que seja possível obter informações, rever o conhecimento profissional já desenvolvido e arraigado e associá-lo aos requisitos da ótica indagante da pesquisa no próprio ambiente assistencial.

Partindo dessa idéia, apresento neste seguimento as estratégias desenvolvidas para realizar a obtenção das informações relevantes e que substanciaram a pesquisa, o que é conceituado por Trentini e Paim (2004) como a fase de perscrutação da PCA. Pode ser entendida como uma forma de organização sistemática das informações. A coleta dos dados foi realizada dentro da linha teórica da educação de Paulo Freire, com uma abordagem crítico-reflexiva, cuja linguagem passa a ser o ponto de ancoragem das estratégias para a obtenção das informações. O resultado dessas estratégias visa à construção de dados, que em congruência, transformaram-se em conhecimentos e na aprendizagem dos sujeitos.

O caminho operacionalizador do processo educativo e da coleta de dados da pesquisa foi a metodologia problematizadora, associada ao Método do Arco de Juan Charles Maguerez. Compreendo que essa combinação entre o pensar pedagógico de Paulo Freire e o Método do Arco da Problematização de Juan Charles Maguerez serviu de estratégia para a coleta de dados desta pesquisa por seu rigor processual. A origem do problema escolhido, para a busca de solução, partiu da realidade. Esta passou a ser fonte de manifestação de vários problemas que, em um processo posterior, retornou a esta mesma realidade evidenciada pelo problema. Entretanto, os sujeitos da pesquisa, ao retornarem à realidade por meio de uma ação, com informações, hipóteses de solução e conhecimentos, buscaram em seu fim alguma transformação dela. O Método do Arco pode ser interpretado como um processo que vai-e-vem, ou seja, entra e sai da realidade na busca processual de hipóteses para solucionar o problema evidenciado nesta mesma realidade. Estes momentos são representados conforme a ilustração a seguir:



Fonte: Bordenave; Pereira, 2004.

Figura 1 - Os cinco momentos do Método do Arco de Maguerez

1º Momento: Observação

Nesta etapa deve-se levar os sujeitos a observarem a realidade com seus próprios olhos. Ao observar a realidade, os alunos expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura da realidade. Realidade esta na qual o tema a ser trabalhado está inserido ou acontecendo na vida real. É o momento em que os sujeitos envolvidos podem olhar atentamente para a realidade na busca de elementos que precisem ser trabalhados, corrigidos ou melhorados. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

Os sujeitos, ao escolherem um aspecto para ser desenvolvido, através da prática da observação da realidade vivenciada, iniciaram uma reflexão buscando identificar quais os possíveis fatores que estão associados no problema, ou seja: por quê existe esse problema identificado na realidade? O que o gerou? Por que eles existem? A partir dessas e de outras reflexões que possam surgir, os sujeitos são levados a definir, a partir dos conhecimentos que possuem naquele momento, alguns pontos que devem ser estudados. Assim a caracterização do que deve ser estudado é a segunda etapa do arco, conhecida como Pontos-chave. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

2º Momento: Pontos-chave

Na segunda etapa, os sujeitos realizam uma seleção do que foi observado. Dividem o

que é realmente importante e o que é superficial ou contingente. Fazem uma identificação dos pontos-chave do problema ou assunto em questão, as variáveis mais determinantes da situação. Esse momento do arco da problematização constitui uma das razões mais importantes para destacar a superioridade dessa pedagogia sobre as de transmissão e condicionamento. Caracteriza-se como uma síntese após a análise inicial que foi feita. É o momento da definição do que vai ser estudado sobre o problema e dos aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos a fim de buscar-se uma resposta para esse problema. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

Após essa discussão, segue a pergunta: *Como vamos estudar?* Este é o momento de escolha da forma como se estudará e onde se buscarão as fontes de informações. A realização do estudo é o próximo passo do arco, denominado de Teorização. (BERBEL, 1999).

3º Momento: Teorização

A teorização é o momento em que os alunos passam a perceber o problema e perguntar o porquê das coisas observadas. Trata-se então de apelar para a busca de conhecimentos científicos contidos no dia-a-dia e outras maneiras simplificadas e fáceis de comprovação. Quando a teorização é bem desenvolvida, o aluno compreende o problema, não somente em suas manifestações empíricas ou situacionais, mas também os princípios teóricos que o explicam. Esse momento de teorização que compreende operações analíticas da inteligência é altamente enriquecedor e permite o crescimento mental dos alunos. Esse é outro motivo que demonstra a superioridade da pedagogia da problematização sobre as de transmissão e condicionamento. Então, é o momento em que se parte para a investigação do estudo a ser realizado, ou seja, dos pontos-chave definidos no 2º momento, com a finalidade de esclarecer o problema. Nesse momento, todos os envolvidos no método devem realizar o estudo, ou seja, as enfermeiras e a pesquisadora (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

Depois de terem realizado o estudo e aprofundado seus conhecimentos, os sujeitos os compararam com o conhecimento inicial e suas percepções, estimulando a revisão de pontos que ficaram mais claros, mais elaborados, ou então, fortalecer aspectos que antes já eram, de forma não muito científica, mas estavam corretos. (BERBEL, 1999). Percebe-se que:

[...] alguns aspectos devem ser mantidos, ou então se realiza a revisão de pontos que antes estavam mais ao nível do senso comum. A revisão é feita pelo estudo aprofundado, técnico, científico, legal, histórico, filosófico e possível às pessoas que estão estudando rever as suas posições e aprofundar conhecimentos, ter uma consciência muito maior daquele problema e de sua influência sobre o meio social (BERBEL, 1999, p. 5).

Assim, a partir do estudo aprofundado pelos sujeitos do processo educativo, com uma bagagem de conteúdo maior, há uma análise e discussão a respeito dos dados levantados, iniciando-se algumas conclusões. A partir desses desdobramentos na teorização, passa-se para o 4º momento do arco, que se constitui na elaboração de hipóteses de solução para o problema investigado.

4º Momento: Hipóteses de Solução

Deve-se cultivar a originalidade e a criatividade na inventiva, para que os sujeitos deixem sua imaginação livre e acostumem-se a pensar de maneira inovadora. Entretanto, como a teoria em geral é muito fértil e não tem amarras situacionais, algumas das hipóteses apresentadas podem apresentar validade, a princípio, porém não na prática. Logo, este momento deve permitir que o sujeito leve a fundo a busca por provas de possibilidades e dificuldades, confrontando suas hipóteses de solução com as limitações da própria realidade. A situação de grupo ajuda essa confrontação “ideal-real”, ou seja, o sujeito usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la.

Portanto, as hipóteses de solução para o problema devem ser regadas de criatividade, pois neste momento devem-se apontar alternativas de solução para o problema estudado a partir da teorização e da reflexão sobre os achados. Esse aprofundamento teórico deve servir como fundamentação das possíveis soluções, que se diferenciem do que já vem sendo realizado. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

Criando-se as hipóteses de solução, parte-se para o 5º momento do arco, a aplicação na realidade.

5º Momento: Aplicação à realidade

Neste momento do arco da problematização, os sujeitos praticaram e fixaram as soluções que o grupo encontrou e considerou mais viáveis e aplicáveis. Aprenderam a aplicar o aprendido para utilização em situações diferentes e a discriminar em que circunstâncias não é possível ou conveniente a aplicação, para assim saber o que escolher. É caracterizado pela prática e ação concreta sobre a mesma realidade de onde o problema surgiu, ou seja, diante dele foi realizado um estudo, investigação e uma discussão abrangente sobre os dados obtidos. Através dessa ação-reflexão, possibilitou-se um retorno à realidade, com ações que proporcionem a transformação em algum grau. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004; BERBEL, 1999).

b) Coleta de dados da pesquisa

A coleta de dados foi realizada junto às enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON, que participaram dos cinco momentos educativos da pesquisa.

Esses momentos tiveram como objetivo proporcionar aos participantes a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e experiências sobre a dor e sua avaliação, de refletirem sobre sua prática, de analisá-la de forma crítica, compreendendo sua dimensão para transformá-la, culminando na identificação das concepções e contribuições deles sobre avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos.

A estratégia utilizada para a coleta de dados foi o Método do Arco da Problematização, de Juan Charles Maguerez, pois apresentou harmonia com os conceitos da PCA e com o referencial de Paulo Freire, principalmente, sobre o educar para a liberdade. Entretanto, a relação dialógica estabelecida dentro de cada momento educativo foi a técnica principal que possibilitou que os dados da pesquisa fossem apreendidos.

Para Bordenave e Pereira (2004), a utilização do arco da problematização permite que os envolvidos nesse processo educativo compreendam o problema evidenciado de forma crítico-reflexiva, através de sua teorização. Esse exercício faz com que se realize uma síntese e a partir dela busquem-se alternativas para a resolução do problema evidenciado, o que tem continuidade na práxis, transformando a realidade.

Para utilizar esse método, o pesquisador precisou estar envolvido com os sujeitos no processo de aprendizagem e estabelecer uma relação em que o diálogo seja o caminho para as descobertas realizadas. O diálogo deve permitir que os sujeitos enfermeiros possam compartilhar experiências e conhecimentos em grupo e assim se sentirem importantes nesse processo. Essa relação necessita ser flexível e dinâmica, estimulando o pensar para o agir e que conduza a uma certa transformação. A criatividade também é peça-chave nessa experiência.

Em todos os momentos educativos, sentiu-se a necessidade de refletir sobre as estratégias utilizadas para estimular o pensamento e o despertar para a criticidade das enfermeiras frente às situações evidenciadas. O exercício de dialogar, criar, criticar, refletir para mudar, respeitando os sujeitos enfermeiros que participaram desta pesquisa, foi uma experiência que gerou transformações na realidade, principalmente, transformações internas nos próprios envolvidos.

A seguir, apresento a descrição da operacionalização dos cinco momentos educativos realizados sob a ótica do arco da problematização.

O 1º Momento Educativo, denominado de “Observação da realidade”, foi o ponto de

partida no desenvolvimento de coleta de dados da PCA. Buscou-se identificar como as enfermeiras avaliam a dor no seu dia-a-dia e qual a sua percepção sobre ela. O tema abordado foi previamente estabelecido pela pesquisadora, porém, por sua dimensão, não limitou a capacidade de participação, o pensar e agir dos sujeitos envolvidos. A observação da realidade possibilitou ao grupo de enfermeiras exteriorizarem as suas experiências e saberes sobre o cuidado ao paciente com câncer e dor e aprofundarem o seu olhar para a realidade. Esse momento foi crucial para estabelecer uma relação dialógica no grupo e um contato mais íntimo com cada um dos sujeitos. A partir da exposição das experiências individuais, cada enfermeira conseguiu compreender melhor o agir da outra frente à dor, evidenciando a diversidade de ações e saberes. Para esse momento foi realizado apenas um encontro.

Após realizar a observação da realidade de trabalhos das enfermeiras sobre a dor, compartilharem seus saberes e conhecerem-se como profissionais, partimos para o 2º Momento Educativo, denominado de “Levantamento de pontos-chave”, entretanto, identificado pela autora deste trabalho como “Levantamento de questões de aprendizagem”. Nesse momento, o grupo buscou identificar os pontos importantes, observados na realidade, para a realização da avaliação da dor. A pesquisadora propôs ao grupo que realizassem perguntas em forma de pontos-chave, ou seja, diante da realidade vivida e observada deveriam questionar o que compreendiam ser importante aprofundar a respeito do tema, pois identificar pontos-chave é uma atividade que permite ao sujeito destacar as principais questões sobre o problema. Para esse momento também foi realizado somente um encontro.

Depois de realizarmos o levantamento de pontos-chave, seguimos para o 3º Momento Educativo, denominado de “Teorização do problema”. Teorizar o problema é realizar um aprofundamento teórico sobre o tema com o intuito de completar conhecimentos já construídos, porém insuficientes. Essa prática possibilitou às enfermeiras fazerem relações da teoria com a sua prática e assim perceberem lacunas que poderiam ser preenchidas. Nesse momento foram realizados três encontros que mediaram, entre as enfermeiras, um processo de aprofundamento no estudo da dor.

Com a teorização alcançada e uma visão diferente e mais ampla sobre o tema da dor, iniciamos o 4º Momento Educativo, a “Formulação de hipóteses”, no qual foram identificadas as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para a avaliação da dor. Esse momento foi realizado em dois encontros.

Dando seqüência ao arco da problematização, seguimos para o 5º Momento Educativo, a “Intervenção na realidade”. Procurou-se levantar as contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer, fazendo-

se um *feedback* de todos os momentos vivenciados, agrupando-se as diferentes possibilidades para a realização da avaliação da dor com maior qualidade.

Para o desenvolvimento dos momentos educativos, foram realizados, no total, nove encontros, que tiveram duração de uma hora e meia, aproximadamente, chegando, em alguns, a duas horas. As atividades dependeram também do progresso e alcance dos objetivos desenvolvidos em cada encontro. A sua realização aconteceu conforme acordo da maioria dos participantes.

Para a operacionalização de cada encontro houve a preocupação em organizá-lo com fundamento no marco referencial adotado. Resgataram-se em todos os momentos de planejamento dos encontros os objetivos da pesquisa e a finalidade de cada momento do arco da problematização. Essa reflexão contribuiu para que o processo de educação no trabalho realizado se tornasse um ambiente de construção e compartilhamento de conhecimentos e experiências, pois as principais responsáveis por esse processo foram as enfermeiras. Estas só participaram ativamente por serem consideradas, em todos os momentos, pelo sujeito educador/pesquisador, como co-responsáveis pelo conhecimento construído.

A valorização do sujeito no processo de aprendizagem no trabalho e a compreensão da importância dele para a transformação da realidade permitiram que os encontros fossem organizados em três atividades:

Primeira atividade (acolhimento): momento dedicado à recepção dos participantes e a um relacionamento mais próximo do grupo. Foram utilizadas em todos os encontros dinâmicas de grupo que resgatassem o pensar em si como pessoas, como integrantes de uma equipe e como enfermeiras. O motivo que levou à escolha desse caminho foi o princípio de que os sujeitos só poderiam alcançar determinado grau de aprendizagem a partir do momento em que se conscientizassem como pessoas, pessoa em relação com outras pessoas e como profissional. Diante de uma pedagogia libertadora, o sujeito em processo de aprendizagem é considerado pelo sujeito educador como um ser humano com crenças, valores, saberes e experiências que podem ser compartilhadas. Desenvolver dinâmicas que possibilitassem aos sujeitos expressar seus sentimentos, olhar para o outro e para dentro de si, foi uma estratégia que permitiu a relação dialógica e o desenvolvimento de um educar para a conscientização.

Segunda atividade (desenvolvimento): momento dos encontros voltado para a aplicação do arco da problematização e o alcance do objetivo de cada etapa (observação da realidade, levantamento de pontos-chave/questões de aprendizagem, hipóteses de solução e aplicação à realidade). Nessa parte dos encontros, o foco principal era estimular a reflexão voltada para a realidade de trabalho do enfermeiro frente à dor e a sua avaliação.

Terceira atividade (reflexão): buscou-se finalizar os encontros reforçando a importância da conscientização do ser enfermeiro frente à dor e sua avaliação, com a leitura de fábulas que possibilitassem esse *feedback* de si e do grupo, assim como uma auto-avaliação sobre o desenrolar dos encontros planejados pelo pesquisador e os próximos a serem realizados.

c) Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados

Para dar seqüência lógica ao processo de levantamento das informações da pesquisa, todos os encontros foram gravados em fita cassete e MP3 e posteriormente transcritos. Ao mesmo tempo um diário de campo foi construído para registrar as idéias e impressões da pesquisadora sobre o grupo, as discussões realizadas, os relatos e os conhecimentos construídos. Todos os registros foram alinhavados com o resgate teórico-metodológico planejado, assim como a análise preliminar das informações alcançadas.

Para reforçar essa ação de preocupação com o registro dos dados, as autoras Trentini e Paim (2004) referem que o diário de campo é um instrumento importante para o registro das experiências vivenciadas, idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, dificuldades, entre outros. As gravações em fitas cassete também podem ser utilizadas para um melhor registro das informações. Para conduzir o processo da construção do saber na pesquisa convergente-assistencial, deve-se realizar um registro minucioso das informações obtidas, que podem ser escritas, fotografadas, filmadas ou gravadas em fita cassete.

Na pesquisa-convergente assistencial (processos assistenciais, gerenciais e/ou educativos), a coleta e análise de dados ocorrem simultaneamente, propiciando aprofundamento gradativo do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. (TRENTINI; PAIM, 2004). Por isso, a fase de coleta e análise dos dados iniciou concomitantemente com os encontros e continuou até o 5º momento educativo.

À medida que os registros foram realizados, os dados foram organizados e analisados sob um primeiro olhar. A reflexão aprofundou-se à proporção que as informações tomaram a forma da pesquisa, fazendo a relação com o marco conceitual de Paulo Freire. O aprofundamento da análise dos dados aconteceu em momentos distintos e seqüenciais. Conforme Morse e Field apud Trentine e Paim (2004), a análise de dados desenvolve-se em quatro processos, como em qualquer pesquisa qualitativa: apreensão, síntese, teorização e transferência. Esses processos possibilitam o melhor aproveitamento dos dados coletados na pesquisa convergente-assistencial. Para Trentine e Paim (2004), nessa pesquisa a investigação

acontece sobre os fenômenos do contexto da assistência de enfermagem. São fenômenos complexos e multifacetados que incluem dimensões humanas e tecnológicas.

Assim, apresento, a seguir, a descrição de cada fase de análise de dados utilizados nesta pesquisa:

1) O processo de *apreensão* dos dados: os dados foram organizados, inicialmente, no próprio diário de campo seguindo estas informações: número de participantes, número de encontros, as anotações das idéias dos sujeitos participantes e os registros das ações educativas desenvolvidas perante a experiência da pesquisa. Após a realização de cada encontro, a pesquisadora transcrevia as fitas e, ao escrever no diário de campo, já introduzia uma análise inicial da prática realizada focalizando a descrição de dados subjetivos percebidos pela pesquisadora.

Foram registradas as associações, que ocorreram durante a coleta de dados, entre o observado e vivido com o marco conceitual e a metodologia estruturada para a coleta dos dados, pois nessa combinação a associação de pensamentos e idéias destes com o objetivo da pesquisa não permitiu uma dissociação. Pensa-se em um complementando o outro e por isso requer aproximação concomitante em sua aplicação.

Todas as atitudes de dialogar e agir observadas e realizadas durante cada encontro da prática educativa foram descritas detalhadamente, assim como todos os acontecimentos relevantes. O diário de campo (Apêndice B) foi o berço dos registros de todas essas informações para a análise dos dados, por ter sido organizado em ordem cronológica de acontecimentos. Essa fase foi concluída quando os dados levantados e os conhecimentos desenvolvidos foram suficientes para fazer um relato completo e detalhado das informações coletadas. Após a coleta final de dados no diário de campo, os dados brutos foram destacados em negrito, realizando-se uma síntese a fim de aprofundar a análise e permitir melhor visualização da rede de relações entre a teoria e a prática realizada. A organização dos dados coletados foi uma estratégia fundamental para viabilizar uma análise mais consistente das informações neles contidas.

2) O processo de *síntese*: nesta fase os dados foram examinados fazendo-se associações e buscando-se variações das informações encontradas no processo de apreensão. Para isso, foi realizada uma categorização dessas informações, que permitiram identificar as expressões com características relacionáveis. Desta categorização foi possível identificar três categorias: 1) Significados da Dor; 2) Forma de Avaliação da Dor praticada pelas enfermeiras; 3) Possibilidades de Cuidado para a avaliação da dor. Estas categorias foram construídas tendo como fundamento o objetivo proposto na pesquisa.

Ao fazer-se esse processo, foi necessário realizar um retorno a todas as informações registradas, para resgatar idéias construídas, atitudes e ações observadas e realizadas. Foi um exercício de vai-e-vem, sendo crucial o planejamento do tempo para poder mergulhar na compreensão dos dados coletados e fazer a relação da teoria com a metodologia da pesquisa. Os momentos de reflexão despendidos para a pesquisa foram uma necessidade, contudo, exigiram disciplina, concentração e um profundo trabalho intelectual, e, em alguns momentos, isso não foi conseguido tão facilmente.

Morse e Field apud Trentini e Paim (2004) pensam que somente consegue-se concluir a análise quando o pesquisador apresenta domínio do tema de investigação e sintetiza todo o ambiente e trabalho realizado. Ao realizar a releitura de todas as informações apreendidas foi possível observar semelhanças e, assim, construir códigos que destacassem o principal enfoque da dimensão das reflexões que o grupo de enfermeiras alcançou em relação à avaliação da dor, demandando um maior aprofundamento de interpretação. Para destacar os códigos identificados e facilitar a compreensão e organização deles, a pesquisadora colocou em negrito e transportou-os para a tabela de síntese dos dados. Terminando-se essa etapa, partiu-se para a fase de teorização.

3) O processo de *teorização*: alcançando-se o domínio das informações e processo de síntese e seu agrupamento em categorias desenvolveu-se um desenho teórico que possibilitou definir conceitos e as relações entre eles de forma mais detalhada. Para isso foi necessário “ir” à fundamentação teórico-metodológica de educação no trabalho e à pedagogia problematizadora de Paulo Freire, propostas na pesquisa para poder “vir” ao encontro da formulação de pressupostos e indagações, transformando esse “vai-e-vem” em um difícil “quebra-cabeça”.

Reforçando essa idéia Morse e Field apud Trentini e Paim (2004) entendem a teorização como um processo de especulação, de verificação, de seleção, de revisão, de rejeição e de descobertas de informações relevantes. Informações que possam servir de alicerce na construção de novos conceitos, definições e inter-relações e, assim, finalizar o estudo. Por fim, a prática dessa etapa da interpretação dos dados possibilitou analisar três categorias.

4) O processo de *transferência*: é a última etapa do processo de interpretação dos dados da PCA, objetivou desafiar o pesquisador a dar significados a suas descobertas por meio das fases de apreensão, síntese e teorização, como um “arremate”. Conforme Trentini e Paim (2004) é um último aprofundamento das informações levantadas para que sejam contextualizadas, porém sem generalizações, e socializadas, evidenciando duas classes de

resultados: um primeiro relacionado ao problema da pesquisa e um segundo, a ampliação do resultado em processo, desvelando a convergência da pesquisa para a qualidade da assistência de enfermagem desenvolvida. Descrevem-se os resultados desenhados ao findar a análise dos dados, revelando as concepções e contribuições das enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a dor do paciente com câncer e as possibilidades de realizar a sua avaliação. A contextualização foi reforçada durante todo o desenvolvimento da pesquisa com a investigação e comparação de estudos relacionados ao tema, intensificando o pensar e enriquecendo a construção e análise dos dados.

CAPÍTULO 5 - A EXPERIÊNCIA DE PROBLEMATIZAR A AVALIAÇÃO DA DOR DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo contempla a descrição da pesquisa reflexivo-educativa proposta neste trabalho. A descrição acontece na ordem dos momentos educativos, conforme a metodologia e a partir dos encontros com as enfermeiras.

O desenvolvimento da pesquisa iniciou através do contato com o chefe do serviço da unidade de cuidados paliativos para programar a apresentação do projeto de pesquisa. Pensou-se na possibilidade de apresentá-lo na reunião científica da equipe multidisciplinar que acontece todas as terças-feiras pela manhã. Então, após contato, a apresentação foi agendada para o dia 9 de outubro de 2007.

Para realizar a apresentação do projeto de pesquisa na unidade de aplicação foi elaborada uma síntese em *PowerPoint* e uma carta-convite foi distribuída as enfermeiras, convidando-as a participar da pesquisa. Junto à carta havia um calendário para escolha dos melhores dias para os encontros e a disponibilidade de horário, assim como orientações sobre o objetivo do trabalho, a escolha das datas para os encontros e um apelido de sua preferência para sua identificação. Nesse dia estavam presentes: três enfermeiros assistenciais, três médicos do serviço, uma médica residente, a assistente social, a farmacêutica, a nutricionista, a enfermeira e dois técnicos do programa de internação domiciliar

Antes da apresentação, a ansiedade pairou por alguns instantes, mas com o passar do tempo foi diminuindo. Entretanto, permaneciam as dúvidas quanto à receptividade do trabalho apresentado e ao significado que ele estaria sendo formado no silêncio de cada um durante a apresentação. Muitos olhares atentos, alguns dispersos, mas que ao final resultou em uma discussão sobre o resgate do trabalho da equipe multiprofissional e a importância de desenvolvimento de trabalhos a partir da prática na unidade.

Esse resgate surgiu da preocupação, como enfermeira da unidade, e de minha preocupação com a estagnação causada pelo trabalho repetitivo e acrítico. Ressaltou-se na apresentação a importância da equipe resgatar a capacidade crítica sobre o fazer enquanto equipe multidisciplinar, inclusive na avaliação da dor.

Após a apresentação, perguntou-se aos participantes se gostariam de fazer alguma consideração. A primeira consideração partiu de uma das médicas que idealizou o serviço de cuidados paliativos da instituição. Ela apontou ser esta proposta de pesquisa audaciosa e que desejaria a possibilidade dos resultados serem aplicados. Ainda ressaltou que o serviço

realmente está precisando desta iniciativa. A segunda colaboração partiu da farmacêutica. Sua dúvida voltou-se para a aplicação da metodologia e o tempo para a sua realização. Imediatamente foi esclarecido o objetivo da pesquisa para que não houvesse dúvida. Destacou-se que a pesquisa poderia prolongar-se para o próximo ano, visto que há necessidade de realizar encontros com os enfermeiros. Depois de esclarecida a dúvida, a profissional reforçou a importância do trabalho e o significado que teria para a equipe multidisciplinar e para a enfermagem.

Terminando as contribuições, distribuiu-se para cada enfermeiro uma carta-convite para a participação na pesquisa (Apêndice C). O grupo mostrou-se receptivo e interessado em participar da atividade, apesar de saber que os encontros iniciariam em um momento delicado pelo qual a instituição vinha passando e que poderia piorar, devido a sua mudança de forma de gestão jurídica. A espera por decisões, entre elas, demissões, criou um clima desagradável, inseguro, desmotivador e de tristeza a toda a equipe de profissionais. Entretanto, mesmo sob essa pressão, as enfermeiras demonstraram ter vontade de participar dos momentos educativos.

Como as enfermeiras da unidade trabalham em esquema de plantão e eu, na época, em plantão noturno, meu contato com elas tornou-se um pouco distante. Percebi que seria necessário entrar em contato por telefone e *e-mail*, para poder agendar o primeiro encontro. Uma primeira proposta foi lançada para o dia 14 de outubro às 18 horas. Então, a partir dessa primeira sugestão iniciei os contatos com as outras colegas. Após conversar com as enfermeiras, o primeiro momento educativo foi agendado (Apêndice D).

5.1 DESENVOLVENDO A PROPOSTA DA PESQUISA

1º Momento Educativo: Observando a realidade, resgatando o passado e avaliando o presente sobre a avaliação da dor.

1º Encontro

Participaram do primeiro encontro seis enfermeiras da unidade de cuidados paliativos, de todos os turnos. A atividade foi agendada para as 18h. Aos poucos, uma a uma foram chegando e iniciamos nossa atividade às 18h30min. Iniciei a atividade desejando boas vindas a todas e agradecendo as presenças. Foi orientado que durante todos os encontros um lanche

estaria à disposição para que todas pudessem aproveitar.

Foi distribuída a todas as participantes uma pasta personalizada contendo um resumo da proposta do trabalho (Apêndice E) especificação do título, objetivo geral, referencial teórico e a metodologia empregada; uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, papéis e uma caneta azul para anotações.

Como nem todas as participantes acompanharam a apresentação oficial do projeto, resgatou-se, através de uma leitura, o objetivo do trabalho, contido no resumo elaborado. Em seguida, esclareceu-se sobre sua participação no trabalho e a importância de reforçarem-se as questões éticas envolvidas em uma pesquisa. Após os esclarecimentos, realizou-se a leitura do consentimento e a assinatura, conforme a vontade das participantes. Uma cópia ficou com elas e outra com a pesquisadora. Junto a essa questão ressaltai para todas que as atividades seriam gravadas em fita cassete e MP3, para posterior registro e transcrição dos dados, e que em nenhum momento elas seriam identificadas pelo nome nos registros. Por isso, elas seriam identificadas com um nome simbólico (apelido) para diferenciar cada fala.

Aproveitando o esclarecimento, ao falarem sobre o apelido, também questionaram sobre o tema do apelido. Como uma das participantes já havia exposto a sua preferência, a partir de sua escolha, imaginei que seria interessante propor apelidos de fenômenos da natureza. Então, fiz uma lista de todos os fenômenos que me vieram em mente.

Essa primeira aproximação com o grupo possibilitou perceber o quanto as enfermeiras precisavam desse momento juntas, de um momento de resgate da consciência como seres humanos e profissionais, da importância de sua existência e de seu trabalho, da necessidade de refletir sobre o agir, tendo o diálogo como o mediador para essas possibilidades. Além disso, penso que a pesquisa convergente assistencial permite ao pesquisador, sujeito do ambiente pesquisado, estabelecer uma relação mais aberta e menos intimidatória, facilitando o desenvolvimento da pesquisa.

Após as orientações gerais sobre o trabalho e o esclarecimento de dúvidas, parti para a primeira atividade do encontro. Iniciei essa atividade com a dinâmica de grupo “O melhor de mim”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 11). Essa dinâmica trouxe como objetivo proporcionar aos participantes estabelecer empatia, realizar sua auto-avaliação e projetar sua auto-imagem, utilizando criatividade e recursos lúdicos, socializando com os demais sujeitos o melhor de si. O material utilizado foi colocado à disposição dos participantes. Orientei-as a criar um cartaz, utilizando todos os recursos, que as retratassem ou representassem. Deveriam colocar no cartaz “O melhor de vocês” e “quem é você”. Ao concluírem sua criação, fizemos uma roda no chão, todas sentaram em almofadas e iniciamos as apresentações. Cada uma,

espontaneamente, relatou ao grupo o apelido que escolheu e o melhor de si.

Durante os relatos percebi que o grupo demonstrou um pouco de apreensão, inicialmente, mas ao ouvirem suas colegas, demonstraram relaxamento e ficaram à vontade para exporem seus sentimentos. Era visível a presença da desmotivação no dia-a-dia de trabalho e o quanto estavam preocupadas com o seu futuro, dos colegas e da instituição. Isso me fez respirar fundo, surgiu um “frio na barriga”, ao perceber que o meu trabalho seria triplicado, pois teria que agir como uma balança, sem deixar que um lado pendesse mais que o outro. Mas também senti que o meu trabalho chegou em uma hora propícia para oportunizar às colegas uma parada para uma reflexão de si mesma e do seu contexto de trabalho.

Nas apresentações de si, relataram características pessoais importantes e pouco conhecidas pelo grupo. Foram relatos de sentimentos pessoais e profissionais, os quais permitiram no grupo de enfermeiras um despertar para a curiosidade sobre o agir do outro fora e no local de trabalho, analisar como o outro pensa e age. Compreender que fazem parte de um grupo de pessoas heterogêneas e de profissionais heterogêneos e que essa característica não as classifica como melhor ou pior, mas sim diferentes culturalmente, foi uma atividade de reconhecimento do outro através do diálogo, da observação e reflexão.

No decorrer dessa atividade, ao observar o comportamento de minhas colegas, quase chorei, pois lembrei dos muitos momentos em que houve desavença e que poderia ter sido evitada se nos conhecêssemos mais, dialogássemos mais e julgássemos menos. Talvez nos compreendêssemos e trabalharíamos melhor. Essa reflexão reforçou minha vontade de dar continuidade a essa prática e tentar achar mais alternativas que estimulassem a participação das enfermeiras e resgatar o melhor delas sobre sua prática na assistência à dor.

Ao estarem mais a vontade no ambiente e conhecerem um pouco mais sobre cada colega enfermeira, evolui para a próxima atividade do encontro, a observação da realidade. Nessa atividade, as enfermeiras, ao serem estimuladas a olhar para a sua realidade de trabalho, destacaram a forma como avaliam a dor e qual a percepção delas sobre esse fenômeno. A reflexão foi realizada a partir da ideia de que as enfermeiras estão inseridas dentro de um contexto histórico, que foi construído através dos tempos. Dessa forma, as enfermeiras foram orientadas a resgatar sua história profissional e fazer uma aproximação com a realidade. As enfermeiras, ao fazerem esse resgate, evidenciaram em seus relatos que o fenômeno dor é regado a sofrimento; sofrimento que não se caracteriza apenas pelo lado físico, mas também pela compreensão do contexto psicossocial.

Podemos perceber isso nos depoimentos abaixo:

significado da dor: a palavra dor para mim lembra uma coisa angustiante, que

sufoca. Acho que todos nós já sentimos alguma dor, seja ela sentimental ou física e realmente é uma coisa muito angustiante, pois lembra a morte, sufocamento.

significado de dor: (...) *é essa coisa do todo e não como um órgão que está doendo e sim uma pessoa que está sentindo dor. Estar sempre fazendo o possível para **amenizar esse sofrimento**. A dor é para mim uma coisa muito sofrida.* (Águas Termais)

Considero esse momento o primeiro contato do grupo com a sua realidade de trabalho. Representa a primeira reflexão das enfermeiras sobre o seu agir no avaliar a dor. Na pesquisa convergente-assistencial, assim como nas idéias de Freire, a observação da realidade acontece em todos os momentos da reflexão, pois é a partir dela que emergem os pontos relevantes e frágeis de um problema da realidade que necessita de soluções. Em todos os relatos percebe-se que a dor é considerada como algo angustiante e sofrido. Cada uma age na perspectiva de avaliar a dor de forma diferente e sem um caminho preestabelecido. Avaliam a dor do paciente conforme aquilo em que acreditam que possa contribuir para aliviar o sofrimento dele. Ao falarem demonstraram estar sentindo aquela dor, reportando-a para a sua vida pessoal e fazendo refletirem sobre si mesmas como pessoas.

Compreendem que a avaliação da dor vai além de dar analgésicos, envolve a capacidade de compreender o sofrimento do outro, estar junto, “acalantar”.

Minha primeira impressão desse momento foi que cada uma agia conforme seus instintos. Em nenhum momento relataram ter uma forma específica de avaliação ou orientação prévia para isso. Aprenderam no dia-a-dia, sozinhas e sem possibilidade de dialogar entre si, como pessoas e como profissionais.

Finalizando-se essa primeira discussão alcançou-se a percepção de que a avaliação da dor desenvolve-se de forma assistemática, associada à própria dificuldade encontrada pelas enfermeiras para a sua realização. Isso é representado na figura a seguir:

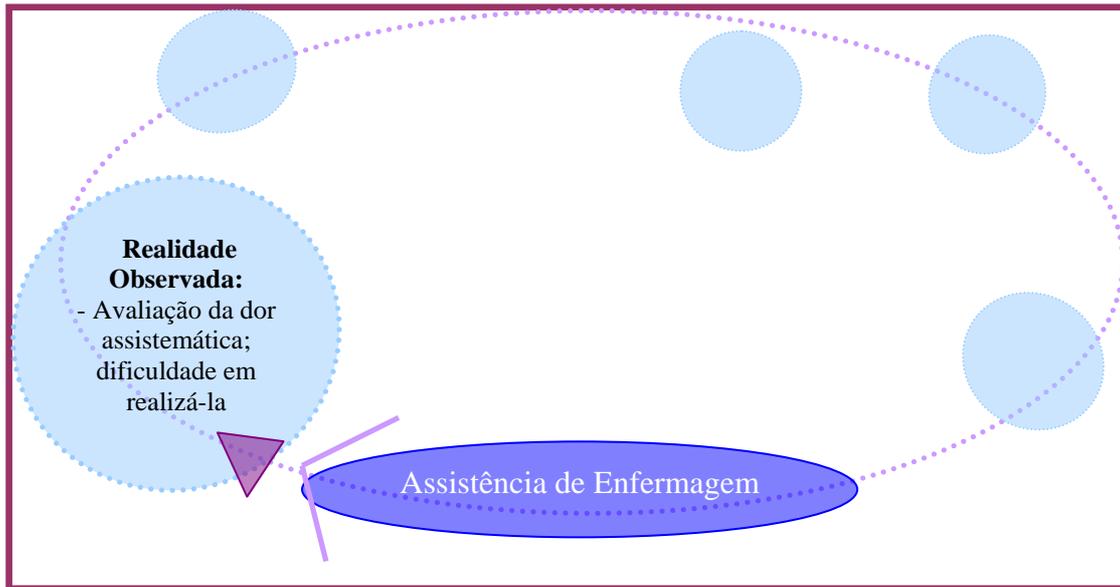


Figura 2 - Arco da problematização em construção. Resultado da Observação da Realidade feita pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON. Florianópolis/SC.

Esse primeiro exercício de ir e vir, para dentro e para fora, evidenciou a importância dessa pesquisa reflexivo-dialógica. Reforça a proposta de educação no trabalho e as idéias de Paulo Freire sobre o processo de mudança e a busca pela liberdade através da valorização do sujeito nesse processo. Penso que os sujeitos só conseguem refletir e agir a partir do momento em que são considerados como agentes e não meros expectadores. Esta expectativa é reportada nas próprias falas dos sujeitos:

*quem é você no final desses encontros? Quem seremos? É o profissional? É a pessoa? Quem será o Luar no final deste momento? Que raio de luar vai brilhar mais intensamente? (...) é como se fosse uma **cortina**, porque eu acho que esses momentos vão ser um descortinar, um abrir para ver a luz da lua entrando em nós, praticamente é desse jeito que eu imagino, nós nos descortinando, abrindo, não só o tema do trabalho, mas a gente sentando mais, se reconhecendo, acho que é por aí a minha expectativa, é o que eu acho que vai ser bom. (Luar)*

(...) eu acho que muita coisa brilhou e muita coisa vai brilhar nesses encontros. (Raio de sol)

a gente vai aprender, descobrir o que a gente não sabe. (Outono)

O encontro foi finalizado com uma atividade reflexiva sobre o significado do encontro. Realizei a leitura de uma fábula denominada “O elefante branco”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 135). Essa fábula foi escolhida por representar exatamente como somos ao avaliarmos qualquer coisa, inclusive, as percepções dos outros sobre determinados

eventos, como um indivíduo com dor.

Assim, o recado final voltou-se para a compreensão de que:

quanto menos parcial for nossa percepção da realidade, mais chance tem de nos aproximar do todo e melhor entendermos a realidade à nossa volta. E, ainda, se não formos flexíveis, e procurarmos entender as razões do outro, não poderemos rever as nossas percepções e chegar a novos aprendizados. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 135).

Pensando na questão da avaliação da dor, a percepção parcial do enfermeiro dificulta observar a realidade com maior sensibilidade, principalmente, quando somos inflexíveis e não sabemos como compreender as dimensões da dor do outro.

2º Momento Educativo: levantando questões para a aprendizagem a serem aprofundadas sobre a avaliação da dor

2º Encontro

O segundo momento educativo, denominado por mim de “Levantando questões para a aprendizagem”, foi desenvolvido no dia 24 de outubro de 2007. Nesse dia, participaram cinco enfermeiras: Águas Termais, Pôr-do-sol, Raio de sol, Arco-íris e Outono. Dei continuidade à essência do encontro anterior, utilizando outra dinâmica que trabalha com a questão da valorização pessoal e a interação. A primeira atividade desse encontro foi o desenvolvimento da dinâmica *Assumindo Papéis* (BARRETO, 2003, P.121). Procurou-se fazer com que cada enfermeira assumisse o papel da pessoa que sorteou e as outras enfermeiras deveriam adivinhar quem era a pessoa que estava sendo representada. A dinâmica proporcionou ao grupo: liberdade de expressão; o despertar da sensibilidade; uma forma de relaxamento e de conviver e interagir em grupo; a interação e integração do grupo; estimular a criatividade e a capacidade de comunicação e de assumir o papel do outro, viabilizando o conhecimento do próprio grupo. A oportunidade de parar e pensar no colega foi uma atividade importante. Observei que cada uma procurou, em seu personagem, coisas boas, ou seja, características peculiares positivas. Nada de fluidos negativos. Trouxe relaxamento, descontração e favoreceu a integração do grupo. Esse momento foi o suficiente para eu compreender que preocupar-se com os profissionais também faz parte da educação, pois são seres humanos e em muitos momentos dos trabalhos acadêmicos são esquecidos. Percebi como é imperativo realizar educação no trabalho com um foco que se volte para a valorização do indivíduo como alguém capaz de refletir sobre sua realidade.

Continuando a programação do dia, seguimos para o desenvolvimento da segunda

atividade do encontro, ou seja, a identificação dos pontos importantes da realidade observada, representada pela prática da avaliação da dor pelos enfermeiros nos cuidados paliativos. Como dinâmica de desenvolvimento de reflexão, solicitou-se às enfermeiras o resgate do encontro passado sobre os significados, em que elas expressaram e dialogaram sobre a dor e as formas de sua avaliação. Essa volta ao encontro anterior permitiu às enfermeiras uma nova reflexão, porém fundamentada nas dificuldades encontradas no processo de avaliação da dor. Desta forma, utilizando-se de um *flipchart*, foram escritas questões que o grupo levantou relacionadas à forma como avaliam a dor e como percebiam ser importante e necessário aprofundar essa avaliação.

Assim, os pontos-chave evidenciados foram transformados em questões de aprendizagem, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 2 - Questões de Aprendizagem formuladas pelas enfermeiras sobre a avaliação da dor no segundo momento educativo

<p><i>A angústia pode causar ou vir a aumentar a dor?</i></p> <p><i>Será que o medo do paciente em ficar 'viciado' em morfina o impede por vezes de solicitar reforços?</i></p> <p><i>Como, o que fazer, quando a gente percebe que a presença de determinado familiar 'causa, provoca, aumenta' a dor do paciente?</i></p> <p><i>O 'presenciar' a dor, o sofrimento do paciente que está no leito ao lado e/ou frente, pode piorar a dor do paciente? (Instalando medo de que depois será ele, com ele?)</i></p> <p><i>O que é dor (definição técnica) e a realidade encontrada?</i></p> <p><i>O que devo fazer na primeira avaliação da dor? Quais os passos?</i></p> <p><i>Quais os passos para o alívio da dor?</i></p> <p><i>Até que ponto a psicologia poderia ajudar na dor 'Total pain'? Quando seguir um rodízio de opióide?</i></p> <p><i>Qual a dose de cálculo para conversão de opióides? (Embora não seja a enfermagem responsável.)</i></p>	<p><i>O que é 'Total pain'?</i></p> <p><i>Quais as escalas existentes? Como avaliar a frequência? Quais são os tipos de dor?</i></p> <p><i>Qual a importância da participação das pessoas mais próximas ao paciente no controle de dor?</i></p> <p><i>Qual a importância do controle da dosagem de analgesia nas primeiras 24 horas?</i></p> <p><i>A formação do vínculo de confiança é importante para o controle da dor?</i></p> <p><i>A angústia está sempre relacionada à dor?</i></p> <p><i>Que movimentos o paciente não-contactuante faz que pode caracterizar dor?</i></p> <p><i>Qual o método correto de não deixar o paciente com dor?</i></p> <p><i>A sedação tira a dor do paciente?</i></p> <p><i>Quais as legislações que regulamentam o controle da dor?</i></p> <p><i>Quais os outros tipos de analgesia existem?</i></p>
--	---

Durante esse levantamento, o grupo ainda discutiu outras questões para além de pensar nos pontos-chave; questões que influenciam em seu desempenho profissional, em suas crenças e valores e na instituição. A principal queixa é de que não há preocupação com as

“dores” do profissional que cuida. Isso é perceptível nos depoimentos a seguir:

eu acho que a gente tem uma dor emocional porque a gente estuda e se prepara para a vida, para salvar... e na maioria das vezes a gente não consegue. (Raio de sol)

eu penso também que a gente deveria ter um acompanhamento psicológico. Nem precisava ser acompanhamento psicológico, mas eu acho assim... um acompanhamento com toda a equipe. Pode ser o Terapeuta Ocupacional.... Trabalhar com todo mundo! (Águas Termais)

Essas questões fizeram-me refletir no quanto este e outros profissionais, desta instituição, precisam de educação, atenção e, principalmente, cuidado. Essa prática voltou-se também para essa questão e continuei a pensar que quem educa também cuida. Permitir ao outro refletir sobre sua própria realidade é o ponto-chave para quem quer trabalhar com uma educação libertadora, como afirma Paulo Freire. É possível perceber, com esse pensar, como a importância da valorização do trabalhador como sujeito da prática estimula a sua capacidade de refletir sobre sua ação, seja ela no coletivo ou em sua individualidade. As enfermeiras foram capazes, coletivamente, de exporem suas idéias e fazerem uma reflexão sobre a realidade vivenciada.

O desfechamento desse encontro foi realizado com a leitura da fábula “O passarinho”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 125). Falei ao grupo que a mensagem convergia para as nossas discussões e que eu estava muito contente com a participação de todas. Reforcei que o trabalho só estava tendo sentido porque todas estavam participando e queriam fazer isso. A mensagem da fábula dizia o seguinte:

Quantas vezes ficamos reclamando, acusando e dando desculpas, querendo que as coisas nos aconteçam prontas, sem que façamos nenhum esforço para obtê-las! A verdade é que, muitas vezes, grandes realizações são iniciadas pelas pequenas coisas, que estão ao nosso alcance, que dependem de nós, que estão em nossas mãos. Por isso, para realizar, não é preciso esperar por estímulos e orientações que venham de ‘cima’... É agir, ter iniciativa, acreditar! (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, 126).

Esses momentos educativos, com o passar do tempo, ficaram mais claros e fazendo mais sentido. Percebi que esses momentos transformaram-se em espaços de discussão, criação, reflexão e ação, em um determinado tempo histórico da vida dos sujeitos envolvidos. Os encontros são os espaços para o desenvolvimento de ações e do ato de encontrar-se. Para mim, este “encontrar-se” pode ser representado pelo encontrar-se com os outros ou a si mesmo. Foi uma oportunidade de tomar consciência de si e do mundo, de estabelecer

vínculos, e assim aconteceu. Nesses encontros, as atividades estimularam os sujeitos a serem mais ativos, expressando-se nas formas de viver e na forma de agir, após encontrar-se e conscientizar-se. Para trabalhar com uma educação libertadora, é imperativo proporcionar o encontrar-se; conscientizar-se a partir da práxis.

Além disso, foi feita uma rápida avaliação com o grupo sobre os dois encontros, o que apontou o fortalecimento delas como grupo, conforme a fala a seguir:

é uma forma de a gente estar se encontrando, para aprender novas coisas. Além do aprendizado, e principalmente, para estar se relacionando. Nós somos novas aqui e essa forma de a gente estar aqui se preocupando em se relacionar, para conviver juntas, é uma forma de a pessoa estar querendo melhorar muitas coisas. Eu acho assim, é bem importante para a formação do vínculo, para o trabalho fluir melhor. Isso vai dar um diferencial para o nosso trabalho gigantesco! A vontade de querer se unir. Nossa! Nós estamos com oitenta por cento das enfermeiras aqui. Acho que isso já é riquíssimo. Se propor a trabalhar junto.
(Águas Termais)

Como resultado desse momento educativo, a partir das questões de aprendizagem levantadas que contribuíram para potencializar a avaliação da dor pelas enfermeiras, foram resumidamente destacados, na figura a seguir, os pontos relevantes e representativos das questões levantadas:

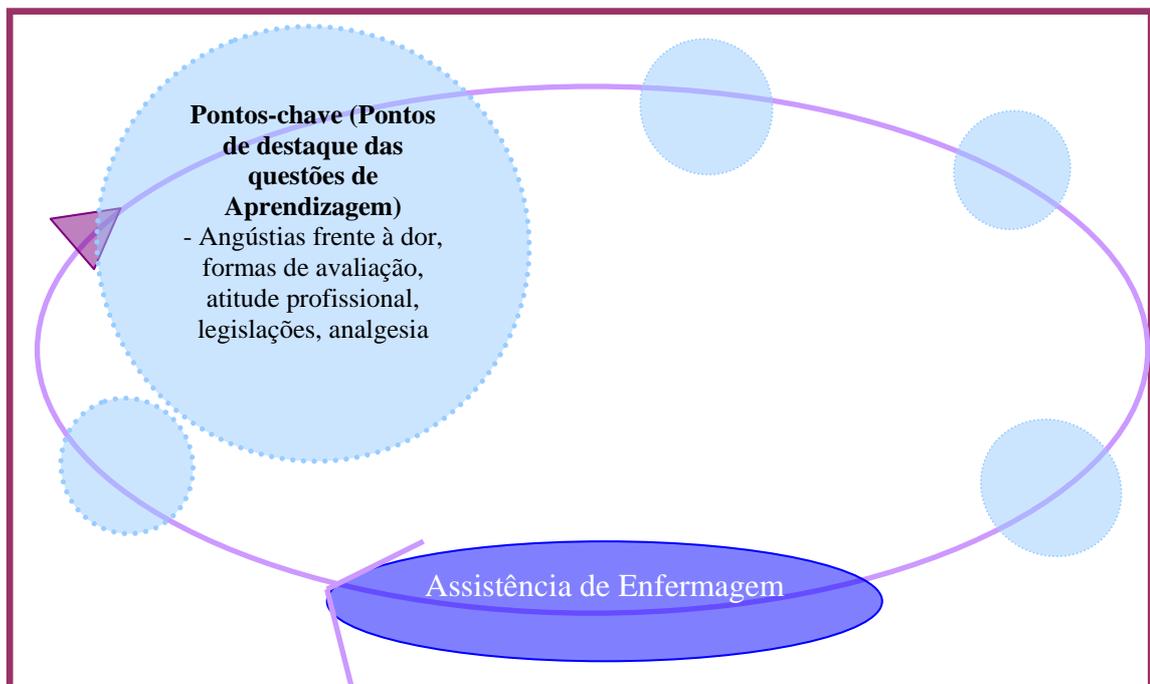


Figura 3 - Arco da problematização em construção. Resultado do levantamento das questões de aprendizagem feita pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON. Florianópolis/SC.

3º Momento Educativo: teorizando as questões de aprendizagem levantadas

O terceiro momento educativo, caracterizado como “Teorizando as questões de aprendizagem levantadas”, desdobrou-se em três encontros consecutivos. Foram realizados nos dias 31 de outubro, 7 e 21 de novembro de 2007. Esses encontros tiveram como foco principal estimular o aprofundamento das questões de aprendizagem e a reflexão sobre a importância da prática de avaliação da dor pelos enfermeiros.

3º Encontro:

Esse encontro foi realizado no dia 31 outubro de 2007. Participaram dele Outono, Pôr-do-sol, Arco-íris e Luar. A primeira atividade foi desenvolvida por um dos sujeitos da pesquisa, como combinado no encontro passado. Ficou estabelecido que a participante “Outono” ficaria responsável por realizar a primeira atividade do encontro com uma dinâmica que ela já havia aplicado com um grupo de colegas em seu trabalho anterior. Em sua experiência verificou que essa dinâmica mostrou aos colegas detalhes “do outro”, que o dia-a-dia não nos permite enxergar. Outono explicou que a técnica foi desenvolvida por ela como enfermeira de um centro cirúrgico, junto a um grupo de trabalho. Pelas dificuldades encontradas com seus colegas, pensou em uma atividade que resgatasse a percepção do outro através da sensibilidade e do toque, sem se deixar influenciar pelo olhar.

Todas as participantes realizaram a atividade, inclusive a pesquisadora. Foi uma experiência muito boa e que possibilitou a integração do grupo de trabalho ainda mais. Percebi como o nosso dia-a-dia nos faz perder a sensibilidade pelo outro. Essa impressão ficou clara para todas.

Seguindo para a segunda atividade, partimos para a discussão do grupo, ou seja, a teorização das questões de aprendizagem levantadas no encontro passado. Para essa atividade, distribuí material teórico para as participantes, com o propósito de que realizassem uma leitura e aprofundamento das questões de aprendizagem e discutissem nos próximos encontros.

As discussões iniciaram com as idéias de Águas Termais. Em sua apresentação, levantou os pontos que mais chamaram sua atenção, relacionados às questões que deveria refletir. Aos poucos, as questões foram discutidas conforme o foco. O grupo refletiu de forma a tentar esgotar suas dúvidas, que eram infinitas. A responsável pelas leituras iniciou a exposição dos pontos importantes do texto, na tentativa de refletir e buscar resposta para as questões de aprendizagem. Em conjunto, os outros participantes contribuíram com

conhecimentos e experiência profissional. Assim, as discussões envolveram os seguintes destaques: o conceito de “Total pain”, a história dos cuidados paliativos, tipos de dor (nociceptiva, somática, visceral, neuropática), termos sobre dor (alodinia, hiperalgesia), a importância das pessoas próximas ao paciente, internação domiciliar, o ambiente hospitalar e o cuidado humanizado.

Então, a partir das primeiras discussões e questões de aprendizagem, foi possível verificar nos significados que a dor apresenta diferentes dimensões, assim como o processo de sua avaliação. Essas dimensões foram esquematizadas, pelo grupo junto com a pesquisadora, e foram representadas em três dimensões: biológica, psicológica e social, conforme o quadro a seguir:

Quadro 3 - Distribuição das Questões de Aprendizagem conforme a dimensão da dor

Dimensão Biológica	
<i>O que é dor (definição técnica) e qual a realidade encontrada?</i>	<i>Qual o método correto de não deixar o paciente com dor?</i>
<i>O que devo fazer na primeira avaliação da dor? Quais os passos?</i>	<i>Quais os passos para o alívio da dor?</i>
<i>O que é ‘Total pain’?</i>	<i>Quando seguir um rodízio de opióide?</i>
<i>Quais as escalas existentes? Como avaliar a frequência? Quais são os tipos de dor?</i>	<i>Qual a dose de cálculo para conversão de opióides (Embora não seja a enfermagem responsável.)</i>
<i>Qual a importância do controle da dosagem de analgesia nas primeiras 24 horas?</i>	<i>A sedação tira a dor do paciente?</i>
<i>Que movimentos o paciente não-contactante faz que pode caracterizar dor?</i>	<i>Quais as legislações que regulamentam o controle da dor?</i>
	<i>Quais outros tipos de analgesia existem?</i>
Dimensão Psicológica	
<i>A angústia pode causar ou vir a aumentar a dor?</i>	<i>A angústia está sempre relacionada à dor?</i>
<i>Será que o medo do paciente em ficar ‘viciado’ em morfina o impede por vezes de solicitar reforços?</i>	<i>Até que ponto a psicologia poderia ajudar na dor ‘Total pain’?</i>
<i>O ‘presenciar’ a dor, o sofrimento do paciente que está no leito ao lado e/ou em frente, pode piorar a dor do paciente? (Instalando medo de que depois será ele, com ele.)</i>	<i>Qual a importância da participação das pessoas mais próximas ao paciente no controle da dor?</i>
Dimensão Social	
<i>A formação do vínculo de confiança é importante para o controle da dor?</i>	
<i>Como, o que fazer, quando a gente percebe que a presença de determinado familiar ‘causa, provoca, aumenta’ a dor do paciente?</i>	

Após essa classificação, o grupo percebeu o quanto a avaliação da dor do paciente

com câncer em cuidados paliativos é complexa. Não envolve somente a dimensão física, mas também as dimensões psicológicas e sociais, requerendo dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas.

Ao terminarmos as discussões, Outono aproveitou o momento e relatou a sua percepção dos encontros e sobre a pesquisa. Essa primeira aproximação com a teoria sobre o cuidado ao pacientes com câncer e dor e o processo de avaliação foi uma experiência que possibilitou ao grupo e pesquisadora perceber o quanto praticar a filosofia de uma educação que liberta os sujeitos é válida; como mostra nesta fala:

eu até gostaria aproveitar, de agradecer por estar me proporcionando isso. Eu imagino que esse teu trabalho está sendo, assim desgastante, tem que ser uma coisa muito bem feita! Tu deve estar lendo muito! Eu nunca pensei em fazer mestrado. Tá começando a pintar, assim, a vontade. Eu acho que isso é bom e eu fico feliz assim, quando eu estou aprendendo muito. Eu ‘rearrumei’ o meu baú de livros. Eu estou com um monte de coisas sobre biologia. Tudo para eu ler de novo. Eu estou aprendendo horrores com o Luar, com Águas Termais, com o Pôr-do-sol, com o Arco-íris. Eu acho que isso para mim está sendo um presente maravilhoso! Que isso me proporcionou e eu tenho o maior orgulho de estar participando. Eu imagino e eu ponho isso nas minhas orações que eu quero escrever um livro e eu espero que tu faça porque um dia eu vou dizer que eu participei disso aqui. Com certeza vai ter um fio de espírito meu, de uma palavra, de uma coisa dita, nem que seja em um único parágrafo, não há nada que me faça não vir para isso aqui! Eu adoro estar sentada aqui com vocês. (Outono)

Nesses momentos espontâneos de depoimentos das participantes, houve renovação do estímulo para continuar o trabalho. Foi perceptível o despertar das enfermeiras para o incentivo a descobertas e novos desafios, principalmente, para a sua auto-educação.

Na terceira atividade, foi feita a leitura da fábula “Permitam-me um minutinho do seu tempo”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 169). Essa leitura serviu de estímulo para que o grupo refletisse, em seu retorno para casa, sobre o tempo em que estão vivendo e o tempo que já passou. Foi uma forma de incentivá-las a valorizar o momento que cada um tem, principalmente, dividindo com alguém especial o suficiente para gastar esse tempo juntos, pois o tempo não espera por ninguém. Assim como o tempo para o aprender, como este, que foi um momento de aprendizado.

4º Encontro

No encontro do dia 7 de novembro de 2007, continuamos a teorização das questões de aprendizagem. A partir do encontro anterior, percebeu-se que a teorização das questões discutidas tinha uma caminhada contínua e infinita. Para melhor direcionar esse caminho, realizamos um resgate das questões discutidas pelo grupo. Participaram dessa atividade Raio

de sol, Arco-íris, Outono e Águas Termais. Entretanto, Raio de sol e Arco-íris saíram mais cedo, ficando somente Outono e Águas Termais para dar continuidade às discussões.

No início do acolhimento e sensibilização, realizou-se a dinâmica “Garrafas I”. (ANTUNES, 1998, P. 127). Com ela, estimularam-se disparos relâmpagos de idéias, criatividade e comunicação, disciplinar o pensamento intuitivo, estimular a capacidade de cooperação e “aquecer” o espírito para o encontro desse dia. Ao tentarem realizar esse primeiro contato, o grupo não demonstrou muita motivação. Relataram não ter passado um dia bom e não estavam bem, mas compreenderam a importância da dinâmica e perceberam a necessidade de refletirem previamente de forma individual e em grupo antes de resolverem problemas, como mostra a fala: *“eu não tenho muita facilidade com essas coisas, mas eu sei que tem pelo menos que pensar nas hipóteses”* (Águas Termais). Nessa hora, alguns minutos foram dados para que o grupo discutisse o seu dia e relaxasse um pouco, pois o dia estava relacionado com as atividades profissionais e com o momento pelo qual a instituição estava passando. Ao relaxarem e trocarem idéias positivas, o grupo percebeu como é possível resolver os problemas quando compartilhamos idéias e estamos abertos para ouvir os diferentes.

Assim, evoluímos nas atividades voltando-nos para a continuação do aprofundamento das questões de aprendizagem. Nesse momento, Raio de sol expôs suas idéias ao grupo destacando o que mais lhe havia chamado a atenção nas leituras realizadas, complementando as idéias anteriores e estimulando o grupo a discussão. Dentre as discussões destacaram-se: a filosofia dos cuidados paliativos, o significado do termo “Total Pain”, a incidência da dor no câncer, o papel da enfermeira que atua nessa área, os sintomas da doença, a modificação da auto-imagem, o respeito ao outro, o significado de desconforto, o sofrimento, a sedação em cuidados paliativos, os dilemas éticos, o processo de morte/morrer, a família nesse processo, a importância do diálogo e a coleta do histórico de enfermagem.

Entretanto, uma dessas discussões voltou-se para a influência das crenças individuais para a busca de respostas para o sofrimento ou a dor, principalmente, para a idéia de que a dor pode ser compreendida na visão de pacientes e família como um castigo por algo que o doente tenha feito. Pode-se perceber esse pensamento na fala de Raio de Sol: (...) *às vezes ele sente que está sendo castigado por alguma coisa.*

Além disso, novamente a questão do apoio psicológico frente ao cuidado ao paciente com dor é destacada, incluindo-se nesse cuidado o próprio cuidador profissional:

é uma coisa que faz muita falta aqui, a psicologia... até para nós. (Raio de sol)

e aí eu acho que também essa questão da dor biológica, psíquica e social, nós

vemos que nós não conseguimos trabalhar sozinhos, porque o mais importante que isso a enfermagem não vão conseguir tratar toda essa dor, sozinha, porque nós temos um pouco de respaldo, mas precisa da interdisciplinariedade, na questão do psicólogo, do assistente social, para estar trabalhando esses problemas sociais. (Águas Termais)

Finalizando esse encontro, na terceira atividade, fiz a leitura da fábula “A bicicleta”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 127). Essa história trouxe uma mensagem que ressaltou a necessidade de saber aproveitar os momentos em que passamos, sem se preocupar com o resultado em primeiro lugar. Assim, como o momento de vivência nesta pesquisa. Foi um passeio aproveitado sem haver preocupação com o seu fim, tendo como propósito servir de reflexão para o cotidiano da vida de cada um.

5º Encontro

No dia 14 de novembro de 2007, realizamos o quinto encontro da pesquisa. Nesse encontro participaram somente Outono e Arco-íris. Somente duas participantes justificaram suas ausências e as outras não comunicaram o porquê da falta. Inicialmente, fiquei um pouco preocupada, mas continuei as atividades.

Como estímulo para a mobilização para o encontro, preparou-se uma atividade de relaxamento, sem fazer com que o grupo utilizasse seu pensamento para coisas lógicas. Como estavam em situação de estresse institucional, por mudanças de gestão e riscos de demissão, procurou-se desenvolver uma atividade com música e dança. Trouxe cangas coloridas e uma música da dança do ventre, com a proposta de ouvir a música e escolher a canga que mais gostassem para dançar da forma que quisessem. As participantes realizaram a atividade, porém uma delas com menos empolgação, alegando ser envergonhada. No final, tudo virou brincadeira e o relaxamento foi alcançado.

Seguindo para a outra atividade, após o entretenimento com a dança, sentamos em almofadas para prosseguir com a teorização das questões de aprendizagem. Como Arco-íris não havia conseguido fazer suas leituras, anteriormente, propôs-se a realizar nesse encontro. Um tempo foi reservado para que essa enfermeira expusesse suas idéias. Foram leituras que trouxeram esclarecimentos importantes sobre a rotina do seu dia-a-dia, sobre atividades que já realizavam, porém sem saber ao certo o que estavam fazendo. Reforcei que as leituras complementariam o diagrama sobre a dimensão da dor já feito e que seria exposto no próximo encontro. Em seguida, realizamos um resgate das discussões feitas até o momento. A partir das discussões e das respostas às questões levantadas, foi possível transferir as idéias para um

para o cuidado, déficit de atenção/cuidado voltado ao profissional¹ cuidador por parte das instituições, valorização do trabalho profissional, respeito ao ser humano (dilemas éticos), cuidado padronizado (*AMAR- avaliar, manejar, acompanhar e reavaliar*), falta de protocolo para outros procedimentos, incluindo o manejo e a avaliação da dor, déficit na educação continuada, quantitativo de atividades que são possíveis de realizar ainda e que devem ser realizadas.

Na dimensão psicológica, deve-se buscar compreender: a dor da “alma”, os sentimentos de abandono, o medo, a angústia, a tristeza, a dor espiritual, a religião, a culpa, a insegurança no tratamento, o desconforto pela alteração na auto-imagem (desfiguração), dificuldades para ter lazer, falta de ser perdoado ou receber o perdão.

Na dimensão social, é fundamental identificar e compreender: os problemas familiares, representados pela preocupação com o seu bem-estar (como a família vai ficar, se tem filhos pequenos, falta de diálogo), condições econômicas (como vai ficar a divisão de bens, falta de recursos), relacionamento (problemas mal resolvidos), dificuldades no tratamento (cultural e econômica), isolamento social, a mudança de ambiente, o afastamento do domicílio.

A multidisciplinariedade/interdisciplinariedade: um dos fatores que apresentam importante participação no alívio da dor é a presença de uma equipe multiprofissional. No serviço de cuidados paliativos essa equipe existe, e é composta por: nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fisioterapeuta, médico e enfermeiro, porém com déficit do serviço de psicologia. O atendimento do psicólogo é considerado pelas enfermeiras, uma necessidade a ser suprida. O seu serviço contribui tanto para ajudar no alívio da dor dos pacientes e familiares, bem como dos próprios profissionais.

Ao terminar as discussões desse dia, somadas às discussões realizadas até o momento, sobre as dimensões da dor e sua avaliação, o grupo respondeu aos seguintes questionamentos: *O que vocês acreditam que seja importante considerar na avaliação da dor? E de que forma estes pontos contribuem ou facilitam o nosso trabalho?* Esses questionamentos buscavam identificar quais os pontos específicos que as enfermeiras deveriam levantar no processo de avaliação da dor. Assim, os pontos levantados e considerados importantes foram reunidos, conforme a seguir:

¹ O termo multidisciplinariedade/interdisciplinariedade foi utilizado para representar a equipe de profissionais que atua na unidade de cuidados paliativos, além do enfermeiro. Não entramos no mérito da discussão do real significado do termo nesta pesquisa, pois sabemos que há divergentes opiniões sobre ele.

Quadro 4 – Pontos importantes que devem ser considerados na avaliação da dor.

Pontos importantes a serem considerados na avaliação da dor
Levanta o tipo de dor A duração da dor Quanto tempo ele tá tendo dor Descrição dessa dor A característica da dor O momento em que a dor surge, se é depois de alguma medicação, se é antes, depois do banho, depois de alguma comida O período do dia ou da noite em que aparece mais A forma de tratamento da dor por ele e pela família A reação do paciente e da família no momento da dor A forma como toma a medicação e os horários A frequência na utilização de reforços A presença de crenças em relação à analgesia Estabelecer um diálogo entre enfermeiro/paciente/família para compreender o que sentem e pensam Respeitar a autonomia

Esses pontos foram identificados a partir das discussões e reflexões realizadas pelas enfermeiras, principalmente, ao fundamentarem-se nas experiências vivenciadas de sua realidade. Para cada assunto, surgia uma situação de cuidado relacionada ao tema discutido e que gerava a teorização, reforçada pelo aprofundamento que cada uma fez nas literaturas. Foram momentos importantes e fundamentais no processo de educação proposto e que trouxeram contribuições pertinentes à pesquisa. Dialogar respeitando o outro como ser agente de sua transformação foi uma prática valiosa para potencializar o pensar para o agir dos sujeitos envolvidos nesta proposta. Para deixar mais clara a idéia reportada pelas enfermeiras, exemplificamos com os seguintes diálogos:

quer ver uma coisa que eu li aqui (...) ‘O enfermeiro é considerado a peça-chave na promoção de mudança sendo capaz de mudar e desenvolver conhecimento frente à dinâmica familiar, além de criar suporte afetivo para assistir a família, independente de qualquer alteração terapêutica que ocorra no contexto enfermeiro/paciente/família. Enfatiza-se que essa tem ou poderá desenvolver habilidades para solucionar seus problemas e o papel do enfermeiro é facilitá-los ou ajudá-los a encontrar suas próprias soluções. É preciso estabelecer vínculo. Basta aos enfermeiros exercer o papel considerável para estabelecer vínculo. (...) Basta comunicação, escutar’. (Outono)

(...) às vezes ele não quer incomodar... ficam com vergonha, então tu sempre tem que estar orientando. O que aconteceu com o senhor (...) foi isso. O dia que eu orientei ele e ele não pedia reforço. Tá seu fulano porque que o senhor não tá pedindo reforço? Ah! Porque eu não queria incomodar. É pouquinho! Não dá! Ainda não é aquela dor. Tá doendo, mas não é aquela dor. Mesmo não tendo aquela dor e mesmo não sendo aquela dor tão forte é que o senhor tem que me pedir o remédio para não deixar aumentar. Ah! É ta, tá! Da próxima vez, então eu vou pedir. (Arco-íris)

Ao levantar esses pontos de avaliação da dor e ao realizar minhas reflexões, deixei vírgulas após cada sentença, para demonstrar que as discussões não são finitas e que a cada encontro novas idéias e reflexões foram realizadas. O conhecimento e a flexibilidade de idéias, quando compartilhados entre os sujeitos, produzem novos conhecimentos e novas possibilidades, ressaltando que o trabalho é coletivo e, portanto, os conhecimentos são somados e compartilhados coletivamente.

Ao discutirem e dialogarem sobre a segunda questão, as enfermeiras entenderam as possibilidades de avaliar a dor como uma forma de: proporcionar esclarecimento; melhorar a qualidade do serviço; direcionar o trabalho; trazer maior segurança ao paciente, diminuindo o estresse; capacitar o profissional e contribuir para a desmistificação sobre alguns analgésicos, feita pelos próprios profissionais, ou pelos pacientes e familiares. Essas contribuições podem ser mostradas nos relatos a seguir:

Contribui para a melhora do teu serviço. Para você trabalhar melhor, para avaliar a dor do paciente, para você estar orientando uma coisa e saber que ele tá respondendo às coisas que tu orientou. (Arco-íris)

Direcionar o teu trabalho. Fica uma coisa mais organizada. Eu acho muito ruim tu fazer uma coisa sem tu tá sabendo. É uma satisfação eu saber o que eu estou fazendo. É uma segurança para o paciente ele estar ouvindo de uma pessoa e ele olhar para mim e ele sentir o que eu estou falando. Essa dali sabe o que ela está falando. O que ela está fazendo. É horrível alguém vê tu fazendo e ela tem dúvida no que ela está fazendo. Como é que você vai confiar em uma pessoa assim. A questão do esclarecimento é um fator decisivo na diminuição de estresse, na dor. Às vezes eu acho que a enfermagem falha. Infelizmente são poucos os profissionais que estudam (...) (Outono)

Ao concluirmos as idéias, partimos para a última atividade. Realizou-se a leitura de outra fábula, “O buraco, o sapo e o sapinho sapeca”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 123). Essa atividade despertou e reforçou, em cada pessoa do grupo, a reflexão sobre o seu papel como pessoa e profissional, revelando as escolhas que poderiam fazer em sua vida. A fábula realmente fez com que elas voltassem ao seu interior e buscassem a resposta para a pergunta da fábula ao final da leitura: *Que tipo de sapo você está sendo?* Essa leitura provocou um silêncio, que continuou até saírem da sala.

6º Encontro

O último encontro do terceiro momento educativo, teorização das questões de aprendizagem, foi realizado no dia 21 de novembro de 2007. Participaram desse encontro Arco-íris, Outono e Águas Termais. Busquei realizar como primeira atividade, algo que

trouxesse tranquilidade, descontração, criatividade e interação no grupo. Então, realizei uma dinâmica adaptada e denominada de “Olaria das emoções” (BARRETO, 2003, P.131), mas que foi denominada de “Amigo secreto”. A idéia era sortear um amigo secreto para presenteá-lo. Como estávamos próximo ao Natal e ainda continuávamos em momentos de estresse na instituição, pensei ser interessante essa idéia. Distribui argila para que pudessem construir os seus presentes e ao terminarem poderiam escolher um colega, como presente, e deveriam justificar a representação feita. Essa atividade trouxe descontração, expressão de percepções do colega, incentivo a características positivas, além de motivação para continuarmos as atividades.

Em seguida, realizamos um resgate do encontro anterior, mostrando os pontos considerados importantes na avaliação da dor na concepção do grupo. As idéias foram reforçadas e contribuíram para orientar o grupo na participação da atividade. Também como forma de descontração, utilizou-se a brincadeira “Escravos de Jó”, para desenvolver as seguintes questões e alcançar o objetivo desse encontro: *o que estes encontros contribuíram para a assistência do enfermeiro na avaliação da dor? Qual é a importância de se realizar a avaliação da dor para nós enfermeiros e para o paciente/família?* Com essa brincadeira, na medida em que as participantes erravam, deveriam responder às questões, até que todas respondessem. A dinâmica foi divertida, apropriada e possibilitou estabelecer os seguintes pontos:

Quadro 5 - A importância de discutir a avaliação da dor

Qual a importância de discutir a avaliação a dor para os enfermeiros e para o paciente/família?
Ter parâmetros avaliativos Reforçar a importância do controle da dor Organizar a avaliação da dor Aumentar a confiabilidade no trabalho Fundamentar a prática Possibilitar o registro de informações Possibilitar a educação continuada
O que esses encontros contribuíram para o enfermeiro na avaliação da dor?
Aumentar o conhecimento sobre as dimensões da dor Melhorar a prática da avaliação da dor Refletir sobre a prática: o ser e o fazer Deixar de fazer por fazer Dar ênfase ao cuidado ao paciente em cuidados paliativos com câncer e dor Desmistificar conceitos Compartilhar conhecimentos e maneiras diferentes de avaliar a dor Reconhecer a identidade do grupo

O terceiro momento educativo foi uma experiência enriquecedora para o processo de construção do conhecimento entre os enfermeiros sobre a avaliação da dor. Foi um momento que possibilitou aos sujeitos, desta pesquisa, refletir sobre o seu agir no trabalho, e, através da relação dialógica e coletiva, identificar as potencialidades e fragilidades do seu fazer, buscando na própria análise da realidade a transformação, ou seja, a busca de soluções para os vieses evidenciados e a melhora na qualidade da avaliação da dor.

Ao esgotarmos as questões de aprendizagem, finalizamos o encontro resgatando a primeira dinâmica da pesquisa, “O melhor de mim”. Essa dinâmica foi resgatada no intuito de verificar o que cada participante do grupo conseguiu melhorar como pessoa e profissional. A técnica foi a mesma do primeiro encontro. Foram distribuídas cartolinas coloridas e materiais diversos para que pudessem, através de sua criatividade, refletir sobre sua caminhada no grupo. Após terminarem sua criação, os pensamentos foram compartilhados. A principal característica das mudanças em cada enfermeira, ao final dos encontros, foi a percepção do quanto conseguiram crescer como seres humanos, colegas de trabalho e profissionais. Pela fala a seguir, percebe-se como aumentaram a sua satisfação pessoal:

o meu melhor é que hoje eu sou uma pessoa profissionalmente mais feliz, realizada. Ah, eu botei ali embaixo paz pelo que a gente tá passando. (Arco-íris)

Conseguiram ampliar seus pensamentos e verificar a possibilidade de mudar:

eu ainda estava pensando no primeiro cartaz que eu fiz, assim um pouco sem inspiração. Tipo era mais ou menos como eu estava me sentindo no início assim, sozinha. Agora abriu bastante esses horizontes, vi o sol, vi as árvores, vi frutos, frutos de conhecimento, de amizade. Então as coisas se abriram um pouco mais, tem um vínculo maior de confiança, maior compromisso de a gente estar aqui estudando, tentando compromisso com a instituição, com o trabalho da Roberta. Eu estou sempre querendo vim porque é bom para mim, é bom para a gente, aumentou o vínculo de confiança, a gente vê que tem uma árvore seca, mas que ela deu frutos e pode frutificar mais ainda. Se ela cair, algumas coisas caírem também, vão servir para adubar, para regar as plantinhas que estão embaixo. Consegui sentir um chão assim, que tu podes pisar, que tu podes conversar, podes dar idéia. (Águas Termais)

Além disso, conseguiram perceber que é possível rever conceitos e mudar o pensamento:

eu acho que virei uma primavera assim, floriu mais a minha vida, eu aprendi um monte de coisa, eu pude rever conceitos que estavam errados, coisas que eu tenho que estudar mais, que eu tenho que estudar muito mais e assim a satisfação. Eu acho que todo mundo percebeu o quanto esse projeto ajudou a gente. Eu acho que nem ela percebeu o quanto o projeto dela está fazendo bem para a gente. Eu digo por mim. (Outono)

Ao término do terceiro momento educativo, foi possível desenvolver mais uma das etapas do arco da problematização e, assim, teorizar as questões de aprendizagem levantadas pelas enfermeiras a partir de sua realidade de trabalho na prática da avaliação da dor, conforme a figura a seguir:

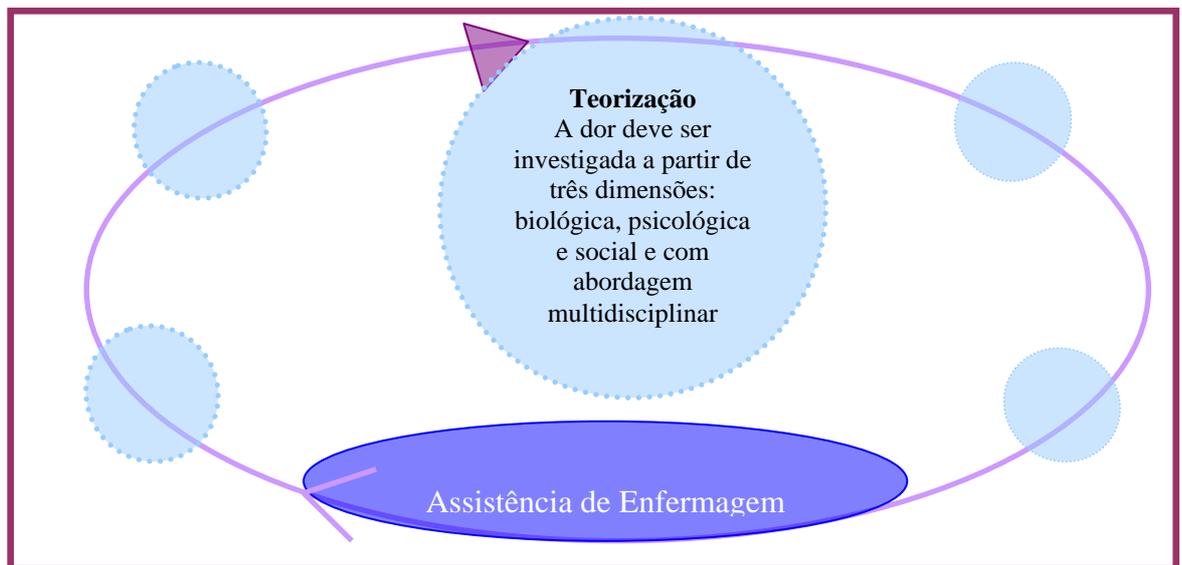


Figura 5 - Arco da problematização em construção. Teorizando as questões de aprendizagem para a busca de soluções, feito pelo grupo de enfermeiras da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON. Florianópolis/SC.

A teorização sobre a avaliação da dor foi desenvolvida enfocando-se a dimensionalidade da dor e o papel das enfermeiras nesse processo, estendendo-se aos outros profissionais que, segundo elas, também devem participar na avaliação.

Nesse momento, dialogar sobre os pontos-chave da avaliação da dor possibilitou convergir o conhecimento dos sujeitos com a teoria transformando-se em um único conhecimento, pois foi um momento em que as enfermeiras ampliaram o seu olhar para o próprio fazer, e a partir dele identificar as dificuldades e facilidades encontradas e vivenciadas na prática da avaliação da dor. Com base nessa convergência entre prática e teoria, pode-se dizer que o conhecimento compartilhado e construído já não é mais o mesmo, apresenta outro formato, pois foi construído sob outro olhar e de diferentes olhares. Assim, a teorização é uma prática que foi desenvolvida em todos os momentos da pesquisa, não permanecendo em um único momento, apesar de ser posicionada em uma etapa na teoria. O “teorizar” acontece a partir do momento em que os sujeitos problematizam a sua realidade.

4º Momento Educativo: em busca de hipóteses de solução para a avaliação da dor
7º Encontro

Neste encontro, entramos no quarto momento educativo. Momento de pensar nas “Hipóteses de solução” que poderiam contribuir para uma melhor avaliação da dor pelo enfermeiro. O Quarto Momento Educativo desdobrou-se, também, em 3 encontros, que foram realizados buscando construir diretrizes que possibilitem avaliar a dor pelos enfermeiros de uma forma mais completa.

Realizamos o encontro no dia 28 de novembro de 2007, às 18h30min. Como esse foi o último encontro do ano de 2007, pensei em proporcionar ao grupo um ambiente diferente, tendo em vista o clima institucional instável. Então, realizamos o encontro em minha casa, com a finalidade de permitir que as participantes pudessem aproveitar o momento para descontrair e, assim, sentirem-se mais relaxadas e menos tensas para continuar esse processo de construção do conhecimento. O encontro teve duração de aproximadamente uma hora e meia. Participaram do encontro: Raio de Sol, Arco-íris, Outono, Luar e Águas Termais. Somente Pôr-do-sol não compareceu.

Desta vez, na primeira atividade, procurei uma dinâmica que trabalhasse questões que estimulasse a criatividade, comunicação, interação, integração grupal e imaginação. A dinâmica foi realizada em duas etapas. O material utilizado foi: palitos de fósforo e uma cartolina com desenhos. Ao grupo de trabalho que estava sentado a uma mesa redonda, foi orientado que havia 18 fósforos e que foram arrumados para formar uma figura. Essa figura representava um símbolo místico conhecido como “O Selo de Salomão” (ANTUNES, 1998, p. 167), ao qual se atribuem propriedades mágicas e miraculosas. Após a explicação, perguntou-se: *vocês são capazes de reduzir de oito para seis o número de triângulos desta figura, deslocando apenas dois palitos?*

Essa tarefa instigou o grupo a pensar. Inicialmente, antes de avaliar a situação, acreditavam que seria “moleza” resolver o problema, mas não foi o que aconteceu. Demoraram a achar solução. Realizaram tentativas. Trocaram idéias, mas não conseguiram. Tive então que apontar o caminho, indicando a solução. Depois que mostrei, perceberam que realmente era fácil, mas que precisariam ter discutido mais e perguntado mais detalhes.

Em seguida, trabalhamos outro problema com palitos. O grupo foi orientado a retirar apenas seis palitos de fósforo de outra figura, e sem tocar nos palitos restantes, formar apenas três quadrados e, por último, deslocar apenas quatro palitos para formar três quadrados em uma terceira figura. A atividade esquentou a participação do grupo, contribuindo para o bom seguimento do encontro.

Aproveitando a dinâmica anterior e resgatando os encontros anteriores, parti para a próxima atividade. Neste encontro, tínhamos como objetivo refletir sobre as possibilidades existentes para a avaliação da dor, e que outras possibilidades poderiam ser criadas para melhorá-la. Para alcançar esse objetivo, solicitei ao grupo que refletisse sobre a seguinte pergunta: *quais as estratégias que podem ser utilizadas para se alcançar uma avaliação da dor que abranja o que foi discutido até o momento e que seja viável a nossa realidade?* Foi disponibilizada ao grupo uma cartolina na qual se encontrava colada a pergunta. Nessa cartolina, as participantes deveriam descrever os caminhos a percorrer para a prática da avaliação da dor. Foi orientado que o grupo deveria discutir e em seguida escrever suas idéias.

O grupo, ao refletir sobre a questão, evidenciou que a principal estratégia para alcançar uma avaliação da dor mais eficiente pelo enfermeiro encontra-se na sua própria metodologia da assistência. Entretanto, essa metodologia merece ser pensada com mais profundidade para direcionar o tipo de cuidado que cada paciente necessita e, neste caso, a direção volta-se para a dor.

Então, as enfermeiras concluem que a visita diária ao paciente, a aplicação do histórico de enfermagem, seguida da identificação dos problemas, prescrição e evolução são as principais ferramentas na investigação da avaliação da dor pela enfermeira, como se pode verificar, a seguir, nas informações colocadas pelas enfermeiras durante a atividade:

Quadro 6 - Sugestões e percepções das enfermeiras sobre a visita e histórico de enfermagem.

Percepções das enfermeiras sobre a importância da visita diária aos pacientes na avaliação da dor
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o tempo para realizar a visita aos pacientes - Observar a dinâmica familiar - Observar as questões psicossociais - Avaliar diariamente - Encaminhar para outros profissionais

Percepções das enfermeiras sobre a importância do Histórico de Enfermagem na avaliação da dor
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Investigação sobre as queixas da dor: início, localização – colocar um desenho da anatomia para localização pelo paciente, tipo de dor (ex: picada, fisgada, queimação), há quanto tempo tem dor; duração e horário, intensidade – escala de carinhas, tempo, meteorologia - Mudanças que ocorrem no paciente/família ao ter dor - Comportamento do paciente/família frente à dor - Formas e vias de administração do medicamento e solicitação de reforços - O que o paciente/familiar compreende sobre reforços² - Ao usar medicação quais os sintomas/reações - O que é sintoma para o paciente/família - Qual o significado da dor para o paciente/família - Verificar alteração no comportamento por alteração da auto-imagem - Como é a dinâmica familiar |
|---|

Entretanto, entendem que esse processo de investigação da dor requer continuidade. Não acontece apenas no momento da internação do paciente e sim no decorrer desta. Cabe ao enfermeiro fazer a avaliação de forma diária, valorizando as informações coletadas. Podemos reforçar essas idéias e perceber o desenvolvimento de uma “consciência crítica” dos sujeitos, nos seguintes relatos:

Às vezes a gente passa a visita, mas a gente tá pensando nas coisas que a gente tem que fazer, e eles percebem isso, tanto é que na pergunta que você faz, às vezes ele tem um monte de coisa para te falar, mas não fala. Mas se tu pegar uma cadeira e sentar do lado do leito e aí tu começa a ver que eles começam a te falar. Às vezes o paciente tá ali uma semana e ninguém sabe aquilo que ele vai te contar porque ninguém sentou ali e ouviu. (Raio de Sol)

(...) talvez não seja nesse primeiro momento que ele vai te relatar muita coisa que vai fazer diferença no andamento do tratamento (...) (Luar)

Além disso, compreendem que nem sempre apresentam estrutura para lidar com todas as informações levantadas dessa avaliação, principalmente, as que envolvem questões psicológicas e sociais. Para Águas Termais essas informações trazem “*bastante dados psicológicos e sociais que a gente vai puxar e não sei se a gente tem estrutura para trabalhar, porque a gente vai trabalhar mais com a questão da analgesia. Também faz alguma coisa, mas a gente não tem conhecimento para [...]*”. Mas Luar já pensa que isso “*também é o papel do enfermeiro. No momento em que ele identifica encaminhar*”.

Por essa percepção, as enfermeiras entendem que ao se avaliar a dor é imprescindível haver suporte de uma equipe multidisciplinar, como já relataram anteriormente,

² Por reforços entendem-se como doses de analgésicos solicitados pelo paciente em momento de dor e administrados nos intervalos dos analgésicos prescritos de horário. Este termo é utilizado frequentemente na oncologia. Ex: Morfina 10mg (miligramas), via oral (VO) de 4 em 4 horas e 5mg se necessário (SN). Esta dose de 5 mg representa a dose de reforço analgésico.

principalmente, por saberem que apresentam limitações, mas que poderiam estar encaminhando o que sai de sua responsabilidade e competência. Ao terminar essa atividade e sem mais conclusões, partimos para a terceira atividade.

Foi realizada a leitura da fábula “O feixe de lenha”. (MILITÃO, A; MILITÃO, R, 1999, p. 119). Essa fábula deixou como mensagem que, com trabalho em equipe, todos chegam melhor e mais rapidamente ao objetivo delineado. A leitura reforçou questões pessoais e profissionais, principalmente, a importância do trabalho em equipe. Após a leitura, todas foram convidadas a uma comemoração pelo desenvolvimento do grupo e pelas festas comemorativas de fim de ano.

8º Encontro: hipóteses de solução: expondo as primeiras idéias sobre as possibilidades de avaliação da dor.

Reiniciamos as atividades da pesquisa em março de 2008. Esse período estava programado para continuar a discussão sobre as hipóteses de solução iniciada, desenvolvidas e discutidas pelas enfermeiras sobre a prática de avaliação da dor. Como havíamos passado pelas festas de fim de ano e estávamos em pleno verão, organizei os últimos encontros de uma forma mais leve, pois esses encontros serviriam para apresentar as primeiras idéias do grupo sobre as possibilidades de sistematizar melhor a avaliação da dor. As idéias foram fundamentadas nos conhecimentos apreendidos, trocados e construídos, ou seja, nas reflexões realizadas coletivamente.

Todas as enfermeiras foram convidadas a participar. Confirmaram presença cinco delas, porém somente duas participaram: Águas Termas e Arco-íris. Em respeito as que compareceram no compromisso, iniciei a primeira atividade do dia. Para retornar às atividades do ano anterior e pensando que ainda nos encontrávamos no verão, cujo período traz a sensação de férias, organizei uma dinâmica de reencontro denominada “O que eu fiz nas minhas férias? Como eu estou hoje”. A dinâmica tinha como objetivo permitir a expressão das percepções, idéias, valores e opiniões das participantes sobre sua vida durante o intervalo das atividades, de modo espontâneo e criativo. Além disso, outra intenção dessa atividade foi colocar o que as enfermeiras fizeram nesse intervalo do trabalho, o que aproveitaram e o que esperavam para o ano novo. A atividade teve duração de 10 minutos. Para o seu desenvolvimento, utilizamos folha de papel sulfite e lápis de cor. As participantes foram orientadas a escrever pelo menos três palavras que mais se relacionam ao tema em questão, por exemplo, descanso, liberdade, alegria. Cada uma teria que expressar com essas palavras, ou desenhos, como foi esse tempo em que ficaram afastadas.

Essa atividade permitiu a obtenção de exposições espontâneas, valorizando as concepções, idéias e sentimentos prévios das integrantes do grupo, impulsionou o debate e criou um clima de descontração no grupo, pois a técnica não personaliza o autor da contribuição e é isenta de crítica e julgamento.

Depois desse exercício de descontração, partimos para a próxima atividade. Nesse momento, as participantes foram orientadas que o objetivo do encontro era o de apresentar e avaliar o modelo de histórico de enfermagem construído, como primeiro passo para fortalecer a avaliação da dor, levantado no último encontro. Também foi possibilitado um espaço para que houvesse maior discussão sobre a consulta de enfermagem e outras formas de complementar a avaliação da dor.

Sentamos à mesa e resgatamos o que havíamos discutido nos encontros, especialmente, no último.

bom, a gente tentou construir o histórico que a gente fez aquelas etapas. Que a gente achava que era importante estar coletando os dados para podermos avaliar. A gente fez um cartazinho com vários tópicos em relação à dor para tentar construir o histórico. (Águas Termais)

Dando continuidade, após a exposição do grupo, apresentei em *PowerPoint* o histórico de enfermagem construído, com as idéias sugeridas. Esclareci que o material exposto era apenas uma idéia e que poderia sofrer modificações se o grupo acreditasse ser importante.

Reforçou-se que o histórico era apenas um dos passos referidos e utilizados na avaliação da dor e que, depois dessa apresentação, nossas discussões continuariam. Na apresentação do modelo de histórico de enfermagem, já existente e utilizado na instituição, porém adaptado para contemplar melhor as questões referentes à dor, ressaltaram-se as mudanças realizadas de acordo com as discussões feitas pelo grupo, conforme quadro a seguir:

Quadro 7 - Outras mudanças sugeridas nos instrumentos da sistematização da assistência de enfermagem utilizados na instituição para melhorar a avaliação da dor pela enfermeira

Mudanças realizadas no Histórico de Enfermagem utilizado pelas enfermeiras
<ul style="list-style-type: none"> - Forma de coleta de dados: dados de identificação mais completos - Inclusão de dados da avaliação da dor na parte de exame físico e junto aos outros sinais vitais (PA, FR, FC e T°C)³ - Inclusão de dados das condições gerais na internação - Reforçados alguns itens do exame físico

³ PA: Pressão Arterial; FR: Frequência Respiratória; FC: Frequência Cardíaca; T°C: Temperatura em grau celsio.

- Inclusão de dados relacionados à procedência
- Excluído o espaço para colocar dados de medicações em uso e incluído no espaço do relato da história da doença

Ao apresentarem-se as mudanças, questionou-se o que haviam achado do modelo de histórico. Elas falaram das facilidades e das diferenças na utilização do Histórico de Enfermagem atual. As idéias discutidas nesses encontros, a respeito do que poderia ser melhorado, permitiram às enfermeiras aumentar o leque de informações a serem investigadas, facilitando o seu registro e possibilitando olhar para outras questões que apresentavam dificuldade de investigar-se, principalmente, pela dificuldade no direcionamento das questões.

ajuda a gente a perguntar algumas coisas que tu não olha ou esquece e se tu tem tu lembra. Tem algumas coisas que tu coloca lá em cima, outras coisas que poderiam também já estar mencionadas para colocar X, tipo HAS, DM, tabagismo, etilismo. É mais uma forma de estimular a perguntar, porque, às vezes tu esquece. Essa questão de cirurgias anteriores, tu não vai falar muito a história do câncer da família. Essas coisas acho que podem ser colocadas assim. (Águas Termais)

acho que vai ficar mais completo, tem mais informação. Quanto mais informação mais informações você coleta. Às vezes você fica limitado para perguntar. Tem paciente que não sabe, mas pelo menos tu vai se aprofundar. (Arco-íris)

Além disso, as participantes deste estudo entendem que possibilita ao enfermeiro, no momento de coleta das informações, observarem modificações e favorece a aproximação com o paciente e a família.

acho que sim (...) você tem mais coisas para perguntar, quanto mais questionamentos, informações, mais modificações tu tem, por exemplo: quem é o cuidador? Isso é uma coisa que a gente não pergunta. Isso é uma forma de você tentar se aproximar da pessoa. (Arco-íris)

Após expor e discutir sobre o modelo de histórico de enfermagem, continuou-se a discussão. As participantes foram questionadas sobre como poderiam dar continuidade à avaliação da dor. Reforcei que o histórico seria o primeiro ponto da avaliação, por ser o primeiro contato com o paciente ao interná-lo na unidade. Então lancei a pergunta: *se pensarmos em continuar essa avaliação, de que maneira poderíamos fazer?* E outras idéias surgiram, como o modelo da prescrição de enfermagem, a evolução e a forma de registrar o controle de sinais vitais.

(...) a gente tinha que tentar modificar a prescrição de enfermagem. Eu acho que ela não é valorizada. Tipo eu acho que a gente tinha que anotar mais dados do paciente pessoal e personalizada. No HU antigamente era assim também e agora

tem mudado. Tem que ser tipo uns cinco itens. Não adianta tu botar uma prescrição gigantesca porque as pessoas não valorizam. Às vezes eu penso em coloca, por exemplo: tu colocar presença de nódulos, botar características do paciente porque, às vezes, tu não valoriza e os técnicos não vão valorizar porque tu bota uma coisa meio geral. Tipo eles sabem quem tem que dar banho, eles sabem mais do que a gente qual que é banho no leito, qual que é acamado, coisas básicas que eu sei se não tem necessidade de estar colocado na prescrição. E tem outras coisas que são importantes e não estão dentro. (Águas Termais)

Para Arco-íris, o registro dos dados precisa ser analisado na hora de realizar a evolução e, na prática, não é feita da mesma forma por todas as enfermeiras. Para essa participante, a evolução deve ser feita *de acordo com a coleta de dados que a gente faz (...) a gente faz conforme o paciente falou, por exemplo, o paciente refere dor no pé, você põe como ele falou (...). Eu vejo assim, pelo fato de ter relatado que o paciente está assim ou assado, no 'S' eu já não utilizo o 'O' para isso. Reforça que a evolução deve ser realizada todos os dias, porque cada dia o paciente pode estar de um jeito. Hoje ele pode ter dor e amanhã ele pode não ter mais. Eu passo a visita, converso com o paciente, vejo se está com dor, se ele está pedindo reforço, se a medicação de horário é suficiente, se ele está comendo (...).*

Na metade dessa discussão, uma das enfermeiras teve que sair do encontro, pois estava de plantão naquele dia e surgiu uma intercorrência na unidade. Então se continuou a atividade apenas com uma participante.

Quadro 8 - Sugestões de condutas para melhorar a avaliação da dor

Condutas sugeridas para sistematizar a avaliação da dor pelas enfermeiras
<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a passagem de plantão, dando continuidade às informações de cada plantão sobre a dor do paciente - Valorizar a dor referida - Padronização: sistematizar as condutas - Registrar os dados sobre a dor na prescrição e evolução - Melhorar a valorização da prescrição de enfermagem - Realizar a prescrição de enfermagem de forma personalizada - Registrar na evolução o relato do paciente - Avaliar a dor e registrar diariamente - Anotar o número de reforços analgésicos - Aplicar escala de avaliação da dor para verificar sua intensidade pela equipe de enfermagem - Registrar os dados levantados e condutas tomadas em uma folha de controle de sinais vitais

Ao terminar essa discussão e reforçar as idéias construídas para avaliar a dor questionou-se sobre a contribuição que essas idéias e discussões poderiam trazer para nós,

como enfermeiras, e para os pacientes e familiares. A participante relatou que permite ao enfermeiro descobrir com mais exatidão como está a dor do paciente, suas características, acompanhar diariamente, realizar mudanças na analgesia, dialogar com o médico objetivando mudança em condutas e verificar a eficiência das condutas tomadas.

Apesar de poucas enfermeiras participarem, o encontro rendeu frutos. Esses frutos contribuíram para que houvesse a continuação do diálogo sobre as concepções e contribuições das enfermeiras sobre a avaliação da dor e, assim, sobre o próprio desenvolvimento dela. Uma das participantes que não veio nesse encontro pôde participar avaliando o material através de *e-mail*. O material foi avaliado e novas mudanças foram realizadas.

Para a última atividade, voltamos a buscar as fábulas já lidas. Como a pesquisa aconteceu com encontros de um grupo de enfermeiras e que só apresentou continuidade por haver participação e paciência, leu-se a fábula “Lição de esperteza”, cuja mensagem final foi *Com paciência e raciocínio tudo se vence. Assim é o nosso trabalho! Pense nisso! Espero você no próximo encontro!* Como sempre, em todos os finais de encontro, uma fábula foi lida como forma de relaxar os ânimos e servir de estímulo ao pensamento no momento de voltar à realidade de cada uma.

9º Encontro: “Apresentando as hipóteses de solução geradas para superar as fragilidades das enfermeiras quanto a avaliação da dor como transformação da realidade”

O último encontro dos momentos educativos foi realizado no dia 12 de março de 2008, na sala de reunião do hospital. Participaram desse encontro quatro enfermeiras: Pôr-do-sol, Arco-íris, Outono e Águas Termais. Uma delas não pôde participar por problemas pessoais, mas se dispôs a continuar participando trocando idéias por *e-mail* e em outros momentos.

Como no último encontro só participaram duas enfermeiras, foi mantido o mesmo desenvolvimento das atividades, pois além de dar continuidade à linha de pensamento, as outras pessoas que não haviam participado tiveram a oportunidade de compartilhar com as colegas o que haviam feito no tempo em que estiveram afastadas do nosso trabalho. Então, desenvolveu-se a atividade resgatando “O que eu fiz nas minhas férias? Como eu estou hoje?”

Para a realização dessa atividade, utilizou-se 20 minutos. Foi um momento de bastante descontração e alegria.

Antes de iniciar a outra atividade foi realizado, novamente, um resgate do que o grupo havia discutido, incluindo o encontro anterior. Reapresentei o histórico de enfermagem com as modificações, a prescrição de enfermagem sugerida pelo grupo, a ficha de controle de sinais vitais incluindo a dor e resgatei a prática da evolução de enfermagem. Reforcei ao

grupo que seria apresentado as idéias e em seguida abrir-se-ia espaço para dialogar sobre o que foi exposto.

Ao término da apresentação, abrimos espaço para dialogar sobre o conteúdo observado. As participantes que não compareceram no encontro passado continuaram a discutir as idéias sobre o material utilizado por elas, no dia-a-dia, e o que poderia ser mudado para facilitar o trabalho e assim tornar, também, a sua avaliação da dor mais efetiva.

A primeira questão discutida voltou-se para a evolução de enfermagem. O grupo entendeu que algumas informações não são contempladas sobre a própria dor e que poderiam ser registradas com mais freqüência. Algumas informações são registradas no livro de ocorrência e deveriam fazer parte da evolução, principalmente, porque esta serve como meio de comunicação entre uma enfermeira e outra e é um registro científico que deve ser utilizado por profissionais com esta formação, como referem Outono, Águas Termais e Arco-íris:

eu evoluo o paciente, mas se acontece alguma coisa como, por exemplo, o Sr. F. que referiu muita dor. Eu anoto: às duas horas o paciente referiu muita dor em MID, foi administrado isso. Isso eu anoto porque eu acho que é importante. Porque, às vezes, tu coloca o horário, mas para mim é muito vago o horário. O que aconteceu? Eu sinto dor! Mas que dor? Dor de quê? Dor de cabeça? Entendeu? Então eu gosto de ir registrando o que eu fiz também e para quem vai pegar depois. O paciente teve dor, de madrugada, então eu sempre coloco (...). Eu acho que quem vai pegar o plantão, o colega que vai pegar, vai ver que de madrugada o paciente teve isso. (Outono)

o horário que aconteceu isso. (Águas Termais)

as vezes até a gente coloca no livro e não coloca o horário, não coloca a data. (Arco-íris)

Seguindo as discussões, Pôr-do-sol manifestou sua opinião a respeito da importância de aplicar-se uma escala de dor, para investigar sua intensidade, e falou de suas experiências. Por ser uma das profissionais com maior tempo de trabalho na instituição, pôde fazer esta contribuição importante e dividir com o grupo.

ah! eu acho muito interessante. Eu sou bastante a favor dessa escala de dor para o controle da dor. Eu sempre achei que tem que ser feito. Eu fiz e todas as vezes que eu fiz o pessoal faz descaso. Não controla porque é frescura! Porque não sei o quê. Eu faço, principalmente, o controle da dor do paciente quando ele tem a dor muito intensa [...] principalmente, depois do bloqueio. Porque o Dr. G. liga e pergunta como está o paciente. Você, às vezes, não pegou esse paciente em hipótese alguma, mas você tem a escala da dor ali, nas últimas 48 horas. Pelo menos nas últimas 72 horas é que você tem que fazer. Pode dar um parecer para ele, independente de qualquer horário. (Pôr-do-sol)

Águas Termais complementa sobre a importância de realizar-se o registro de todas as

informações (...) que tudo o que tu registra, tu tens mais respaldo, então melhora o registro, o paciente, o alívio da dor. Não cessou? Reforço! Quanto mais tu registras (...). A gente peca muito! Às vezes a gente peca por não registrar, mas o registro ele te dá um respaldo. (Águas Termais).

Após terminarmos de discutir as idéias sugeridas sobre o processo de avaliação da dor pelas enfermeiras e as possibilidades de mudanças, ou seja, as hipóteses de solução, realizou-se uma reflexão e diálogo sobre todos os encontros realizados. O grupo identificou as contribuições que esses momentos trouxeram para cada uma. No diálogo, evidenciou-se que o grupo percebeu esse processo de construção como uma forma de “renovação”, e renovar o conhecimento foi um acontecimento importante. Um momento de exercer a “consciência crítica”, ou seja, o pensar no fazer, mas com criticidade.

Acho ótimo porque a renovação é sempre importante... A gente estar pensando no histórico para não virar mais uma coisa mecânica, pensando, reformulando, trazendo coisas que estavam ficando para trás. Com relação à prescrição também, tentar dar um enfoque mais pessoal para o paciente com relação à dor, já deu uma luz. Falta muito para a gente ainda, para nós, em relação à dor, deu mais uma esclarecida, porque a atualização é ótima! A gente continua fazendo um estudo geral com os enfermeiros de todo o hospital. Essas teorias de enfermagem [...] eu lembro muito vagamente de eu ter estudado a questão das teorias, mas assim, eu bem pouco conheço elas. Então a gente continuar fazendo estudo semanal é difícil! Porque todo mundo tem compromisso, mas eu acho que mensal, ou a cada três semanas, de uma maneira geral, de a gente poder estar se encontrando, de estar estudando, estar trabalhando em relação ao nosso registro. É o nosso referencial e a gente perde por não estar fazendo registro. Eu acho que é muito válido. É bom a gente estar reformulando porque isso quer dizer que a gente está vivo! Está melhorando, se atualizando. (Águas Termais)

No histórico havia informações que estavam sendo deixadas para trás e que puderam ser resgatadas. Na prescrição, o enfoque dado permitiu personalizá-la, principalmente, com relação à dor. Iluminou o caminho. Entretanto, as participantes percebem que o caminho ainda é longo e que as discussões têm que ser permanentes.

Na realidade muitas coisas estão sendo resgatadas e já se perdeu. Porque quando a gente começou no Cepon, nós não tínhamos era a prescrição de enfermagem, tínhamos evoluções mais assim, mais pobres, muito pobres. Depois que foi se fazer as coisas aos poucos. Então já estava na hora de repensar o histórico, porque o histórico não foi feito em cima das teorias, mas mais em cima da nossa realidade, e que hoje o perfil do paciente passou a ser outro. (Pôr-do-sol)

Eu penso também que a gente tem que estar resgatando... reformulando a questão da evolução para potencializar mais coisas porque posso estar esquecendo de algumas coisas, estar pensando no fazer, porque na época da faculdade a gente tinha como fazer, a ordem, como fazer, porque a gente faz cada um do seu jeito. A gente tem que fazer de acordo com as teorias. Eu faço mais ou menos o que eu tinha na época da faculdade, que eu lembro, cefalocaudal, mas eu acho que o legal é a gente estar estudando, a gente tem uma

equipe bem nova de enfermeiros. A P.S., que está há mais tempo, a P.S. tem mais vontade de estar junto, de estar trabalhando, então eu acho que é a hora. (Águas Termais)

As participantes dessa pesquisa pensam ser importante continuarem esses encontros e chamar os outros enfermeiros para participar. O decorrer desses encontros, permitindo o desenvolvimento do conhecimento, fez com que elas se sentissem “vivas”, em constante melhora, ou seja, “sujeitos do fazer”. Admitem que precisam melhorar seus registros, que já era hora de repensar a coleta de dados do histórico de enfermagem, principalmente, porque o perfil do paciente mudou. Sentiram a necessidade de continuar estudando e qual a importância de fazerem esse exercício no coletivo. A convivência também contribuiu muito para que isso pudesse ocorrer, ou seja, a relação dialógica em grupo. Também conseguiram perceber que essa prática de uma relação dialógica pode ser dividida e estendida às outras colegas da unidade da oncologia clínica.

Para finalizar a atividade ainda foi lançada a seguinte pergunta: “o que nós podemos fazer com esse conhecimento construído?” A resposta foi imediata. “pôr em prática!”. Então, logo se perguntou como poderiam fazer isso. O grupo percebeu que é possível através de encontros com a equipe, para que seja colocado em prática por todos, e que seja estabelecido um padrão e uma mesma filosofia, tanto em cuidados paliativos como na oncologia clínica. Pensam que a equipe de enfermagem do hospital deve agir da mesma forma e que possibilitar esses momentos de discussão é uma forma de fazer “justiça”, ou seja, de fazer com que todos tenham a mesma oportunidade de aprendizagem, como equipe e como profissionais.

é uma sementinha que tá sendo plantada. Acho que é a hora de ela começar a crescer e dar frutos. (Águas Termais)

Seguindo esse diálogo, outro pensamento surgiu: há funcionários na outra unidade que têm conhecimento sobre o que discutimos, mas não querem manifestar-se. Entretanto, no nosso grupo, elas pensam que mesmo havendo profissionais com essa atitude pode-se apresentar mudança quando um grupo pensa do mesmo jeito, um acaba influenciando o outro e as coisas dão certo. Acreditam que isso pode melhorar e o resultado final alcançado é a qualidade no trabalho e ao atendimento ao paciente.

realmente eu vejo que estão sendo resgatadas algumas coisas e tem funcionários do primeiro andar que já foram do segundo andar e têm todo esse conhecimento, mas não quer se manifestar. (Pôr-do-sol)

no dia-a-dia a gente muda, tu esquece é... aquela coisa de quando tu aprendes

na faculdade, tu aprende tudo bonitinho. Se todo mundo tá fazendo de um jeito e tu faz de outro sai diferente. Tu se sente diferente e tu age do jeito que todo mundo age. Por isso a gente tem que pensar que todo mundo age de maneira correta, porque daí as coisas vão... dão certo! (Águas Termais)

eu vejo que isso só tende a melhorar e o resultado final o que é! (Pôr-do-sol)

qualidade no trabalho! (Águas Termais)

e a melhor qualidade de atendimento para o paciente. (Pôr-do-sol)

Além disso, sentem mais vontade de trabalhar quando há continuidade do trabalho, porque a equipe trabalha harmonicamente e isso permite a qualidade na assistência, a valorização do paciente, a valorização pessoal e o resgate do trabalho em equipe. Essa atitude diminui a margem de erros, pois todos vêm da mesma forma. Novamente o grupo conseguiu alcançar uma “consciência crítica e coletiva” sobre a sua realidade de trabalho e a importância de participarem mais ativamente nesse processo, pois quando o desejo é coletivo fica mais fácil para alcançar-se aquilo que se deseja. Demonstraram que a transformação social acontece mediante a participação ativa dos sujeitos envolvidos na realidade, assim como mostraram em todos os momentos desta pesquisa.

Mais vontade de trabalhar que tu vê que tem uma continuidade. Que tu vê que não é uma coisa que um faz de um jeito e o outro de faz de outro A questão da continuidade, de que isso vai virar muitas coisas boas, qualidade de assistência, a valorização do paciente, a tua valorização como pessoa, a tua vontade de vir trabalhar, que as coisas funcionam, que dão certo, que não há injustiça, que não há coisas erradas. Eu acho que isso é o diferencial. Tu vê que todos vêm. Fazem as coisas do mesmo jeito. Isso é muito bom! Tu trabalhares se sentindo assim! (Águas Termais)

Tu se sente segura, tu vais deixar um plantão e tudo que tu fizesse naquela noite vai continuar. (Outono)

Resgatar essa coisa de trabalho em equipe. (Águas Termais)

Para a última atividade da pesquisa com as enfermeiras, repetiu-se a mesma do encontro passado, pois só haviam participado duas enfermeiras e para o final permaneceu apenas uma. Como a mensagem anterior não foi ouvida por todas, resgatou-se a mensagem, para deixar como reflexão sobre todos os encontros vivenciados, que permitiram a construção de todo o conhecimento, principalmente, à respeito da paciência e da consciência da necessidade de refletir sobre o fazer. Foi feita a leitura da fábula “Lição de esperteza”, cuja mensagem final foi *com paciência e raciocínio tudo se vence. Assim é o nosso trabalho! Pense nisso!*

O quarto momento educativo, representado no arco da problematização como a etapa das hipóteses de solução, resultou em uma discussão longa e profunda acerca da realidade das enfermeiras sobre a sua prática na avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos. A discussão principal recaiu sobre a própria sistematização da assistência de enfermagem. O grupo percebeu que o seu agir está relacionado com o seu pensar e esse despertar possibilitou que as enfermeiras refletissem na assistência de enfermagem e, assim, nos instrumentos que utilizam nessa assistência, como mostra a figura a seguir:

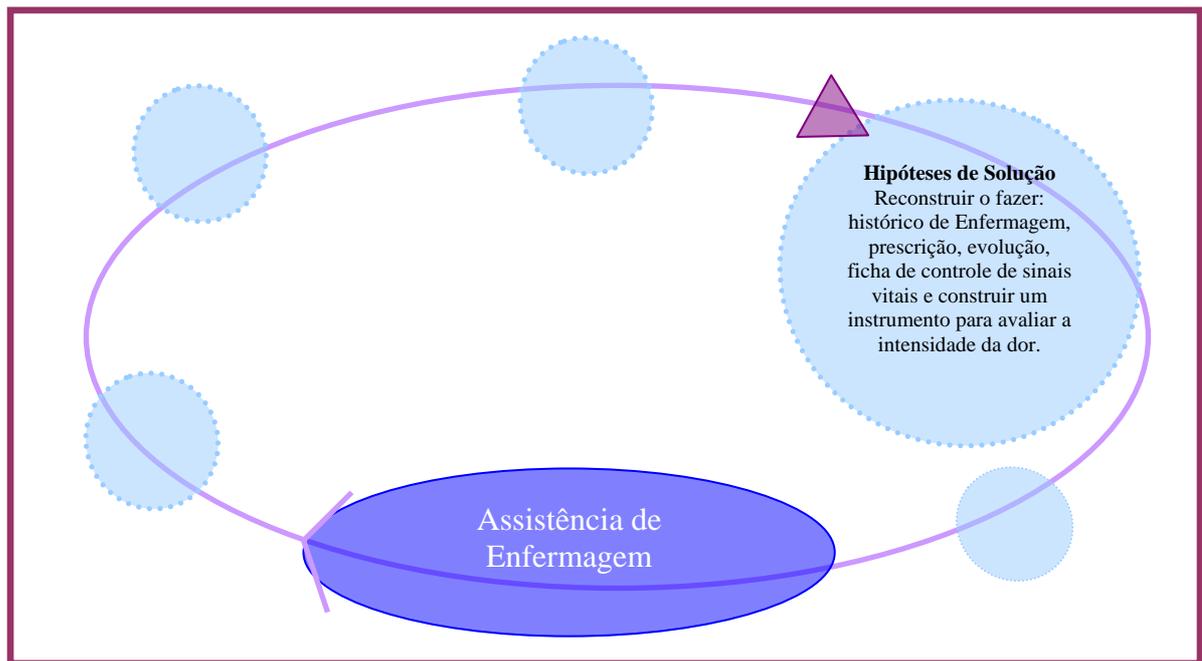


Figura 6 - Arco da problematização em construção. Levantamento de hipóteses para a solução de problemas feita pelo grupo de enfermeiras da unidade de cuidados paliativos do CEPON Florianópolis/SC.

Reforçou-me a crença de que a partir da realidade é possível identificar os pontos-chave de um ou vários problemas, teorizar sobre ele na intenção de aprofundar o conhecimento e criar/descobrir diferentes alternativas para a resolução do problema e a sua aplicabilidade. Foi possível perceber nas idéias de Freire caminhos que possibilitam o despertar nos sujeitos, das suas potencialidades como agentes de uma realidade, para através dessas potencialidades alcançarem a transformação social.

Assim, ao terminarem os encontros, o arco da problematização alcançou a seguinte estrutura:

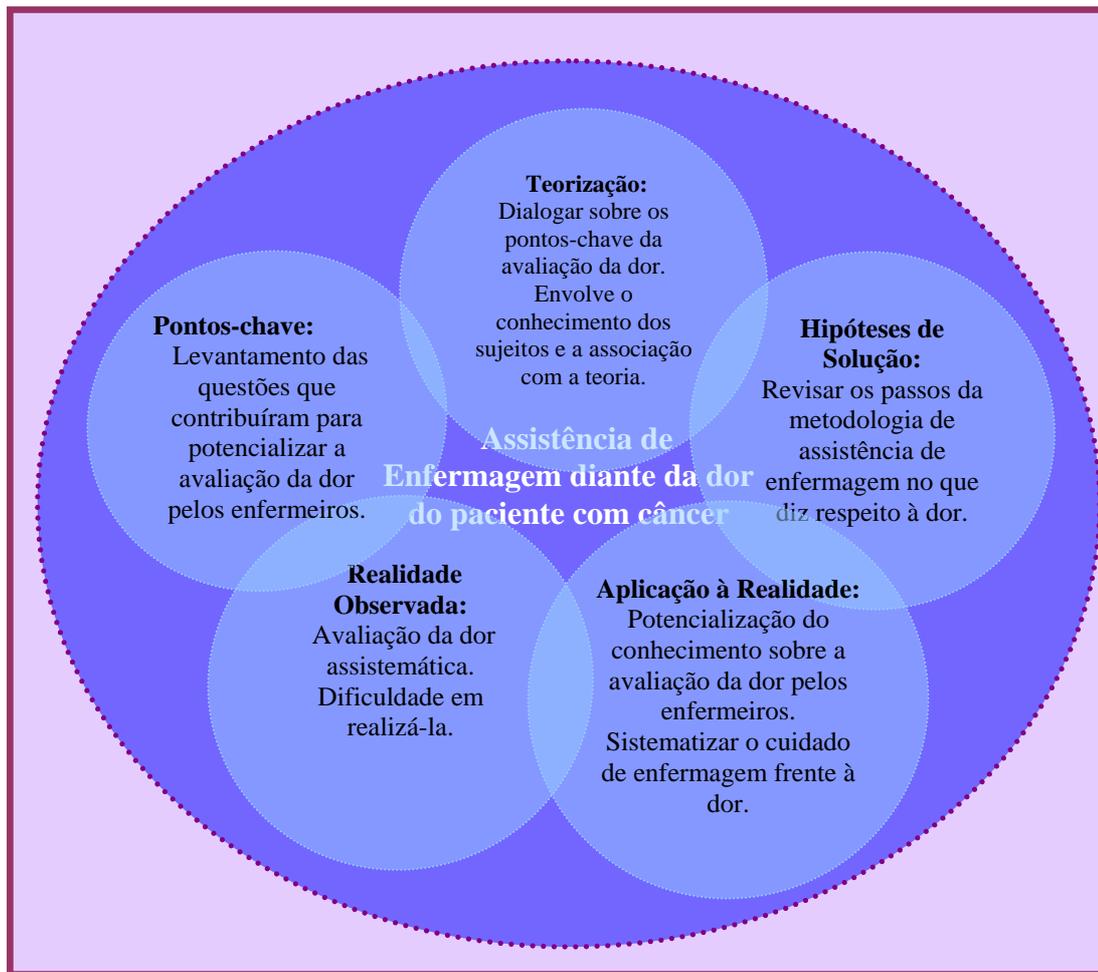


Figura 7 - Arco da problematização construído. Fortalecimento do conhecimento da avaliação da dor alcançado pelo grupo de enfermeiras da unidade de cuidados paliativos do CEPON. Florianópolis/SC.

É possível compreender, ao se trabalhar com o “arco da problematização”, que a palavra *arco* tem a finalidade única de orientar o pensamento ao se problematizar. Ao ser aplicado, cada momento representado, observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade, verifica-se que há um movimento contínuo, durante todo o processo da problematização, de ir à realidade e voltar da realidade, mas nunca excluí-la. A realidade é o ponto de partida e chegada do pensar sobre o problema. É recorrida em cada momento, ou seja, ao se observá-la, identificam-se seus pontos-chave para melhor compreensão, ou seus problemas, ao teorizá-la, identificam-se hipóteses de solução e retorna-se a ela para aplicar as soluções desenvolvidas. Por isso, o arco da problematização insere-se em todos os momentos educativos aqui trabalhados, como mostrou a figura 6.

CAPÍTULO 6 – REVELAÇÃO E TEORIZAÇÃO SOBRE AS CONCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM CÂNCER

Ao analisar os diálogos das enfermeiras atuantes em cuidados paliativos e as suas vivências na prática da avaliação da dor, podem-se perceber os diferentes olhares e enfoques que sustentam a complexidade e profundidade da temática, que serão discutidos neste capítulo.

Buscando responder ao objetivo desta dissertação, apresento, neste capítulo, a análise geral das concepções das enfermeiras participantes da pesquisa e atuantes em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer, evidenciando as estratégias utilizadas para avaliação da dor e as contribuições que essas concepções podem trazer para a prática da enfermagem. Assim, apresento as três categorias destacadas e as discussões em cada uma delas.

A primeira categoria é representada pelo significado da dor. Engloba uma análise acerca dos diferentes significados que as enfermeiras identificam sobre a dor dos pacientes com câncer internados em cuidados paliativos, enfocando, principalmente, a *Total Pain*. Aprofunda a reflexão sobre a compreensão desse fenômeno, fundamentando-se na realidade vivida e de diferentes experiências. Na segunda categoria, encontra-se a análise sobre estratégias apontadas pelas enfermeiras para avaliar a dor, evidenciando peculiaridades dessa prática a este paciente e família, no contexto de um hospital especializado em oncologia. A terceira categoria volta-se para a análise das possibilidades de cuidado apontadas pelas enfermeiras na prática da avaliação da dor.

6.1 O SIGNIFICADO DA DOR

Durante os encontros com as enfermeiras participantes da pesquisa, sobre a compreensão do que significa a dor, foi possível identificá-la como uma sensação e experiência que trás consigo sofrimento e angústia. Esse sofrimento, além de ser físico e relacionado com as condições evolutivas da doença, também envolve outras dimensões, transformando a dor simples em uma dor mais complexa, por envolver questões psicossociais,

e por isso pode ser denominada de “dor total”, como mostram os relatos a seguir.

a palavra dor para mim lembra uma coisa angustiante, que sufoca. Acho que todos nós já sentimos alguma dor, seja ela sentimental ou física e realmente é uma coisa muito angustiante, pois lembra a morte, sufocamento, e quando eu vejo que alguém tá com dor é uma coisa que eu sinto, é aquela angústia de aliviar aquela dor dele. Que parece que tá me angustiando. (Raio de Sol)

a dor é às vezes só uma companhia do lado e que, às vezes, o objetivo do familiar é estar ajudando, mas às vezes, ele está prejudicando, ele tá angustiando. É essa coisa do todo e não como um órgão que está doendo e sim uma pessoa que está sentindo dor (...). É uma coisa que impossibilita de fazer um monte de coisas, de viver! (Águas Termais)

*(...) que é aquela dor total e aí a gente começa a ver que já era **difícil a gente tratar a dor**. (...) é subjetiva (...). E, às vezes, a gente tem aquele alívio da pessoa, aí a gente olha, tá **todo mundo dolorido**, com dor. Aí a gente começa a olhar para a família, aí tu começa a olhar o acompanhante. (...) não é só aquele indivíduo que é o foco só, ele é talvez o foco inicial, mas irradia para o todo. Os pacientes dizem isso! As famílias dizem isso! (Luar)*

Tal compreensão foi tecida por meio de uma relação dialógica e que aliou a prática com a teoria, ou seja, com o que se espera que enfermeiros desenvolvam ao atuarem em cuidados paliativos e assistirem pacientes com câncer e em situação de dor. Permite evidenciar e potencializar a importância desse profissional no contexto de cuidado a esse contingente da população e a necessidade de ampliar a concepção de dor, ou seja, avançando o olhar para além do contexto físico, ao alcance de fatores psicológicos e sociais, compreendendo o contexto do fenômeno experienciado por cada pessoa.

Zaza e Baine (2002) afirmam que a dor no câncer é um fator preponderante na sobrevivência do indivíduo e pode ser considerada patogênica e facilitadora na progressão de metástase. Consideram importante a necessidade de compreender a evolução de todos os fatores que podem contribuir na experiência de dor no câncer, pois é um fenômeno multidimensional e resulta de uma complexa interação entre o fisiológico, o psicológico, o cognitivo e o social, entre outros.

Também nesse sentido, Pimenta, Mota e Cruz (2006) reforçam o depoimento sobre as dimensões da dor ao afirmar que a dor oncológica reveste-se de características especiais e por isso é descrita e conhecida como “dor total”, pois se torna uma síndrome em que além da nocicepção (lesão), outros fatores, como físico, emocional, social e espiritual, podem influenciar na experiência dolorosa. Essa experiência pode envolver desconfortos de cunho físico, psíquico, social e espiritual, como: lesões cutâneas, odores desagradáveis, anorexia, caquexia, insônia, fadiga, ansiedade, depressão, vivência de sentir-se mutilado, luto antecipatório, dificuldades econômicas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, podendo

resultar em angústias e sofrimentos.

A partir desta análise as participantes do estudo entendem que, pela complexidade da dor, não conseguem realizar a sua avaliação sozinhas. Há necessidade de haver a participação de outros profissionais, ou seja, uma equipe multiprofissional que possa suprir onde não podem alcançar. No seu dia-a-dia e no local em que trabalham há esse apoio. Entretanto, não há nesta equipe o profissional psicólogo, apesar de sentirem que precisam dele, como um apoio imperativo conforme o seguinte relato:

(...) não conseguimos trabalhar sozinhos, porque o mais importante que isso, a enfermagem, não vão conseguir tratar toda essa dor, sozinha, porque nós temos um pouco de respaldo, mas precisa da interdisciplinariedade, na questão do psicólogo (...) para estar trabalhando esses problemas (...) (Águas Termais)

É uma coisa que faz muita falta aqui, a psicologia, até para nós! (Raio de Sol)

A dor no câncer passa a ser total quanto ultrapassa o limite da dimensão física de doença e estende-se para as dimensões da vida diária, do seu cotidiano modificando hábitos de viver com saúde. A dor total apresenta um significado mais amplo no sentido de sua complexidade e da expansão para as várias dimensões do viver do ser humano. É uma dor que transcende ao paciente e envolve a todos os outros seres humanos em relação com ele, mais precisamente a família. É um fenômeno que desencadeia no indivíduo e sua família a sensação de estar limitado ao leito de uma cama, seja ele no domicílio ou até mesmo no hospital. Significa perder sua liberdade de agir sobre si e sua vida e os planos realizados para um futuro próximo ou distante e, desta forma, todos os familiares ao redor também começam a sentir as mesmas limitações. Por isso a dor associada a condição de adoecer com câncer transforma esta experiência em algo angustiante e sofrido.

6.2 A FORMA DE AVALIAÇÃO DA DOR PRATICADA PELAS ENFERMEIRAS

A avaliação da dor dos pacientes com câncer, realizada pelas enfermeiras que atuam em cuidados paliativos, acontece de forma individualizada e assistemática. Ao trocarem experiências, relatando suas práticas, foi possível perceber que uma forma de avaliar complementa a outra. Todas demonstram preocupação e sensibilidade em identificar as características do fenômeno doloroso e procuram manejar seguindo suas crenças, valores e

conhecimentos. Esforçam-se para realizar um cuidado com competência e que traga conforto e alívio do sofrimento ao paciente e família durante essa experiência, tanto para elas enquanto cuidadoras profissionais, quanto para aqueles que vivenciam a experiência. Ao realizarem a avaliação da dor, procuram investigar causas biopsicossociais, como mostram os relatos:

se ela é em picada, facada, pesa e até por causa das medicações. Aqui eu também aprendi o que funciona mais para dor de cabeça, visceral, então a gente faz as perguntas que vão direcionar o que melhor faz efeito para aquela dor. E no caso do paciente acamado que não responde, eu acho a melhor maneira de avaliar, a face. Às vezes algum movimento que ele faz com o braço, as pernas... que retrai, que mostra que ele tá com desconforto e que ajuda avaliar se ele precisa de analgesia. (Raio de Sol)

as informações que hoje eu procuro dele... informações em relação à frequência da dor, o que eles estão utilizando para aliviar a dor, como é que é essa dor (fisgada, pontada, corre, não corre) qual é a localização dessa dor. Essa dor tem horário para aparecer? Ela tem alguma coisa que desencadeia? O que a acalma? (Luar)

bom... primeiro lugar aonde dói e como é que é a expressão do paciente em relação dessa dor e a extensão que dói. (Pôr-do-sol)

tu tens que avaliar o todo, é a face, é a família, o desejo que está causando sofrimento para a pessoa, é o familiar que não chegou ainda, o familiar que não se alimentou. Não é tu vê o câncer, é o todo do paciente. (Águas-Termas)

A experiência dos encontros realizados e a estratégia utilizada para nortear a pesquisa possibilitaram, por meio do diálogo, que as enfermeiras compartilhassem experiências que aconteceram no seu dia-a-dia com os pacientes e familiares em situação de dor. Experiências que contribuíram para que elas refletissem sobre a forma com que realizavam a avaliação da dor e sobre as próprias condutas, estimulando a continuidade de suas preocupações e a importância que apresentam neste momento.

assim como a experiência com um paciente que estava sentindo muita dor e ele pedia para mim... 'Arco-íris aberta, aberta porque dói.' Sabe! Então, para mim isso aí mexeu! Foi muito importante eu ver o quanto de dor ele estava sentindo, que aquilo ali para ele estava ajudando a melhorar, fora a medicação que ele estava fazendo. Isso ali, para mim, foi bem importante. (Arco-íris)

*um dia desse um paciente me pegou na mão e perguntou: 'Outono, tu vai embora agora?' 'Vou por causa da minha menina!' 'Tu não ficavas aqui?' Eu nunca me esqueci daquilo. Eu nunca vou me esquecer! O fato da minha presença... que eu, uma pessoa estranha, e o meu **toque** de mão acalentava uma dor oncológica. (Outono)*

Essas experiências relatadas anteriormente foram alguns exemplos das muitas compartilhadas entre as enfermeiras no seu dia-a-dia frente à dor. A experiência possibilitou a

elas compreenderem parte do contexto da dor, principalmente, as percepções vividas pelos próprios pacientes. Os relatos demonstram que a sua avaliação é realizada conforme cada uma pensa ser a melhor forma de avaliar, e elas percebem que é uma prática difícil de realizar e enfrentar, mas, acima de tudo, demonstram sensibilidade no cuidar. Na prática diária de avaliar a dor, as enfermeiras conseguem identificar as dificuldades e facilidades desse cuidado. Entretanto, diante dessa prática, apresentam mais dificuldades do que facilidades e estão conscientes de que há necessidade de desenvolverem mais conhecimento quanto à questão da avaliação da dor.

Freire (1996) analisa essa consciência como a “consciência de si e o do mundo”. As enfermeiras, ao apresentarem essa consciência, evidenciam o seu “inacabamento” como seres e percebem que estão com o mundo, com a realidade de seu trabalho, e entre outros seres.

As dificuldades envolvem a própria condição de subjetividade da dor e a tarefa dos profissionais de enfermagem de perceberem as suas diferentes dimensões, o que tornam complexa a avaliação da dor. Além disso, os enfermeiros sabem que seu conhecimento apresenta limitações para lidar com mitos, tabus, e, em alguns momentos, sentem a necessidade de suporte emocional por causa do próprio sofrimento daqueles que sentem dor. Compreendem que pela rotina de trabalho acabam perdendo a capacidade crítica, tornando o fazer diário uma ação repetitiva, associada à falta de educação continuada e protocolos, que contribuem para a descontinuidade do trabalho do enfermeiro e de outros profissionais. Entendem esse processo difícil de realizar-se e fazem uma reflexão sobre essas dificuldades e a repercussão delas no manejo da dor.

(...) a nossa não- preparação para a dor, para o sofrimento das pessoas, porque a gente não sabe o que fazer... a gente deixa essa pessoa sofrendo porque ele também não está preparado. (Águas Termais)

Será que eu tenho capacitação para? (Luar)

Tenho dificuldade em avaliar! (Outono)

É do ser humano ser crítico, mas a gente esquece disso. (Outono)

Não vou dizer que tudo o que as minhas colegas fazem eu faço, porque eu ainda estou aprendendo a fazer avaliação da dor, mas acho que um pouquinho de cada um. (Arco-íris)

As enfermeiras demonstram apresentar conhecimento prático sobre a avaliação da dor e a fazem muito próximo do que se espera de uma enfermeira que atua em cuidados paliativos. Entretanto, demonstram ter a necessidade de aprofundar o conhecimento científico

sobre a avaliação da dor e de reavivarem a sua capacidade crítica.

*(...) temos potencial, mas o conhecimento técnico e o científico são extremamente importantes... essas pessoas vão se sentir mais seguras... elas se sentem muito bem com tudo o que a gente faz, se aproximar se a gente permite, mas a gente também tem que quando é no 'pega para capar' **estar muito preparado**. (Águas Termais)*

Estudos têm evidenciado que o déficit de conhecimento sobre o manejo da dor por enfermeiras que atuam na área da oncologia também existe. Porém, a prática e a experiência dessas enfermeiras acerca do cuidado na avaliação desses pacientes possibilitam uma compreensão melhor e uma forma de aprendizado, mas que necessita ser complementado sob o ponto de vista científico.

Em um estudo realizado em Taiwan, por Lai et al. (2003), confirma-se essa afirmação. Enfermeiras que atuam em oncologia têm um nível de conhecimento maior sobre dor em comparação àquelas que atuam em outras especialidades. Essa evidência reforça a idéia de que a avaliação da dor é reconhecida pelas enfermeiras que atuam na oncologia como uma ação importante. Além disso, esses mesmos autores, ao compararem outras situações clínicas, pensam que as enfermeiras oncológicas podem realizar mais discussões e relatos de casos sobre dor, assim como realizar educação continuada. Uma situação interessante mostrada nesse mesmo estudo foi que enfermeiras que atuam em emergência possuem o mesmo nível de conhecimento, principalmente porque a dor é o maior problema em ambas as unidades.

As enfermeiras conseguiram identificar, nas discussões sobre os pontos importantes de sua realidade e a ação de avaliar a dor, que uma das causas de subtratamento da dor é o **déficit no conhecimento**, principalmente, nos cursos de graduação. Concordam que o conhecimento técnico é importante na avaliação da dor e que não é só a “empatia” que possibilita essa prática, e que elas mesmas precisam aumentar esse conhecimento.

(...) o conhecimento técnico do controle da dor e outros sintomas como a fadiga, relacionados ao câncer, por exemplo, são uma falha na graduação, porque não é só empatia, o teu conhecimento técnico é o diferencial para esse acolhimento. O paciente vai ter empatia não por você ser simpático, mas porque você está tirando a dor dele. Tais mudando ele de decúbito, tais limpando a fralda dele, é tudo isso do conhecimento técnico. (Luar)

Também compreenderam que a rotina contribui para que o pensar fique congelado no tempo e que até em situações mais simples não conseguem desenvolver sua capacidade de reflexão sobre a ação e, principalmente, de valorizarem o seu trabalho:

... ao participar de um evento, recentemente, um enfermeiro de Portugal falou de

cuidados com a pele, material de ponta. E o básico, e o cuidado de enfermagem? Quando você quer usar uma placa, você tem que avaliar a pele, você faz mudança de decúbito, você coloca o colchão piramidal, a gente não precisa que o diretor assine ou que libere não! Sou eu que tenho que planejar, avaliar o paciente e me planejar para esse cuidado. (Luar)

eu me autovalorizo [...] Eu tenho uma paixão pela enfermagem que eu acho assim: se um paciente está horas sem urinar e eu passo uma sonda, um procedimento invasivo... eu acho tão científico e eu tenho capacidade para fazer isso... assim como puncionar 'port'. (Outono)

Complementando a idéia, Glajchen e Bookbinder (2001), em um estudo de revisão de literatura a respeito do **conhecimento de enfermeiras** sobre a avaliação da dor, também verificam que as enfermeiras oncológicas demonstram déficits no conhecimento, principalmente, acerca da avaliação e princípios de farmacoterapia com opióides. Entretanto, esses déficits estão relacionados diretamente ao déficit na educação sobre dor. Os mesmos autores complementam que a educação proporciona um aumento no conhecimento das enfermeiras, mas as evidências demonstram que os programas de educação sobre dor são insuficientes.

Já, segundo Sloan et al. (2001) e Lai et al. (2003), as dificuldades mais relatadas e evidenciadas por enfermeiras são: compreensão sobre o uso, propriedades e efeitos dos opióides no alívio da dor; diferença entre dor crônica e aguda; falta de habilidade analítica em realizar julgamentos clínicos sobre dor; falta de conhecimento e concepções sobre as possibilidades de desenvolvimento de adição e depressão respiratória.

Na prática das enfermeiras desta pesquisa, essas dificuldades apresentadas, principalmente, acerca da compreensão sobre o uso, propriedades e efeitos dos opióides e conhecimento sobre as possibilidades de adição e depressão respiratória não foram evidenciadas como dificuldades. Por sua experiência no cuidado a pacientes oncológicos e por atuarem em um centro de referência para o atendimento a esse paciente, demonstram conhecimento sobre o uso desses medicamentos, até porque realizam educação em saúde a pacientes e familiares sobre eles, para diminuir mitos e tabus apresentados. Essa idéia fica clara no relato a seguir:

o nosso papel é orientar. Eu acho interessante uma coisa que aconteceu essa noite. Uma paciente do 2.2, ela tinha Tylex (...). Disse que tomava Tylex. Eu fui conversar com ela. Ela estava com dor. (...) Ela tinha Morfina se necessário, na hora ela disse não! Não tomo Morfina! Fui lá conversar com ela e dizer que tem Morfina e (...) ela falou: não! Eu não tomo Morfina! E eu falei: mas é uma dose baixa! A Morfina vai te ajudar bastante nessa dor, assim, em região de tórax! Ela também ajuda na dispnéia! E os efeitos colaterais? Olha os efeitos, geralmente, acontecem em doses mais elevadas. Essa dose que você vai receber é só se necessário, e ela falou que teve uma amiga que teve falta de ar, toma essa

Morfina e tem falta de ar. Eu disse, não! É uma situação específica. Eu perguntei para o paciente da frente se tomava. Ele: Nossa! Meu Deus para mim, Deus me livre se eu não tivesse essa medicação! Então ela criou confiança e tudo bem! Então eu quero! Disse que ela não era obrigada a tomar e que nós estávamos ali para ajudar. Ela dormiu bem à noite com uma dose de Morfina, mas para quem não estava tomando nada? (Águas Termais)

esse negócio de reforço: tinha uma vez uma paciente que estava no 3.3 que ela não pedia reforço e vivia com dor. E a gente falava e ela não pedia reforço. Ah! Já tá quase dando 10 horas, deixa! Daqui a pouco vem! Eu falava para ela e vocês falavam e ela não (...). Quando o paciente é assim, a gente tem que respeitar que o paciente não quer. Não é o não querer por opção. Era tabu. Eu acho que ela tinha medo! (Outono)

Em um estudo realizado por Lin (2001), relata-se que em Taiwan e nos Estados Unidos algumas compreensões de pacientes fazem com que estes relutem em reportar sua dor e a usar analgésicos, como: o senso de fatalidade que contribui na crença de que a dor é uma consequência inevitável do câncer e por isso não compreendem que essa dor pode ser aliviada; medo de adição aos analgésicos; preocupações sobre os efeitos colaterais dos analgésicos; o desejo de ser um “bom paciente” não reclamando de sua dor; a compreensão de que o aumento da dor significa progressão da doença e medo de tolerância a drogas. Essas atitudes podem ser exemplificadas com o relato a seguir:

às vezes ele não quer incomodar. Ficam com vergonha. Então tu sempre tem que estar orientando. O que aconteceu com o senhor Luiz foi isso! O dia que eu orientei ele e ele não pedia reforço. Tá, seu fulano! Porque o senhor não tá pedindo reforço? Ah! Porque eu não queria incomoda! É pouquinha! Não dá... ainda! Não é aquela dor! Tá doendo, mas não é aquela dor. Mesmo não tendo aquela dor e mesmo não sendo aquela dor tão forte é que o senhor tem que me pedir o remédio para não deixar aumentar. Ah! É ta, tá! Da próxima vez, então eu vou pedir! (Arco-íris)

mas esse é um mito que a maioria dos pacientes e familiares tem! A família chega aqui e aí coitado! Já tá na morfina! Como se a morfina fosse uma medicação usada só para pacientes que já estão morrendo. (Arco-íris)

Em um estudo realizado sobre as percepções a respeito do uso de analgésicos e efeitos colaterais do usuário, Palos et al. (2004) reforça as situações relatadas. Pessoas que estão vivendo a dor frequentemente apresentam dificuldades na escolha da terapia analgésica, principalmente, pelo fato de que a maioria das medicações utilizadas apresenta efeitos adversos, são inviáveis ou apresentam custo elevado ou provocam adição. Ao se reportar à oncologia, revela que um dos fatores que contribuem para o subtratamento da dor é a falta de conhecimento dos próprios usuários e, também, dos profissionais de saúde. Além disso, evidenciou-se na conclusão do estudo que a experiência dos usuários com efeitos adversos

anteriores, seja de parentes ou amigos, ou até mesmo comentários, podem interferir na adesão ao uso de analgésicos, principalmente, os de efeitos negativos. Outro fator contributivo é que a maioria dos participantes da pesquisa não foi bem informada sobre os efeitos adversos, estimulando a relutância ao uso de analgésicos.

Entretanto, é fato perceber que as enfermeiras deste estudo apresentam um conhecimento significativo que as auxiliam no momento de educar os pacientes e familiares no uso de analgésicos, principalmente opióides, e na continuidade do tratamento antiálgico. O que estimula essas profissionais a realizar esse cuidado no momento de avaliar a dor é a sua preocupação com o sofrimento físico e psicossocial que a experiência dolorosa e de adoecer pode trazer para o paciente e família quando a dor não é controlada. A ferramenta utilizada para permitir esse processo interativo é a própria relação dialógica entre paciente/família/profissional, fundamentada no respeito pelo outro e o estímulo à autonomia sobre o seu tratamento.

Avaliam a dor valorizando o contexto em que esse fenômeno acontece no processo de adoecer com câncer deste paciente e de sua família. Abrangem na avaliação da dor aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ao se avaliar a experiência física buscam compreender as características da dor sob o ponto de vista do paciente e do familiar, ou seja, como relatam verbalmente esta sensação (picada, facada, pontada, se pesa, se corre), sob a sua análise técnica (visceral, neuropática, óssea, incidental), a frequência, localização, fatores que podem desencadeá-la, além de outras características comportamentais que possam demonstrar a sensação dolorosa como: postura corporal adotada pelo paciente e a expressão facial em momento de dor;

Ao avaliar o contexto psicológico procuram identificar no dialogar sobre a experiência dolorosa como o paciente e sua família sentem a dor e o que fazem para alcançar o alívio. Demonstram preocupar-se com todo o contexto em que a dor acontece e não somente como um órgão que dói. O próprio adoecer mobiliza as enfermeiras a sensibilizarem-se com o sofrimento compartilhando com os pacientes e familiares esta experiência.

No contexto social procuram observar o comportamento do paciente com o seu acompanhante, principalmente, porque percebem que em alguns casos a dor pode ser desencadeada e, até aumentar, dependendo de quem o acompanha durante a internação. Percebem que mesmo a família tendo a intenção de ajudar acaba contribuindo para a experiência dolorosa, principalmente, quando há evidências de que as relações no ambiente familiar não estão em harmonia. Harmonia interrompida pelo próprio processo de adoecer.

Avaliar dor é um cuidado difícil de ser realizado. As dificuldades representam a

própria complexidade da experiência vivenciada, mas não por elas e sim por pacientes e familiares. A subjetividade é o maior obstáculo. Decifrar esta experiência através da voz de quem a sente é a maior dificuldade, pois não pode ser palpada. São conscientes de que somente o paciente pode fidedignamente mensurar a sua dor e por isso, requer do profissional enfermeiro competência técnico-científica para realizar este cuidado de forma mais resolutiva.

A resolutividade caracteriza-se pelo conhecimento desenvolvido na prática diária e na sua própria capacidade de realizar crítica sobre o seu fazer e perceber a necessidade de desenvolvimento. Entretanto, entendem que a rotina diária contribui para que esta capacidade fique adormecida, principalmente, a reflexão sobre o conhecimento técnico-científico.

Além disso, compreendem que diante do processo de avaliação da dor cabe a enfermeira buscar desenvolver neste processo de relação paciente-profissional um elo de confiança. A confiança é a principal estratégia que ela pode utilizar para iniciar o canal de comunicação na relação e que ao iniciar deve ser mantida durante toda a internação. É este vínculo que irá permitir a enfermeira aproximar-se do paciente e de sua família para investigar as informações necessárias e fundamentais para se avaliar a dor assim como, possibilitar atuar como orientadora para este cuidado. A orientação volta-se para a abertura das possibilidades de aliviar o sofrimento da experiência dolorosa desde a orientação para a importância de relatar a dor, assim como na orientação sobre como e porque tomar as medicações prescritas para o controle da dor.

6.3 CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO APONTADAS PELAS ENFERMEIRAS AO REFLETIREM SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR

Durante os diálogos entre as enfermeiras sobre a avaliação da dor, foram reveladas formas de cuidado frente a essa experiência. O que mais se destacou foi a importância da busca por uma relação também dialógica com o paciente e família, reforçada pelo vínculo e a confiança entre o profissional e o paciente/família. Compreendem que essa relação facilita o processo de avaliação da dor pela segurança transmitida e é um cuidado que deve ser valorizado, como mostram os depoimentos a seguir:

o primeiro dia e a primeira noite, como são as primeiras vinte e quatro horas, venho observando a confiança que tu passa para o paciente e que nada de ruim vai acontecer com ele. (Pôr-do-sol)

então quando o paciente chega para mim no ambulatório ou no domicílio, a

primeira coisa que eu tenho que me propor a fazer é... porque não adianta fazer... porque às vezes a dor é aguda e aí tu tens que ver? Como é essa dor... vai o procedimento para poder conversar, mas acho que a questão é estabelecer vínculo. (...) A importância que tem quando a gente estabelece um vínculo, às vezes a gente não tem tempo de puxar uma cadeira, olhar no olho. (Luar)

às vezes, é com um diálogo (...). Não adianta tu só ir lá pegar Morfina, às vezes, a dor não é de Morfina é de (...) outra coisa. A dor é às vezes só uma companhia do lado (...) (Águas Termais)

Segundo Kovács (2006) ao atuar em cuidados paliativos é indispensável que a equipe de saúde saiba comunicar-se com o doente e os familiares, e entre si, e essa ação é indiscutível. A comunicação efetiva, harmoniosa e embasada nas necessidades do paciente possibilita um controle mais eficaz de desconfortos físicos e permite ao profissional acolhê-lo, diminuindo assim, as angústias e sofrimentos. Por sermos humanos, temos capacidade de dizer sobre nós, e a capacidade de ouvir, ouvir a nós mesmos e ouvir os outros. Uma escuta atenta envolve também o olhar, observar os olhos, rosto, mãos e postura. É uma ação que vai além das palavras, do conteúdo, é estar ciente do tom de voz, das reticências e do silêncio. O autor destaca ainda que o ouvir é um processo de reflexão e amadurecimento pessoal. O ato de comunicar-se também se refere à capacidade de o profissional saber ouvir. Isso ficou evidente no relato de Águas Termais: “o papel mais importante da gente é ouvir”.

Esse saber ouvir envolve o saber “estar com”, o importar-se com o outro. As enfermeiras demonstram importar-se com os pacientes e suas famílias durante a sua internação e em momentos de dor. Respeitam a vivência do paciente e através da relação diária constroem uma relação de confiança. Entendem que muito mais que administrar analgésicos a um paciente oncológico e com dor, em cuidados paliativos, o enfermeiro ao cuidar deve importar-se com o outro. Por essa compreensão, é possível perceber em seus relatos que a dor é uma experiência que deve ser valorizada nas suas diferentes dimensões.

Entretanto, compreendem que o seu fazer técnico-científico necessita ser repensado para que a prática de avaliação da dor possa ser melhorada. Além de sua capacidade de relacionar-se com o paciente e a família estabelecendo uma relação também dialógica no momento de dor percebem que é a partir da implantação de condutas sistematizadas de cuidado a dor, englobadas na sistematização da assistência de enfermagem, é que suas ações podem ser melhor direcionadas e desta forma, possibilitar a um manejo da dor mais completo. Esta sistematização facilita a orientação aos pacientes e familiares sobre o uso dos analgésicos assim como sobre as possibilidades de autocuidado frente a dor que podem ser orientadas.

A falta de uma avaliação sistematizada para direcionar essa prática pelas enfermeiras

foi outra dificuldade relatada. Conforme análise dos relatos e dos momentos de diálogos, as enfermeiras relatam que não possuem um “**protocolo para avaliação da dor**”, que as orientem em como realizá-la. Fazem essa prática fundamentada em seu conhecimento e na experiência desenvolvida ao cuidado de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Compreendem que é necessário estabelecer critérios que direcionem a avaliação e, assim, possibilitem alcançar uma avaliação mais eficaz, como mostra o relato a seguir:

Acho como a gente falou. Padronizar assim, ter a nossa forma de agir. Uma coisa mais fidedigna e não uma coisa ao léu! Que a dor é assim! Que a dor é assado, como eu acho que é hoje em dia. A dor é muito subjetiva, então não tem uma definição própria de dor. Fica algumas coisa assim, será que é, será que não é? Iria nortear o trabalho da gente. Ficar uma coisa padrão. O plantão seria consolidado no plantão do outro. Todo mundo iria agir da mesma forma no controle de dor. Porque eu acho que a enfermagem é uma coisa continuada (...)
(Outono)

Reforçam que sistematizar é uma forma de sair do subjetivo e que ter conhecimento subjetivo significa que não há embasamento teórico:

(...) e quando o conhecimento é subjetivo, quando a gente não tem a base teórica.
(Águas Termais)

Eu acho a importância de sistematizar é assim: é justamente para todo mundo fazer uma única coisa. Não fazer como eu acabei de falar que cada um faz de uma forma e para ver que padronize. Que coloque algum documento, algum formulário que padronize e que faça com que todos os enfermeiros e técnicos trabalhem da mesma forma para que o paciente não veja assim: se ele internou comigo eu vejo de uma forma. Aí vem uma outra enfermeira que já avalia de outra forma. Quer dizer que a forma que eu avaliei não estava correta, mas a forma com que a outra avaliou também pode estar incorreta. (Arco-íris)

Todo mundo trabalhar da mesma forma. De você ter uma sistematização, de todo mundo trabalhar no mesmo sentido. Aí tu consegue fazer a coisa mais correta.
(Águas Termais)

Para Chaves e Leão (2007), a investigação da dor de forma sistematizada, ou seja, com a realização de registros e a avaliação da eficácia das intervenções, pode contribuir na diminuição do problema da subidentificação dos fenômenos dolorosos. Compreendem que o papel do enfermeiro no gerenciamento da dor não se limita a execução de cuidados prescritos, mas sim ao desenvolvimento de sua capacidade de avaliação e atividades educativas.

As enfermeiras identificaram o processo de avaliação da dor como parte da sistematização da assistência de enfermagem. Desta forma, ao olhar com maior profundidade para as possibilidades e a importância de se realizar a sistematização da avaliação da dor e a sistematização da assistência de enfermagem utilizada atualmente, compreenderam que esse

processo inicia-se pela coleta de dados. Esta coleta é realizada através do histórico de enfermagem. Instrumento que orienta a enfermeira investigar informações que podem evidenciar necessidades de cuidado. É através desta coleta de informações que a enfermeira tem o primeiro contato com o paciente e o familiar. Nesse primeiro encontro, o enfermeiro inicia o vínculo entre paciente/familiar/profissional, considerado, por elas, fator importante na avaliação da dor. É uma estratégia de aproximação inicial como mostra o relato a seguir:

Eu adoro quando o paciente chega para coletar o histórico. Eu adoro!(...) Primeiro eu acho que tu pega uma confiança do paciente, segundo eu tento imaginar a cabeça do paciente: hoje eu cheguei, veio essa menina e ficou aqui um tempão comigo, né? Perguntou disso, daquilo. Aí tu já começa a perguntar dos filhos, trabalha com o quê? Então ele cria aquele vínculo. Tu orienta onde vai dormir, a campainha, tu mostra onde é aquilo, tu faz ele se sentir em casa. Essa agora é a sua cama, esse agora é o seu vizinho, eu sou o seu vizinho, essa é a sua nova casa e eu acho que isso para ele é bom! Como a P.S. falou: no outro dia que ele te vê ele diz: ai que bom que é tu! Então à noite, às vezes, tu passa de madrugada e tu vê! Tinha um que ele ficava assim: Tu tava acordado ainda? É, não consegui dormir ainda! Tais estranhando o colchão, né? Não é o cheiro de casa. Tento dar um fugida para não ficar ressaltando. Então tu tenta brincar um pouquinho. Eu acho assim: chegou um paciente, às vezes, eu largo tudo o que estou fazendo, deixo algumas coisas para eu ir lá coletar o histórico dele, porque eu acho que eu crio um vínculo com ele bom e eu consigo fazer uma boa imagem do que vai vir para ele. Explico, sempre falo dessa questão da morte na unidade. Nós temos alguns pacientes com uma taxa alta de falecimento. Que tem uma sala de televisão que ele pode estar usando. (Outono)

Entretanto, esse vínculo pode não acontecer imediatamente no primeiro encontro entre profissional e paciente, mas ao longo de sua internação, pois a rotina diária contribui para que a enfermeira não perceba a necessidade de dedicar um pouco do seu tempo para ouvir. Ouvir as queixas daqueles que está precisando naquele momento de alguém disponível para ouvir. Então, é possível que esta relação somente aconteça no convívio diário e a partir do momento em que a enfermeira apresenta esta disponibilidade. Sentar e ouvir no momento da visita diária ao paciente e família torna-se uma estratégia para possibilitar identificar informações importantes na avaliação da dor como mostra a seguir:

Às vezes a gente passa a visita, mas a gente tá pensando nas coisas que a gente tem que fazer e eles percebem isso! Tanto é que na pergunta que você faz, às vezes, ele tem um monte de coisa para te falar,, mas não fala. Mas se tu pegar uma cadeira e sentar do lado do leito e aí tu começa, aí eles começam. Às vezes o paciente tá ali uma semana e ninguém sabe aquilo que ele vai te contar porque ninguém sentou ali e ouviu. (Raio de Sol)

Isso não encerra aqui. É um momento. Talvez não seja nesse primeiro momento que ele vai te relatar muita coisa que vai fazer diferença no andamento do tratamento. (Luar)

Dessa forma, o processo de avaliação da dor continua no dia-a-dia, através das visitas ao paciente, como referido anteriormente, continuando com a evolução e prescrição de cuidados de enfermagem. Compreendem que o processo de evoluir sobre os cuidados realizados e as alterações ocorridas diariamente na internação do paciente com câncer em cuidados paliativos é uma forma de manter as informações atualizadas para que essas possam servir de orientação para a equipe de enfermagem e possibilite a continuidade do cuidado:

Eu evoluo o paciente, mas se acontece alguma coisa como, por exemplo: o Sr. F. que referiu muita dor. Eu anoto: às duas horas o paciente referiu muita dor em MID. Foi administrado. Isso. Eu anoto porque eu acho que é importante, porque, às vezes, tu coloca o horário, mas para mim é muito vago o horário. O que aconteceu? Eu sinto dor! Mas que dor? Dor de quê? Dor de cabeça? Então eu gosto de botar para mim, registrando o que eu fiz também e para quem vai pegar depois. O paciente teve dor de madrugada? Então eu sempre coloco. (Outono)

Além disso, percebem que ao se realizar um registro mais completo sobre o fenômeno doloroso contribuem para que o seu trabalho seja valorizado e mostre a sua competência profissional. Sentem que ainda não realizam a evolução de enfermagem de forma completa. Ainda há necessidade de desenvolverem esta capacidade, principalmente, para melhorar as suas ações de cuidado a dor:

Eu acho que é essa questão mesmo de melhorar mesmo. Que tudo o que tu registra tu tens mais respaldo. Então, melhor registrar, sobre o paciente, sobre o alívio da dor. Não cessou? Reforço! A dor está intensa? Quanto mais tu registra, mais respaldo. A gente peca muito! Às vezes a gente peca por não registrar, mas o registro ele te dá um respaldo. (Águas Termais)

Acrescentam, ainda, que para investigar a intensidade da dor é importante utilizar uma escala de avaliação, principalmente, porque não utilizam na unidade. Essa escala pode alimentar mais os dados de investigação sobre a dor e possibilitar a mudança de condutas durante a internação pela identificação da sua intensidade pelo próprio relato do paciente ao interpretar a escala. Além disso, pode ser utilizada durante as vinte e quatro horas de internação. Entretanto, para que seja realizado o registro das informações após o uso da escala. Interpretando-se a dor como o quinto sinal vital, pode ser registrada junto aos outros sinais vitais na ficha de controle de sinais vitais. Estas idéias podem ser verificadas nos relatos a seguir:

Eu acho muito interessante! Eu sou bastante a favor dessa escala de dor para o controle da dor. Eu sempre achei que tem que ser feito. Eu fiz e todas as vezes que eu fiz o pessoal faz descaso, não controla, porque é frescura, porque não sei o quê. Eu faço, principalmente, o controle da dor do paciente quando ele tem a dor muito intensa. (...) principalmente depois do bloqueio, porque o Dr. G. liga e

pergunta como está o paciente. Você às vezes não pegou esse paciente em hipótese alguma, mas você tem a escala da dor ali! Nas últimas 48 horas, pelo menos nas últimas 72 horas que você tem que fazer. Pode dar um parecer para ele, independente de qualquer horário. (Pôr-do-sol)

Então ou a cada hora ou a cada reforço, mesmo que ele não esteja com dor. Aí ele vai dizer agora eu estou assim, agora estou com muita dor (...) vai contribuir muito porque aí tu vai saber a frequência que é aquela dor e a intensidade (...) se você fizer isso você vai saber como está a dor do paciente, que característica é a dor e se você fizer, você tem como saber e até para que a gente possa mudar a prescrição de enfermagem, a prescrição médica, a dosagem da analgesia, estar passando para o medico, verificar se a analgesia está sendo suficiente para o paciente. (Arco-íris)

Pode ser na folha de sinais vitais, porque a dor é o quinto sinal vital, tanto que a gente tem que colocar mais um item na folha de Sinais Vitais. (Arco-íris)

Ao pensar-se na prescrição de enfermagem conseguem compreender que esta reflexão é uma renovação. As ações de enfermagem diárias, como o prescrever cuidados, com o adormecimento de sua capacidade de reflexão acabaram sendo deixadas para “trás”. A prescrição de enfermagem deve ser reformulada para uma forma mais personalizada. Visualizam que houve evolução no seu processo de prescrição de cuidados, mas atualmente, pela mudança no perfil do paciente é importante realizar novas reflexões:

(...) a renovação é sempre importante (...) a gente estar trazendo coisas que estavam ficando para trás, com relação à prescrição também! Tentar dar um enfoque mais pessoal para o paciente com relação à dor. (Águas Termais)

(...) quando a gente começou, o que no Cepon nós não tínhamos era a prescrição de enfermagem. Tínhamos evoluções, mas assim, mais pobres, muito pobres. Depois que foi se fazer as coisas aos poucos. Então já estava na hora de repensar (...) o perfil do paciente passou a ser outro. (Pôr-do-sol)

As modificações sugeridas na prescrição de enfermagem foram impulsionadas por sentirem que esta não é valorizada, pois é realizada de forma rotineira. Não contempla informações importantes sobre alguns pontos identificados e não apresenta espaço para que sejam acrescentadas informações que personalizem o cuidado prescrito. É possível perceber ao se verificar o relato de Águas Termais:

A gente tinha que tentar modificar a prescrição de enfermagem. Eu acho que ela não é valorizada. Tipo eu acho que a gente tinha que anotar mais dados do paciente, pessoal e personalizada. No HU antigamente era assim também e agora tem mudado. Tem que ser tipo uns cinco itens. Não adianta tu botar uma prescrição gigantesca porque as pessoas não valorizam, às vezes, eu penso em colocar... Exemplo: tu colocar presença de nódulos, botar características do paciente porque, às vezes, tu não valoriza e os técnicos não vão valorizar porque tu bota uma coisa meio geral. Tipo eles sabem quem tem que dar banho, eles sabem mais do que a gente qual que é banho no leito, qual que é acamado,

coisas básicas que eu sei se não tem necessidade de estar colocado na prescrição. E tem outras coisas que são importantes e não estão dentro. (Águas Termais)

Ao se pensar em instituir uma sistematização para avaliação da dor, Chaves e Leão (2007) entendem que é necessária a compreensão desta, pelas enfermeiras, como parte do processo assistencial. Ao incorporarem essa percepção, garante-se o objetivo da assistência à dor, que é promover um adequado e eficaz manejo do fenômeno doloroso através de uma sistematização da assistência de enfermagem, que serve de ferramenta fundamental para nortear as múltiplas possibilidades de atuação do enfermeiro e sua equipe frente ao gerenciamento da dor.

O exercício de dialogar e problematizar a avaliação da dor a partir da experiência prática das enfermeiras, nesta pesquisa, possibilitou o aprofundamento do conhecimento dos sujeitos sobre o seu próprio processo de trabalho. Instigou uma análise consciente das dificuldades encontradas, que contribuem para a ocorrência de alguns “gaps” no seu fazer, assim como uma melhor compreensão das percepções do grupo sobre a experiência dolorosa dos pacientes e família em cuidados paliativos e o seu fazer a avaliação da dor. Dessa forma, algumas concepções foram aprofundadas, porém as enfermeiras ainda percebem que avaliar a dor é um cuidado difícil. Confirma-se que a rotina contribui para um pensar congelado e que “cega” possibilidades de mudanças:

(...) eu nunca tinha parado para pensar, nunca tinha refletido por esse ângulo. Quando a gente começa a ler, a gente vê o quão pouco a gente sabe! (Águas Termais)

O que é dor está bem amparado na literatura, em todas as faces: psicológica, psiquiátrica, mental, biológica e na realidade encontrada todas essas dores a gente consegue ver, mas como tratar ainda está bem difícil! (Águas Termais)

Penso que o educar no trabalho possibilitou as enfermeiras um processo de reflexão para a ação sobre o contexto da avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Este pensar envolveu, principalmente, a tomada de consciência sobre a sua realidade do avaliar a dor. Neste processo reflexivo-dialógico observaram que a solução para potencializar o seu fazer encontra-se na própria metodologia de enfermagem utilizada por elas atualmente. Aprofundaram o seu olhar sobre cada etapa desta metodologia e compreenderam que existem fragilidades. Fragilidades que podem ser fortalecidas através da reflexão coletiva sobre o fazer.

Observaram que o histórico de enfermagem, a prescrição e evolução de enfermagem podem ser reformulados para que a avaliação da dor por elas possa apresentar melhor resolutividade, principalmente, através da melhora nas informações coletadas, registradas e avaliadas. Utilizam uma sistematização da assistência de enfermagem que não dominam completamente, mas destacam ser importantes instrumentos de orientação para o cuidado, por isso necessitam educar-se continuamente. Renovar para transformar.

É nesse pensar que desenvolvo o próximo capítulo e apresento uma reflexão sobre o processo de pesquisa convergente assistencial.

CAPÍTULO 7 - REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO PARA ENFERMEIRAS ATUANTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Continuando as reflexões desta pesquisa convergente-assistencial, realizo, neste capítulo, uma reflexão complexa e profunda sobre a educação no trabalho desenvolvida, as estratégias e a fundamentação teórica. Analiso o desenrolar desse processo a partir das etapas do “Arco da Problematização” (Observação da Realidade, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade), e no papel de pesquisadora como mediadora do processo ensino-aprendizagem e como sujeito da prática assistencial e, por isso, articuladora entre a pesquisa e a assistência em saúde.

Para iniciar a reflexão sobre a proposta de educação no trabalho é importante ressaltar e resgatar a política de educação permanente, por ter como pressuposto uma aprendizagem significativa, aquela que proporciona, estimula e gera sentidos para a transformação das práticas profissionais, baseada na “reflexão crítica” sobre as “práticas reais” de “profissionais reais” em ação na rede de serviços. (BRASIL, 2003). Não poderia deixar de fazer menção à essa visão de educação, por ser um sujeito da prática assistencial que possibilitou a convergência de uma pesquisa com a assistência em saúde.

Neste processo de “reflexão crítica” sobre “avaliação da dor” por “enfermeiras” em “ação” a pacientes com câncer e familiares, internados em uma unidade de saúde pública e especializada em cuidados paliativos, foi possível identificar que é possível construir conhecimentos e transformar realidades quando se acredita em uma educação que promova a libertação dos sujeitos. E por isso reforço a importância de possibilitar, nos diferentes ambientes da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de educação que busque a transformação a partir da prática dos próprios trabalhadores, questionando e analisando o seu próprio processo de trabalho.

Mediar uma prática de educação voltada para o trabalho foi uma experiência libertadora. Problematizar e educar sob o olhar dos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire foi essencial. Durante todo o processo da prática, os pressupostos mais utilizados e fortalecedores para o estímulo à participação dos sujeitos foram a conscientização, a autonomia e o respeito pelo outro como sujeito da assistência de enfermagem.

Freire nos ensina que, para alcançar uma prática educativa transformadora e resolutiva, há saberes que o educador precisa saber, dentre eles destacamos: *não há docência sem discência; ensinar não é transferir conhecimento e ensinar é uma especificidade*

humana. Dentro dessas três dimensões, há questões que orientam diferentes aspectos do ensinar direcionado àquele que educa, pois são questões que nortearam o agir desta prática educativa no trabalho, principalmente, porque Freire (1996, p. 29) acredita que “não há ensino sem pesquisa e nem pesquisa sem ensino”.

O início desta proposta educativa aconteceu a partir do momento em que os sujeitos observaram a sua realidade de trabalho e enfocaram o seu fazer sobre avaliação da dor. A observação da realidade foi um momento de descoberta desta e, a partir dela, temas geradores, ou seja, questões de aprendizagem relacionadas à realidade vivida foram construídas. Perceber a oportunidade, a liberdade e autonomia para, dentro de um grupo, no coletivo, expressar suas experiências e idéias sobre o tema, foi crucial para viabilizar a continuidade da experiência educativa. Diante de uma realidade em que os profissionais estão procurando a humanização do cuidado, esquecem que o próprio ser humano precisa ser humanizado. Gadotti (2004, p. 33), interpretando as palavras de Freire, traz destaque sobre a questão da humanização, o que reforça essas idéias. Para Freire

a humanização torna-se o caminho pelo qual o homem e mulheres podem chegar a tornar-se conscientes de si próprios, de uma forma de atuar e de pensar, quando desenvolvem todas as suas capacidades, considerando não apenas eles mesmos, mas as necessidades dos demais. (FREIRE apud GADOTTI, 2004, p. 33).

Para que o homem humanize-se, precisa receber cuidado e sentir-se importante nesse processo. Esse indivíduo pode ser o profissional enfermeiro sujeito da pesquisa. As enfermeiras, ao sentirem-se respeitadas como seres humanos, detentoras de saberes e “bem queridas” pelo educador, revelaram-se como profissionais. Tiveram a oportunidade de olhar para si e para os outros em busca de um objetivo em comum, ou seja, de transformar a sua realidade de trabalho através de sua própria conscientização. A transformação parte do momento em que os problemas “do fazer” são identificados, compartilhados e conscientizados no coletivo.

A proposta de tema “avaliação da dor”, para a busca de problemas da realidade, foi lançada pela pesquisadora, pois em se tratando de pesquisa convergente-assistencial, eu, como sujeito da prática, extraí este como sendo um dos inúmeros problemas vivenciados com as demais colegas de trabalho. Ao apresentar a proposta, em nenhum momento as enfermeiras demonstraram vontade de trabalhar outro tema, visto que compartilham a idéia de que é um problema que necessita de alternativas para a sua resolução. Dessa forma, iniciaram sua caminhada compartilhando experiências sobre os significados da dor de pacientes e familiares

com câncer como enfermeiras atuantes em cuidados paliativos. Esse momento possibilitou que os primeiros conhecimentos e experiências fossem aflorados, assim como seus anseios no cotidiano do trabalho.

Já de início ficou clara a importância que o educador tem quando identifica nos sujeitos, em processo de ensino-aprendizagem, uma necessidade de “querer bem”. Conforme Freire (1996, p. 143) para haver abertura para o ensino o educador precisa “querer bem” ao educando. Isso significa que deve estar disponível à alegria de viver e que ao ser assumido não permite espaço para que este se transforme em um ser adocicado e nem arestoso e amargo. É a abertura que possibilita uma experiência educativa “alegre por natureza”.

Corroboro com o educador Paulo Freire que a prática educativa é tudo isso e “mais um pouco”, ou seja, “afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje”. (FREIRE, 1996, p. 143). Penso que essa etapa permeou todas as outras, pois a reflexão não pode ser vista como o degrau inicial desse processo, mas sim um ponto de intersecção entre os diferentes momentos e que permite o “ir e vir” do pensar.

Associado a esse querer, veio um estímulo à conscientização sobre si e sobre o seu fazer. Estar consciente sobre o que eu tenho, eu quero e o que eu posso fazer despertou nas enfermeiras reviverem suas experiências sobre avaliação da dor e identificar o que era necessário aprofundar como profissional de enfermagem. A partir dessa etapa, as enfermeiras identificaram em sua realidade “do fazer” o que seria importante aprofundar e refletir para mudar. Foram identificados, então, os pontos-chave do problema da pesquisa. Esses pontos-chave foram transformados em questões de aprendizagem, indagações que tinham como proposta identificar os pontos de aprofundamento do tema avaliação da dor, assim como revelar algumas das dificuldades sentidas pelas enfermeiras na prática. Inúmeras questões foram levantadas e apresentaram um leque de possibilidades. Seguindo o pressuposto de que problematizar exige participação dos sujeitos no “pensar para o fazer”, os pontos-chave levantados serviram de roteiro para direcionar a teorização que foi realizada pelos sujeitos da prática.

Para Freire (apud GADOTTI, 2004), a teorização é o momento exato da tomada de consciência do sujeito, ou seja, contextualiza-se e substitui-se a primeira imagem acrítica para uma imagem crítica e social. Em todos os momentos deste processo educativo, a pesquisadora, como mediadora do processo, apresentou dificuldades, inicialmente, em permanecer apenas como mediadora. Não foi uma tarefa fácil, porém tranquila de ser alcançada. Esse foi o momento em que realmente as enfermeiras sentiram que o

desenvolvimento da proposta educativa exigia de cada uma a participação e a responsabilidade pelo aprendizado coletivo e que para haver mudanças deveriam estar conscientes dessa necessidade e desejarem supri-la.

Freire (2005, p. 58) afirma que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”. Assim, a descoberta da liberdade só pode ser alcançada se ultrapassar o limite da intelectualidade e partir para a ação. Essa ação não deve limitar-se ao inconformismo, mas que se associe a reflexão e transforme-se em “práxis”, ou seja, que a cada ação haja reflexão e a partir dela haja uma mudança nessa mesma ação.

A reflexão sobre o fazer permeou todo o processo de educação no trabalho e possibilitou experimentar o conceito de práxis. Desse refletir, surgiram múltiplas manifestações de consciência de inacabamento, principalmente, quando as enfermeiras associaram a teoria com a prática, ao teorizarem as questões de aprendizagem. No momento de teorização, eu, como mediadora do aprendizado, possibilitei às enfermeiras associar suas experiências frente à prática de avaliação da dor com a teoria e relatos de outras experiências já publicadas. Organizar o pensamento delas com o propósito da pesquisa, em alguns momentos, não foi uma tarefa fácil. Diante de tantas incertezas e experiências sobre o tema, principalmente, pelo fato de a pesquisadora fazer parte do contexto da pesquisa, houve momentos em que as discussões ultrapassaram o tempo delimitado, resultado do estímulo investigativo, ou seja, da curiosidade.

Freire (1996) entende que um processo de ensino-aprendizagem com clima pedagógico e libertador acontece quando o educando aprende à custa de sua prática e entende que a sua curiosidade é um ato de liberdade e deve estar sujeita a limites, entretanto, em contínuo exercício. É a curiosidade que impulsiona a vontade de querer ser, saber e fazer, comparar e perguntar. Em uma educação problematizadora, quanto mais os sujeitos problematizarem-se, como seres no mundo e com o mundo, mais desafiados sentir-se-ão.

Tive certeza de que um fator que facilitou a aplicação de uma pesquisa convergente assistencial foi o fato de o pesquisador ser sujeito da prática. A partir desse momento de aprofundamento sobre a avaliação da dor, as enfermeiras relacionaram o seu fazer, visualizando o que poderiam melhorar. Idéias sobre como poderiam agir na prática de avaliação da dor foram surgindo e permitiram que elas formassem hipóteses para, juntas, solucionarem o problema.

Pensar em hipóteses de solução para melhorar o cuidado na avaliação da dor pelas enfermeiras foi um momento de acreditar na inovação, renovação de conceitos e na construção de possibilidades para a ação. Para Freire (apud GADOTTI, 2004), esse momento

da problematização tem como objetivo final a conscientização, pois os sujeitos conseguem compreender que a realidade na qual vivem é passível de sofrer superação. Essas possibilidades foram identificadas e elaboradas a partir da realidade observada e no que se queria alcançar. As enfermeiras, mais conscientes de seu fazer, conseguiram pontuar as ações que podem trazer benefício para o seu fazer e que o transforma em uma nova ou renovada possibilidade.

As hipóteses construídas pelo grupo pautaram-se no próprio caminho que as enfermeiras seguem para realizar a avaliação da dor, ou seja, a sistematização da assistência de enfermagem. Destacaram, principalmente, a coleta de informações, representada pelo histórico de enfermagem. Acreditaram, coletivamente, que era momento de haver mudanças nesses caminhos percorridos, que o pensar no fazer deveria continuar a existir, não só nesta participação como sujeitos da pesquisa. Nesse instante, conseguiram alcançar a consciência coletiva, que tem potencial para inovar e transformar a sua realidade, principalmente, por haver um querer individual e coletivo. Exercitaram, nesses momentos, uma relação de interação, que permitiu o diálogo e não uma mera relação comunicativa. Para encontrar soluções, o diálogo é a melhor forma de possibilitar a expressão de pensamentos e idéias. Assim, o diálogo crítico e libertador pressupõe uma ação consciente. A crença dos sujeitos na necessidade de buscarem sua libertação não pode ser vista como uma doação, mas como resultado de sua conscientização. (FREIRE, 2005).

Como propostas de solução para aplicação na realidade, foram identificadas, construídas e reformuladas as próprias ferramentas da sistematização da assistência de enfermagem (histórico de enfermagem, evolução, prescrição) e a inclusão de formas específicas de avaliação e registro da dor, como ficha de controle de sinais vitais e um instrumento para avaliar a intensidade da dor, como escalas. Inculcida nessas propostas, mesmo que sejam apenas propostas, revigorou-se a esperança de que a mudança é possível, embora com a consciência de que barreiras existem. Entretanto, a principal barreira já foi superada por elas, que é a própria consciência da necessidade de mudar.

Dessa forma, a construção de diferentes hipóteses para a resolução do problema instigou as enfermeiras a refletirem sobre a sua aplicabilidade no ambiente de trabalho e de que forma poderiam alcançá-la. Passaram, então, para a última etapa do arco da problematização – a aplicação à realidade.

No processo de problematização, para Freire (2005), há um esforço permanente em que os sujeitos vão percebendo, através da crítica, como estão sendo na realidade com que e em que se encontram. Então, ao finalizarem as reflexões, as enfermeiras compreenderam e

foram estimuladas a perceber que a mudança era possível pelo desejo conjunto do grupo. Além do desejo, ao observar a sua realidade e as diferentes possibilidades do fazer e conscientizarem-se sobre o como faziam, entenderam que as hipóteses construídas poderiam ser aplicadas à sua realidade de trabalho e que o seu “fazer sobre a avaliação da dor” poderia alcançar outra dimensão. Chegaram ao ponto da ação-reflexão-ação, ou seja, fecham o arco com o retorno à realidade de onde o problema surgiu, porém com hipóteses de solução e as possibilidades de aplicação. A ação ao retornar a realidade é representada pelas expectativas do que idealizaram como solução, que podem transformar o seu fazer atual para um fazer melhor. Uma das possibilidades de aplicação à realidade das hipóteses construídas pelas enfermeiras foi a necessidade de continuarem, como grupo de trabalho, a reunir-se com esta proposta de pesquisa, para estarem em constante renovação e em busca de transformação de sua realidade de trabalho. A relação construída e fortalecida nestes encontros entre as enfermeiras foi uma experiência que possibilitou “visualizar” quem eram e o que queriam ser. Foram protagonistas de seu aprendizado, foram os sujeitos que através da ação-reflexão-ação conquistaram sua autonomia e a liberdade.

Concluindo esta pesquisa, ressalto que a metodologia convergente assistencial possibilitou uma estreita relação teórico-prática e que o referencial de Paulo Freire foi o grande fortalecedor para a realização desta pesquisa e prática de educação no trabalho. Praticar o diálogo dando autonomia para os sujeitos participarem de reflexões sobre o fazer no trabalho foi um fator que gerou possibilidades para a transformação de sujeitos e de sua realidade. Para Freire (1996, p. 59), o educador deve respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do educando e deve procurar a coerência com o saber desenvolvido e compartilhado. Sem essa percepção, o saber que foi compartilhado pode tornar-se vazio e sem importância. “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceber uns aos outros”.

Ao utilizar esta pesquisa que converge para assistência e que associada a uma pedagogia que problematiza a realidade possibilitou as enfermeiras desenvolver a capacidade de refletir sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos e, a partir desta reflexão, contribuir com a enfermagem através de suas concepções e formas de avaliar a dor.

A experiência de cuidado junto a este paciente e de sua família, diariamente, serviu de celeiro do conhecimento desenvolvido. A dor é compreendida pelo grupo de enfermeiras como uma experiência que trás sofrimento e angústia tanto para o paciente quanto para todos aqueles que também experienciam este sofrer. Por ser em muitos momentos comparada a

progressão da doença, a dor leva ao paciente e família a uma sensação de perda de liberdade de viver, pois além de estar presente fisicamente, torna-se presente nas crenças, valores e nas suas relações sociais, ou seja, torna-se um transtorno generalizado e por isso a dor ela é total!

A dor por ser tão complexa e subjetiva é de difícil avaliação, principalmente, quando não há preparo para este cuidado. O preparo deve ser realizado através de processos de educação permanente junto a uma equipe composta por outros profissionais, além da enfermagem. Esta visão multidisciplinar possibilita que a avaliação da dor possa ser realizada de forma mais completa e abrangente, pois ela não se apresenta apenas na dimensão física, da doença, da patologia, de um órgão que esta doente e dói, mas sim como uma manifestação de que um ser humano com crenças, valores e relações sociais enfrenta a perda da continuidade do seu viver e sofre por isso. Por esta razão, a enfermeira não consegue alcançar todos os níveis de cuidado e precisa de apoio de outros profissionais, principalmente, do psicólogo.

Então, a presença do serviço de psicologia na oncologia é imperativa. Não é possível admitir que diante da dimensão deste contexto de doença, sofrimento e angústia não haja preocupação e valorização da presença deste profissional. Além disso, sentem que a atuação deste profissional não limita-se apenas ao cuidado do paciente e família, mas também da própria equipe cuidadora. Em muitos momentos da prática do cuidado na avaliação da dor realizada pelas enfermeiras esta necessidade evidenciou-se quando as mesmas se questionaram sobre a sua capacidade para lidar com o cuidado de avaliar a dor do paciente com câncer e o envolvimento de sua família em todas as suas dimensões. Compreendem que o cuidado ao paciente com câncer e sua família requer dos profissionais preparo tanto em termos de conhecimento científico especializado como emocional e neste aspecto sentem a necessidade da intervenção do profissional psicólogo para ajudar a enfermeira a lidar com as situações que a seu ver são difíceis de cuidar.

Para que a enfermeira possa realizar a avaliação da dor de forma efetiva é imperativo que tenha em seu processo de trabalho a assistência de enfermagem sistematizada. A sistematização é uma forma de organização do trabalho da enfermeira e reforça a sua cientificidade. Como ciência requer conhecimentos que fundamentem o seu fazer e valorizem o seu trabalho. A sistematização da assistência deve ser desenvolvida abrangendo todos os fatores característicos do foco de cuidado das necessidades dos pacientes e familiar. Na oncologia, mais especificamente, em cuidados paliativos, como sendo a dor um dos principais sintomas manifestados e relatados pelos pacientes e família, deve ter um espaço maior dentro desta sistematização. Por sua complexidade e subjetividade necessita ser investigada com mais profundidade e para isso requer formas de registro específicas.

A investigação da dor deve iniciar pelo histórico de enfermagem e neste, momento da coleta de dados é fundamental que o enfermeiro se atente para o levantamento de informações relevantes e detalhadas sobre o fenômeno doloroso e que serão o foco de cuidado a ser prescrito e evoluído. É neste primeiro contato que o enfermeiro inicia a sua relação profissional com o paciente e família diante deste contexto da internação e por isso deve ser valorizado. Entretanto, esta relação é fortalecida no dia-a-dia da relação e desta forma, as informações investigadas sobre a dor são levantadas durante todo este período, exigindo da enfermeira uma avaliação constante. Como seqüência da sistematização da assistência de enfermagem a prescrição de enfermagem deve ser construída valorizando-se a individualidade de cada paciente e família, pois o assistir em enfermagem frente a dor e no câncer exige um olhar voltado para o cuidado integral destes, mas personalizado, ou seja, valorizando as particularidades de cada indivíduo. A prescrição de cuidados para a dor deve ser também detalhada enfocando-se os pontos identificados no histórico de enfermagem para que este processo de avaliação seja mais efetivo e tenha continuidade.

A evolução de enfermagem complementa a continuidade do processo de avaliação da dor. É no registro e avaliação do cuidado associado ao comportamento diário do paciente e família que a evolução de enfermagem deve ser realizada. É uma etapa da sistematização da assistência que fortalece a capacidade do enfermeiro em analisar todo o contexto do cuidado para que possa a partir dela construir outras possibilidades de cuidados assim, como analisar as ações até então realizadas. Por este motivo no seu registro deve haver informações relevantes e que descrevam organizadamente o fenômeno doloroso, valorizando-se também, as informações relatadas pelo próprio paciente e familiar.

Associada a estas ações da sistematização da assistência de enfermagem entende-se que é necessário criar outras formas de registrar e avaliar continuamente a dor, como a utilização de uma escala de avaliação da dor e uma ficha de controle de sinais vitais que contemple o registro das informações desta avaliação junto aos outros sinais vitais, pois sendo considerada o quinto sinal vital, pode ser incluída nesta ficha de controle.

Entretanto, as enfermeiras compreendem que mesmo aplicando uma sistematização da assistência de enfermagem há necessidade de educação continuada no seu dia-a-dia para que esta sistematização do cuidado possa ser realizada com mais eficiência e até mesmo transformada. Perceberam que a experiência de educação no trabalho vivenciada por elas, nesta pesquisa, ressaltou esta necessidade e evidenciou as suas potencialidades e fragilidades na assistência de enfermagem sobre a avaliação da dor, ou seja, foram capazes de conscientizarem-se sobre a sua realidade de trabalho e a partir dela problematizar as

necessidades evidenciadas e construir as suas próprias hipóteses para solucioná-las.

Na revisão de literatura realizada ao longo desta pesquisa, identificou-se, em vários momentos, que um dos principais fatores que contribuem para uma avaliação e controle de dor ineficiente é o déficit de conhecimento de usuários e profissionais de saúde sobre essa temática. Esse fator estimula uma pequena análise sobre a necessidade de educação continuada e permanente, tanto no âmbito acadêmico quanto no âmbito das instituições de saúde. Lembro que as enfermeiras sentem a necessidade de conhecimento e educação continuada no trabalho. A prática educativa problematizadora e libertadora, desenvolvida neste estudo, remete-nos ao contexto da nova Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), a qual destaca como estratégia educativa o desenvolvimento de Educação Permanente. A Educação Permanente tem como propostas processos de educação de profissionais da saúde por meio de uma pedagogia problematizadora a partir das realidades de seu processo de trabalho.

Como possibilidades para pesquisas futuras, a partir destes resultados, o aprofundamento dos estudos para a construção de uma metodologia para avaliação da dor em cuidados paliativos de pacientes com câncer, para essa realidade descrita, é uma opção interessante e válida.

Reforço à necessidade de valorizar a educação formativa, seja ela no ambiente acadêmico ou institucional, para resgatar nos profissionais de saúde a verdadeira consciência sobre os processos de trabalho em suas diferentes dimensões de cuidado. Tal resgate possibilita um despertar da capacidade reflexiva inerente aos seres humanos, mas que com a rotina dos próprios processos de trabalho acaba sendo massificada. A massificação do trabalho é um indicativo de que a educação não está exercendo o seu papel como formadora para o trabalho e, por isso, mostra-se deficitária. Enquanto não houver educação continuada atuante em cada setor da saúde, esses e outros problemas evidenciados nas realidades de trabalho continuarão a existir e a interferir na qualidade dos serviços de saúde prestados e, principalmente, a massificar o trabalhador em saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. **Manual de técnicas de dinâmica de grupo, de sensibilização, de ludopedagogia**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 190p

ARANTES, A C. de L. Tratamento da dor e assistência ao sofrimento: resgate da humanização do cuidar. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano VII, n. 41, p. 80-3, set./out. 2005.

AYOUB, A. C; et al. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000. 312p.

BARACAT, F.F; JÚNIOR FERNANDES, H.J; SILVA, M.J. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000. 537p.

BAUWENS, S; et al. Attitudes and knowledge about cancer pain in Flanders. The educational effect of workshops regarding pain and symptom control. **Palliative Medicine**, Brussels, n. 15, p. 181-189. 2001.

BERBEL, N.A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: INEP/UUEL, 1999. 196p.

BERCOVITCH, M; WALLER, A; ADUNSKY, A. Multidimensional continuous pain assessment chart (MCPAC) for terminal cancer patients: A preliminary report. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, Israel, v. 19, n. 6, p. 419-25, nov./dec. 2002.

BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – Área da Saúde**. Brasília: MS, 1994. Disponível em:< http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf.> Acesso em: 10 outubro 2006.

_____. **Além dos meios e mensagens**. Petrópolis: Vozes, 2001, p.29.

BORDENAVE, J.E.D; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde dos Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2003. 50p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Trabalho e Redes de Saúde: Valorização dos Trabalhadores da Saúde**. 2. ed. Brasília, 2006a.32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: Valorização dos Trabalhadores da Saúde**. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006b. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília: MS, 1991.

BRUERA E; et al. Pain intensity assessment by bedside nurses and palliative care consultants: a retrospective study. **Support Care Cancer**, Texas,v. 13, n. 4, p. 228-31, apr. 2005.

BRUEIRA, E.; DRIVER, L; ELSAYEM, A., **The M.D Anderson Symptom Control and a Palliative Care handbook**. 2a ed. Estados Unidos: University of Texas MD Anderson Cancer Center, 2002. 135p.

CHICO, E; HAYASHI, V.D; FERREIRA, N.M.L. Doente com câncer: a experiência de crescer com sofrimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 57-62, jan-mar. 2004.

CHAPIRO, S.L.The DOLOPLUS® 2 scale –evaluating pain in the elderly. **European Journal of Palliative Care**, França, v. 8, n. 5. 2001.

CHAVES, L. D; LEÃO, E. R. 1.ed. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. 348p.

CHAVES, L. D; LEÃO, E. R. 2. ed. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2007. 623p.

DAVIS, M.P; WALSH, D. Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Ohio,v. 21, n. 2, mar-apr. 2004.

FINK, R. M; GATES, R. A. **Oncology Nursing Secrets**. Philadelphia: HANLEY & BELFUS, INC, 1997. 505p.

FISHMANN, B; et al. The memorial pain assessment card. **CANCER**, v. 60, p. 1151-1158. 1987.

FREIRE, P. O compromisso do profissional com a Sociedade. In: _____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da terra**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Centauro, 2001. p.25.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Ideologia e educação: reflexões sobre a não neutralidade da educação.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. p.96

_____. **Pedagogia do oprimido.** 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 45. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FROMM, E. **O conceito marxista do homem.** RJ: Civilização Brasileira, 1962.

_____. **Beyond the chains of Illusion.** My encounter with marx and Freud. New York: Simon e Shuster, 1962.

GADOTTI, M; FREIRE, P; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000.127p.

GADOTTI, M. **Um convite a leitura de Paulo Freire.** 2. ed. São Paulo: Scipione, 2004. 175p.

GAERTNER, J; OSTGATHE, C; VOLTZ, R. Assessment of neuropathic pain in palliative medicine. **European Journal of Palliative Care**, Köln, v. 14, n. 4. 2007.

GELBECKE, F.L; SOUZA, M.L; HERR, L. Educação no trabalho em enfermagem. In: REIBNITZ, K.S; HERR, L; SOUZA, M.L. **Educação, trabalho e enfermagem.** Florianópolis: UFSC/CCS/NFR/SPB, 2000. p. 69-113.

GLAJCHEN, M; BOOKBINDER, M. Knowledge and a perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 21, n. 4, apr. 2001.

GLASERFELD, V. E. Construtivismo: aspectos introdutórios. In: FOSNOT, Catherine Twomey. **Construtivismo.** Teoria, perspectivas e prática pedagógica. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

HAUSER, K; et al. The pitfalls of visual analogic scales in palliative medicine. **European Journal of Palliative Care**, v. 14, n. 3, p. 99-102. 2007.

HEMMING L; MAHER D. Cancer pain in palliative care: why is management so difficult? **Br J Community Nurs**; Hertfordshire, v. 10, n. 8, p. 362-7, aug. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro: INCA; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2006.

IMEDIO, E. L. **Enfermeria en Cuidados Paliativos.** Madrid: Panamericana, 1998.p. 81-85.

INTERNATIONAL ASSOCIATION TO STUDY OF PAIN – IASP. **IASP Pain Definitions: Terminology.** Seattle: 2006; Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/> Acesso em: 20 setembro 2007.

JACOX, A; CARR, DB; PAYNE, R. Management, of cancer pain. Clinical Practice Guideline. **Management of Cancer Pain**, Rockville, no 9, march, 1994.

KAZANOWSKI, M. K; LACETTI, M. S. **Dor**: fundamentos, abordagem clinica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 253p.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KOVÁCS, M.J. Comunicação em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C.A.M; MOTTA, D.D.C.F; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. p.86-102.

LAI, Y.H et al. Are Nurses Prepared to Manage Cancer Pain? A national survey of Nurses' knowledge about pain control in Taiwan. **Journal of Pain and Symptom Management**, Taiwan, v. 26, n. 5, nov. 2003.

LEMOS, A.I. **Dor crônica**: diagnóstico, investigação e tratamento. São Paulo: Atheneu, 2007. 541p.

LIÇÃO de Esperteza. Disponível em: http://br.geocities.com/mitologica_2000/fabula19.htm. Acesso em: 3 mar. 2008.

LIN, C.C. Congruity of Cancer Pain Perceptions Between Taiwanese Patients and Family Caregivers: Relationship to Patients' Concerns About Reporting Pain and Using analgesics. **Journal of Pain And Sympton Mangement**, Taiwan, v. 21, n. 1, jan. 2001.

MARLIES, E.J; et al. A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude. **Journal of Pain and Symptom Management**, Netherlands, v. 19 n. 6, jun. 2000.

MACEDO, H.H.G; CRUZ, I.C.B.N. **Alfabetização de adultos**: o significado para o sujeito alfabetizado, 2005. 32p. Monografia. Centro de Educação à Distância, Universidade de Brasília, Brasília, 2005

MARTINS, G.A. **Metodologia do trabalho científico**. Caxias do Sul: FSG, 1997. Disponível em: <http://twiki.softwarelivre.org/ub/Main/JoaoBertolino/mtc.htm> Acesso em: 12 maio 2007.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. Os economistas. v. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MCMILLAN S.C.; TITTLE M; HAGAN S.J. et al. Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. **Oncol Nurs Forum.**, New York, v. 32, n. 4, p. 835-42, jul. 2005.

MERCÊS, N.N.A.; MARCELINO, S.R. **Enfermagem oncológica**: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau: Nova Letra, 2004. p.229-225..

MILLITÃO, R; MILLITÃO, A. **SOS dinâmicas de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 173p.

MICELI, A.V.P. Dor Crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373. nov. 2002.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS). NCHS Definitions. U.S. Department of Health and Human Services. Hyattsville, MD, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm> Acesso em: 11 jul. 2008.

NEWMAN, C. J. et al. A comparison of pain scales in Thai children. **Arch Dis Child**, Taiwan, v. 90, p. 269–270. 2005.

NUGENT, M. The management of breakthrough câncer pain: in current practice Best practice? **European Journal of Palliative Care**, Sydney, v. 13, n. 1. 2006.

OLINTO, C.P; OLIVEIRA, M.P; ZUARDI, M.H. de M. et al. Grupos Educativos no Manejo de Pacientes com Dor Crônica. **Prática Hospitalar**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 41, set./out. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Prevenção e controle de enfermidades 2006.

PALOS, G.R; et al. Perceptions of Analgesic use and Side Effects: What the public Values in Pain management. **Journal of Pain and Symptom Management**, Texas, v. 28, n. 5, nov. 2004.

PAULON, E. O Doente Crônico e suas Figuras de Apego. In: _____. **Doença de Parkinson - Paciente, Familiares e Cuidadores**. Porto Alegre: Pallotti, 2004. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/teoriabiologica/doentecronico.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2008.

PEDROSO, R.A; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-6. 2006.

PIMENTA, C. A. de M.; MOTA, D. D. C. de F.; CRUZ, D. de A. L. M. da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. 486p.

PINHEIROS, C.R. **Algumas idéias de Paulo Freire**. Disponível em: <http://recantodasletras.uol.com.br/redacoes/627672> Acesso em: 23 abr. 2007.

REIBNITZ, K. S; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 239p.

RIGOTTI, M.A; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arqu. Ciênc. Saúd**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 50-54. jan./mar. 2005.

ROSAS, P. Germinação do pensamento de Paulo Freire. In: GADOTTI, Moacir (organizador). **Paulo Freire: uma biobibliografia**. Brasília: 1996. Disponível em: http://www.paulofreire.ufpb.br/paulofreire/Controle?op=detalhe&tipo=Artigo_revista&id=488. Acesso em 23 abril 2008.

SANTOS, M.A.C. Refletindo sobre a música, trabalho e práxis na educação. In: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Temas de Ensino Médio**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. p. 153-167.

SCHULZE, C. M. N. **Dor no câncer:** reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe, 1997. 231p.

SCHOELLER, M.T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica.** 2. ed. Florianópolis: SBOC, 2002.

SILVA, L.M.H; ZAGO, M.M.F. O cuidado do Paciente Oncológico com Dor Crônica na ótica do enfermeiro. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 44-49. 2001.

SLOMAN, R; AHERN, M; WRIGHT, A. Nurses' knowledge of pain in the elderly. **Journal of Pain and Symptom Management**, Sydney, v. 21, n. 4, apr. 2001.

SOLANO, J.P; GOMES, B; HIGGINSON, I.J. A comparison of symptom prevalence in far advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Renal Disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, England, v.31, n. 1, p. 58-69. 2006. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/AOM/2006/aug.htm>. Acessado em: 04 out. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA DOR – SBED. **Impactos da Dor.** Disponível em: <http://dor.org.br> Acesso em: 04 out. 2006.

SOUZA, M.L; DIAS, L.P.M; HERR, L. Educação no Trabalho, In: _____. **Fazendo a diferença:** profissionalização em enfermagem no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: NFR/SPB/CCS/UFSC, 1997.

SOUSA, F.A.G.F. Dor: 5. sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 446-447. 2002.

SVENSSON, I; SJÖSTRÖN, B; HALLAMÄE, H. Assessment of Pain Experiences after elective surgery. **Journal of Pain and Symptom Management**, Sweden, v. 20, n 3, sep. 2000.

STRECK, D. R. **Pedagogia no encontro de tempos:** ensaios inspirados em Paulo Freire. Petrópolis: Vozes, 2001.136p.

STRECK, D. R et al. **Paulo Freire:** ética, utopia e educação. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.151 p.

TEIXEIRA, M.J; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Dor:** Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr, 2001.

TEIXEIRA, M.J. **Dor no doente com câncer.** Dor é coisa séria, v. 1, n. 1, jan, p. 8-12. 2005.

TONIOLLI ACS, PAGLIUCA LMF. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 220-6. 2003.

TRENTINI, M; PAIN, L. **Pesquisa em enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

VAROLLI, F.K; PEDRAZZI, V. Adapted version of the mcgill pain questionnaire to brazilian portuguese. **BRAZ DENT J**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 328-335. 2003.

- WALLACE, K. G; REED, B; PASERO, C. et al. Staff nurse's perceptions of barriers to effective pain management. **Journal of Pain and Symptom Management**, Taiwan, v. 10, n 3, apr. 1995.
- WATANABE S; MCKINNON S; MACMILLAN K. et al. Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey. **International Journal of Palliative Nurses**, Edmonton, v. 12, n. 3, p.111-4, mar. 2006.
- WELSH, J. et al . **Control of Pain in Patients with cancer**. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Edinburgh: 2000. 79p.
- WESTPHALEN, E. A. M.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teóricas, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control programme**. Department of chronic diseases and health promotion. Switzerland: 2008. Disponível em: www.who.int/cancer/en/ Acessado em: 17 nov. 2007.
- ZAZA, C; BAINE, N. Cancer Pain and Psychosocial factors: A critical review of the literature. **Journal of Pain and Symptom Management**, Ontário, v. 24, n 5, nov. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON pelo telefone 33311400.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Trabalho: _____

Pesquisador Responsável: Roberta Waterkemper

Orientadora: Dra. Profa. Enfermeira Kenya Schmidt Reibnitz

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar) (048)99570397/32481038

- ◆ Trata-se de um Projeto de pesquisa do **Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**. Este trabalho tem o objetivo de contribuir com a comunidade científica através de relatos das pesquisadoras e dos participantes sobre a *“Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer”*. Ressaltamos que em qualquer hipótese haverá custos, riscos e desconfortos pela participação na pesquisa.
- ◆ A participação proporcionará aos envolvidos vivenciar a construção do conhecimento através do trabalho coletivo com fundamentos da Educação no Trabalho.
- ◆ A participação acontecerá por atividades laborais, no período de outubro a novembro de 2007 podendo estender-se a maio/08.
- ◆ Será garantido o sigilo sobre quaisquer informações que possam identificar os participantes, tendo este o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

◆ Nome e Assinatura do(s) pesquisador (es):

Roberta Waterkemper

◆ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela (o) pesquisadora (or) **Roberta Waterkemper**, sobre a pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

APÊNDICE B – Diário de Campo com registros do 1º momento educativo

DIÁRIO DE CAMPO DO 1º MOMENTO EDUCATIVO

PROBLEMATIZANDO SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR

O 1º Momento Educativo: Observando a realidade, voltando ao passado e avaliando o presente.

No dia dezessete de outubro de dois mil e sete, quarta-feira aconteceu o primeiro encontro. Estavam presentes seis enfermeiras da unidade de cuidados paliativos de todos os turnos. A atividade foi agendada para as 18h00min. Entretanto, aos poucos uma a uma foram chegando e iniciamos nossa atividade às 18h30min. Considerei que no primeiro dia de encontro poderia haver atrasos, visto que a adaptação para o compromisso leva tempo e precisa ser solidificado o contrato.

O dia estava lindo, céu limpo, sem chuva e clima agradável o que contribuiu muito para que todas as enfermeiras viessem ao encontro. Cheguei ao local com uma hora de antecedência, pois meu nervosismo era grande para iniciar a prática. Tive ajuda de minha colega Fabiane que me ajudou a preparar a sala, a me acalmar e a registrar os dados.

A sala em que as atividades foram realizadas contém sofás com almofadas soltas, colcha, quadro para anotações, painel para projeção e uma mesa quadrada para dez lugares. Programei nesse primeiro encontro utilizar a mesa como local de discussões. Pois, penso que favorece a proximidade dos participantes, mas deixaria aberto para o aparecimento de sugestões.

1ª Atividade: “o melhor de mim”

Iniciei a atividade desejando boas vindas a todas, agradecendo a presença e orientando que durante o encontro um lanche estaria à disposição para que todas pudessem aproveitar. Imaginei que pelo horário agendado, algumas poderiam vir de outros locais de trabalho e que poderiam estar cansadas, sede e fome. A final, saco vazio não pára em pé!

Distribuí as participantes uma pasta personalizada (com nome e uma enfermeira de papel desenhada) contendo um resumo da proposta do trabalho (Anexo), especificação do título, objetivo geral, referencial teórico e a metodologia empregada; uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido e papéis e uma caneta azul para anotações.

Como nem todas as participantes acompanharam a apresentação oficial do projeto, resgatei através de uma leitura o objetivo do trabalho contido no resumo elaborado. Em seguida, esclareci sobre sua participação no trabalho e a importância de se esclarecer as questões éticas envolvidas em uma pesquisa. Então, solicitei a todas a pegar o termo de consentimento em suas pastas. Realizei uma leitura e em seguida solicitei que todas lessem e assinassem. Uma cópia ficou com as participantes e outra com a pesquisadora. Junto a essa questão ressaltei a todas que as atividades seriam gravadas em fita cassete e MP3 para posterior registro e transcrição. Para esse registro uma pessoa estaria presente nos encontros para me auxiliar. Esta pessoa estaria presente somente para manipular os gravadores e registrar os dados. Ressaltei, também, que em nenhum momento elas seriam identificadas pelo nome nos registros. Para isso elas seriam identificadas com um nome simbólico para diferenciar cada fala.

Percebi em seus gestos e comentários, durante este momento, que todas se sentiram felizes em receber esse material. Ao pensar neste gesto imaginei o quanto os seres humanos gostam de se sentir queridos, respeitados e valorizados. Os detalhes mostram o quanto um

trabalho levou tempo e dedicação para o seu desenvolvimento e nesse momento sensível pelo qual nós, funcionários estamos passando, o preocupar-se com o outro é fundamental nessa prática assistencial. A final de contas, educar também é cuidar!

Aproveitando o esclarecimento sobre a preservação do anonimato através de nomes simbólicos iniciei a primeira atividade do encontro, “**O melhor de mim**”. Esta foi a primeira dinâmica de grupo escolhida para dar início a minha trajetória. Ao escolhê-la resgatei algumas idéias do meu referencial teórico e qual seria o objetivo desta atividade.

Pensei muito nos pensamentos de Paulo Freire e percebi que essa dinâmica trazia na sua essência a valorização do sujeito enquanto pessoa e profissional, possibilitando um momento para refletir sobre sua ação e estimular uma possível transformação. Porém, ao final, afloraram muito mais coisas do que eu imaginava as quais me deixaram contente, pois tive certeza que eu estava conseguindo deixar minhas colegas relaxadas e abertas para a proposta. Além disso, não pensei em dar nomes para cada passo que eu dava. Imaginei os momentos sendo realizados em três partes: começo, meio e fim.

Esta dinâmica trouxe como objetivo proporcionar aos participantes estabelecer empatia, realizar sua auto-avaliação e projetar sua auto-imagem, utilizando criatividade e recursos lúdicos, socializando com os demais companheiros o melhor de si.

O material utilizado para esta atividade foi: cartolina colorida, revistas usadas, cola, tesoura, fita adesiva, enfeites diversos e pincéis coloridos. Ao sair para comprar o material para preparar a dinâmica, pensei em materiais que trouxessem alegria, energia boa, tranquilidade, diversão, despertando sensações agradáveis. Então escolhi cartolinas com cores vibrantes e diferentes. Procurei no meio dos milhares de enfeites e materiais para preparar lembranças de minha mãe, alguns que estimulassem a atividade. Dentre, os itens que escolhi os que fizeram mais sucesso foram uns bonequinhos feitos de papel emborrachado. Só para esclarecer. A minha mãe é voluntária no hospital em que trabalho e é conhecida por todos por sua alegria, carinho, disposição e criatividade nos enfeites que prepara nas datas festivas.

O tempo estimado para o desenvolvimento da elaboração dos cartazes foi de 30 minutos e para apresentação 15 minutos. Mas, não foi bem assim! Eu já imaginava que por ser o primeiro encontro muita coisa seria desabafada e muita expectativa havia sido criada. Tentei não me ater ao tempo. Deixei as atividades acontecerem. Foi preciso. Eu precisava dar espaço para que elas se conhecessem melhor, observassem umas as outras, ouvissem cada uma. Entre suas falas, apareceram comentários ressaltando o prazer de estar junto do grupo para poder conversar e trocar idéias.

O material para ser utilizado foi colocado à disposição dos participantes. As cartolinas eram de cores vivas diferentes e cada uma escolheu espontaneamente a que mais gostou. Neste momento, uma das participantes comentou: “e se duas gostarem da mesma cor?”. Respondi que caberia a elas discutirem e serem flexíveis, pois estamos em um grupo e nem sempre conseguimos aquilo que desejamos e desta forma, precisamos saber ceder. Não houve problema após esse questionamento. O grupo trabalhou sem desavenças.

Orientei-as a criar um cartaz, utilizando todos esses recursos, que as retratasse ou representasse. Deveriam colocar no cartaz “**O melhor de vocês**” e “**quem é você**”. Ao falar sobre o apelido, questionaram sobre o tema do apelido. Como uma das participantes já havia me exposto a sua preferência, a partir de sua escolha, imaginei que seria interessante propor apelidos de fenômenos da natureza. Então, fiz uma lista de todos os fenômenos que me vieram em mente: *Luar, Raio de sol, Brisa do mar, Chuva, Tempestade, Orvalho, Flocos de Neve, Ventania, Primavera, Verão, Outono, Inverno, Pôr-do-sol, Amanhecer, Anoitecer, Entardecer, Geada, Calmaria, Terremoto, Furacão, Ciclone, Queimada, Correnteza, Cheiro-de-Flor, Corrente Marítima, Ondas do Mar, Águas Termais, Florescer, Arco-Íris...*. Destes fenômenos os que foram escolhidos entre as participantes foram: **Luar, Raio de sol, Outono, Pôr-do-sol, Águas Termais e Arco-Íris.**

Durante trinta minutos, aproximadamente, as enfermeiras utilizaram toda a sua criatividade para elaborar, com frases, figuras, desenhos, aquilo – em forma de cartaz – que diga ou sintetize o “MELHOR DE VOCÊS”. Neste momento, cada uma procurou uma posição de conforto para desenvolver seu trabalho. Quatro delas sentaram-se no chão, uma tirou o sapato e duas ficaram na mesa em pé. Sugeriram que era melhor sentar em cima das almofadas. Ao ver aquela cena, minha colega fazendo um trabalho lúdico, demonstrando relaxamento, descontração e prazer me deixou muito feliz, pois aproveitei o momento também para refletir sobre a minha realidade de trabalho. Mesmo estando fora, deste momento, eu não poderia deixar de refletir enquanto profissional.

Ao concluírem sua criação, fizemos uma roda no chão, todas sentaram em almofadas e iniciamos as apresentações. Questionei como gostariam de fazer. O grupo sugeriu que cada uma, espontaneamente, relatasse ao grupo o apelido que escolheu e o melhor de si.

Como os sujeitos da prática assistencial são somente seis participantes, penso que seja importante e viável colocar neste relatório todas as falas. Acredito que os relatos retratam os pensamentos e permitem compreendermos as características de cada um. Esta compreensão é importante quando trabalhamos com uma educação que vislumbra a transformação do sujeito, pois dar valor suas idéias, considerando-as como um complemento de outras idéias e um ato de respeito e incentivo a reflexão da ação e a conscientização dos atos.

Ao transcrever os relatos destaquei nos textos os desenhos, palavras, cores e figuras que foram ressaltadas nos cartazes de cada participante e chamei isso de pontos-chave do melhor de cada um. Como foi interessante perceber que cada participante elegeu pontos-chave que não se repetiram. Isso reforçou a idéia de que somos diferentes, agimos diferente e como a criatividade em grupo é mais positiva, pois é possível reunir idéias diferentes para alcançar um mesmo propósito. Além disso, como a dinâmica busca aflorar o melhor dos sujeitos participantes, acredito que os relatos representam o melhor de cada um neste momento e que ao participarem das próximas atividades e ao final desta prática alguma mudança acontecerá e este já não será mais o melhor de todas.

A primeira a se manifestar foi Pôr-do-sol. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: *pôr-do-sol, flor, Coração, família, cor amarela e o verde*. Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Pôr-do-sol; *“Porque eu sou bastante ligada a natureza e natureza me traz paz, tranquilidade, concentração, sabedoria...”*.

Flor: *“... que te trás alegria, vida, você vai resgatar tudo aquilo que você não consegue resgatar nas pessoas você resgata na flor: .*

Coração: *“é você dar abertura, ter abertura para você se gostar, se aproximar das pessoas, ter um bom relacionamento no trabalho. Você tem que se amar para as pessoas poderem te amar...”*.

Família: *“ é o centro de tudo é a base do nosso trabalho é a base do meu dia-a-dia, apesar de eu não ser casada, mas para mim a família é o centro de tudo. Família em geral, irmão, sobrinhos, tios, mas é claro que as raízes é o pai e a mãe,mas quando a gente perde isso a gente resgata outras coisas...é o pôr-do-sol em si...”*.

Cor amarela: *“ energia, fonte de vida, fonte de luz, fonte de esperança, de dedicação, de paz, de amor, representa tudo. O amarelo te dá luz, aquela luz lá no fundo do túnel que às vezes ...?a vida para alguns problemas”*.

O verde: *“..saúde, paz, interiorização, coleguismo, reflexão, eu hoje posso ser o reflexo do que o meu colega faz, o que o plantão da noite vai ser, pode ser reflexo do plantão da turma da tarde. E o que o plantão que eu vou entregar para o meu colega vai ser... é o reflexo do meu plantão. Então por isso eu tenho que dar o melhor de mim para agir da melhor forma para que o meu colega tenha um dia cheio de coisas boas...é isso o que eu sinto e é isso o que me faz ficar dentro do CEPON”*.

A segunda a se manifestar foi Luar. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: **Luar, a prata, o laranja, cortina..** Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Luar: “*eu adoro a lua... a lua me passa uma energia... uma coisa boa que... recarrega...*”.

A prata: “*aquela coisa branca... a lua cheia... tu olhas assim aquilo te regarrega*”.

O laranja: “*... é vida... eu gosto da cor... cada momento é um momento que a gente tem... como o Pôr-do-sol falou... quem eu sou hoje e no final se eu for fazer outro desenho, provavelmente, vai ter outra perspectiva de quem eu serei e isso hoje, para mim, é uma... Quem é você no final desses encontros.. Quem seremos... é o profissional... é a pessoa... quem será o Luar no final deste momento... que raio de luar vai brilhar mais intensamente...é aí eu coloquei isso aqui... é como se fosse uma: .*

A cortina: “*... porque eu acho que esses momentos vão ser um descortinar... um abrir para ver a luz da lua entrando em nossas... praticamente é desse jeito que eu imagino... nós nos descortinando, abrindo, não só o tema do trabalho, mas a gente sentando mais, se reconhecendo... Acho que é por aí a minha expectativa... é o que eu acho que vai ser bom*”.

A terceira a se manifestar foi Raio-de-sol. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: Raio-de-sol, **Roxo, Quatro corações, Bonequinhos, Coração verde, Caminho de flores, As estrelas.** Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Raio-de-sol: “*... me lembra a vida, alegria..*”.

(Roxo): “*... eu peguei essa cor, pois acho que está ligada a sentimentos de amor, ternura*”.

Quatro corações: “*...que eu fiz porque representam as quatro pessoas que eu mais amo... que são muito importantes na minha vida... e eu acho que são pessoas especiais e eu fiz questão de fazer... que não tem ninguém igual a elas*”.

Bonequinhos: “*... representam os meus amigos que estão sempre junto comigo e que me ajudaram e que pretendo continuar? junto comigo*”.

Coração verde: “*... é esperança e lê ta sorrindo porque nesse momento eu to feliz e ele ta com bordas vermelhas porque ele ta atualmente amando*”.

Caminho de flores: “*... porque eu acho que cresci profissionalmente e ainda estou procurando crescer...*

As estrelas: “*... porque eu acho que muita coisa brilhou e muita coisa vai brilhar nesses encontros*”.

A quarta a se manifestar foi Arco-Íris. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: **Cor rosa, Arco-íris, Borboleta, Boneca, Anjinhos.** Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Cor rosa: “*... é a minha cor predileta...*”.

Arco-íris: “*... porque apesar do rosa eu gosto de todas as cores do arco-íris... eu não tenho discriminação por outras cores...*”.

Borboleta: “*... essa borboleta aqui que eu coloquei... a cabeça... é porque foi uma pessoas importante na minha vida e além de elas estar perto... ela ta um pouco longe e é a pessoa que me ensinou bastante coisa...*”.

Boneca: “*... essa boneca do meio dou eu e ainda coloquei um brilho porque eu acho que sou uma pessoa iluminada... as outras duas da ponta que eu dei um apelido... é as que estão próximas de mim e que eu gosto muito... não escrevi mais nomes da equipe porque não tinha mais nome para colocar, então estão representadas por um bonequinho...*”

Anjinhos: “*... e aqui são os anjinhos que são os pacientes... Que são as pessoas que a gente cuida... e por isso que os anjinhos não têm uma cara muito boa... pelo que eles estão passando...*”.

A quinta a se manifestar foi Águas Termais. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: **Águas termais, Família, Flores, Corações**. Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Águas termais: “... porque lembra muito o lugar onde eu moro que é Santo Amaro... que é onde minha família mora e eu tenho um carinho imenso por esse local...”.

Família: “... eu preservo o carinho da família, o amor da família e as situações de família...”.

Flores: “... então como a natureza.... Eu gosto bastante... por isso coloquei essas flores e assim... como sou caçula e nasci no dia das crianças... eu tenho toda uma alegria de criança”.

Corações: “... Eu gosto muito de minha profissão e é por isso que eu botei esses corações”.

Para finalizar o Outono se manifestou. Em sua apresentação os pontos-chave de sua descrição foram: **Outono, Folhas, Névoa, Relógio**. Cada item foi teorizado da seguinte maneira:

Outono: “... porque é a estação que me representa. Porque às vezes de manhã ta frio aí depois esquenta, abre o sol maravilhoso... Não que eu seja uma pessoa que tenha mil faces, mas eu tenho meio emoções. Às vezes eu tô muito bem e depois eu já não tô. Não que eu seja bipolar. Eu sou muito outono... uma hora eu não to muito no embalo, mas daqui a pouco já se abre”.

Folhas: “... porque eu acho que a gente somos folha ao vento. Deveria ser! Muitas pessoas são folhas presas em uma árvore. Dentro de um mesmo jardim, mesmo sol ,mesmo ar. Mesmo com tudo o que a gente tem e a gente insiste em ficar preso naquela mesma árvore... olhando... achando que a sua árvore é melhor, a sua sombra é melhor, a sua seiva é melhor e não é... Essas folhas vão cair aqui dentro no nosso raciocínio-lógico, no nosso sentimentalismo e isso vai acontecer. Vai virar adubo de alguma coisa. Se não for profissionalmente, espero que seja, mas acho que as amizades novas vão ser fortalecidas. Eu acho que vão ser abolidos alguns medos que a gente tem pelo outro”.

Névoa: “... que cobre a gente. a névoa da discussão, da desconfiança, que infelizmente às vezes há. Às vezes a gente não sabe quem ta falando a verdade...”.

Relógio: “... pois foi uma coisa que eu olhei em um livro e eu não escrevi certo, porque eu não lembro – Mesmo um velho relógio parado no tempo em pelo menos duas vezes ao sai está perfeitamente correto, mas ele pode estar em sete horas aqui, mas no outro país ele pode não ser sete horas - Depende de onde você está olhando e isso às vezes acontece muito aqui. Eu não sou totalmente errada, eu não era totalmente certa, mas depende de onde você está olhando...”.

Ao final dos relatos eu orientei a todos os participantes que fixassem seu cartaz na parede para lembrar que ficarão ali até o final do trabalho e que ao terminarmos estas atividades esta dinâmica seria reapresentada.

Durante esta atividade, ao observar o comportamento de minhas colegas, quase chorei! Pois relembrei dos muitos momentos em que houve desavenças e que estas poderiam ter sido evitadas se nos conhecêssemos mais, dialogássemos mais e julgássemos menos. Talvez nos compreenderíamos e trabalharíamos melhor. Essa reflexão reforçou minha vontade de dar continuidade a esta prática e tentar achar mais alternativas que estimulassem a participação das enfermeiras e resgatar o melhor delas.

2ª Atividade: Observando a realidade

Nesta atividade buscou-se identificar como os enfermeiros avaliam a dor e qual a percepção dos mesmos sobre dor. Para realizá-la foi confeccionado um relógio com isopor, contendo dois ponteiros e duas perguntas coladas em extremidades opostas: Como você avalia a dor do paciente com câncer em cuidados paliativos? Qual a sua percepção sobre a dor/O que

a dor significa para você?

Ao girar os ponteiros, cada participante respondeu as perguntas até que todos tivessem participado.

Esse relógio representa o tempo. E a história se faz no tempo. E nunca a hora volta para trás. Ela sempre caminha para frente. Assim, as enfermeiras também estão inseridas dentro de um contexto histórico e sua construção foi feita através dos tempos. Ao responderem a questão as enfermeiras foram orientadas a resgatar sua história profissional, seu passado até seu momento presente de sua realidade.

Infelizmente, a pilha do relógio terminou, ou seja, o ponteiro não rodou. Diante desta situação, foi questionado ao grupo como poderíamos trabalhar. Então surge a idéia de cada um pensar nas questões e falar espontaneamente.

Refletindo sobre: Como você avalia a dor do paciente com câncer em cuidados paliativos e Qual a sua percepção sobre dor?

Pôr-do-Sol: *“Bom... primeiro lugar a **onde dói** e como é que é a **expressão do paciente** em relação dessa dor e a **extensão que dói**. O primeiro dia e a primeira noite como são as primeiras vinte e quatro horas, venho observando a **confiança** que tu passa para o paciente e que nada de ruim vai acontecer com ele.*

Raio-de-Sol: *“Como o pôr-do-sol falou a gente sempre pergunta para o paciente **como é a dor...** Se ela **caminha**, se ela é em ???. É uma das coisas que eu aprendi aqui. É a importância de perguntar como é essa dor. Se ela é **em picada, facada, pesa** e até por causa das medicações. Aqui eu também aprendi o que funciona mais para dor de cabeça, **visceral**, então a gente faz as perguntas que vão direcionar o que melhor faz efeito para aquela dor. E no caso do paciente acamado que não responde, eu acho a melhor maneira de avaliar, **a face**. Às vezes algum **movimento que ele faz com o braço, as pernas...** que **retrai**, que mostra que ele tá com desconforto e que ajuda avaliar se ele precisa de analgesia. Outra coisa que eu sempre procuro fazer que eu **aprendi aqui é que sempre que o paciente agita não é o Midazolam, mas sim a analgesia, pois essa situação pode ser dor**”. A **palavra dor para mim lembra uma coisa angustiante, que sufoca**. Acho que todos nós já sentimos alguma dor, seja ela **sentimental ou física** e realmente é uma coisa muito angustiante, pois **lembra a morte, sufocamento** e quando eu vejo que alguém tá com dor é uma coisa que eu sinto... é aquela angústia de aliviar aquela dor dele... Que parece “que tá me angustiando”.*

Luar: *“A avaliação da dor a gente tem que considerar a **dor como um todo**. Eu sou formada a quinze anos e estou no CEPON a dez anos e a gente quanto entra aqui, a gente aprende uma coisa nova, se a gente quiser aprender que é aquela **“Total Pain”** que é aquela dor total e aí a gente começa a ver que já era **difícil a gente tratar a dor**. A partir desse novo conceito, o que que eu faço com tudo isso? Então a gente tem muitas formas... na literatura... nos serviços de como avaliar a dor. Eu acho muito pertinente essa proposta de a gente estar desenvolvendo a nossa forma, como é que a gente pode sistematizar isso. Uma vez eu estava conversando com a Roberta que me questionou – será que as **escalas medem?** – Se a dor é subjetiva como é que eu vou traduzi-la em números? É isso o que a gente tem ainda... são números. Então quando o paciente chega para mim no ambulatório ou no domicílio a primeira coisa que eu tenho que me propor a fazer é... porque não adianta fazer... porque às vezes a dor é aguda e aí tu tens que ver? como é essa dor... vai o procedimento para poder conversar, mas acho que a questão é **estabelecer vínculo**. Porque para que até que a pessoa possa passar **informação correta**... As informações que hoje eu procuro dele... informações em relação a **frequência da dor**, o que eles **estão utilizando para aliviar a dor**, como é que essa dor (**fisgada, pontada, corre, não corre**) qual é a **localização dessa dor**. Essa **dor tem horário** para aparecer? Ela tem **alguma coisa que desencadeia?** O que a **acalma?** Acho que essas são questões que a gente tá buscando para que o que a gente tem hoje possa agir*

terapeuticamente com essas pessoas. E, às vezes, a gente tem aquele alívio da pessoa, aí a gente olha, ta **todo mundo dolorido**, com dor... aí a gente começa a olhar para a família, aí tu começa a olhar o acompanhante. E as coisas que faltam, então, trabalhar com a dor, avaliar a dor em cuidados paliativos. Eu acho que a gente deve partir do princípio que não é só aquele indivíduo que é o foco só, ele é talvez o foco inicial, mas irradia para o todo, os pacientes dizem isso! As famílias dizem isso! O câncer é uma doença que muda toda a estrutura da família. As famílias têm que se reestruturarem, os papéis têm que ser modificados e isso, às vezes, dói muito e a gente tem que estar atento para isso e aí a gente até puxa... **Nós somos só nós?** Temos que aprender a trabalhar com isso. A gente tem que ter outros profissionais. Às vezes, a gente diagnostica... E aí o que eu faço com isso? Com as informações. Isso me angustia muito! Porque às vezes eu penso... Será que eu tenho capacitação para? Sozinha? Ou com as pessoas que estão aqui? **Eu preciso de algum outro profissional?** Quem é esse profissional? Cadê ele? Como é que eu faço agora? Então, também eu acho que, às vezes... Eu me avalio muito nesse sentido. Acho que às vezes a gente até nem pergunta muito. Aqui a gente tem essa facilidade de conversar com a equipe médica e vamos pensar em medicamento... Oh doutor, ta acontecendo assim, nós... Trabalhamos com isso, mas as outras coisas que? As outras dores? **A dor da alma** e aí?”.

Outono: “Essa coisa de dor na alma eu fico muito preocupada. Eu não sei se isso se chama sensibilidade, mediunidade, mas eu tenho muito esse negócio de sentir energia. Às vezes, no botar o pé no hospital eu já sinto o corpo pesado. Eu sinto muito isso com o paciente. Então quando eu saio de casa eu peço para que se eu não conseguir **melhorar o paciente clinicamente**, que ele se sinta na minha presença um acalento, tranqüilidade, no meu olhar, sinta calma. E eu ouço isso de outros pacientes. E eu agradeço que eu consigo com esse lado. Todo mundo tem uma vida lá fora e chega aqui destroçada, seja com o marido, com o filho, a gente se conhece pouco, mas a gente sente a energia. Então quando a gente entra aqui e vê uma realidade muito diferente da nossa, às vezes, reclamando por pouca coisa, mas essa coisa de a gente chegar ao paciente e ver que tem alguma coisa, fisicamente doendo... Eu gosto muito de coletar histórico. A gente **descobre** tanta coisa naquela família, tu vê que aquela dor tem... Às vezes, quando pega na mão aquela dor... Um dia desse um paciente me pegou na mão e perguntou: Outono, tu vai embora agora? Vou por causa da minha menina! Tu não ficavas aqui..? Eu nunca me esqueci daquilo. Eu nunca vou me esquecer! O fato da minha presença... que eu uma pessoa estranha e o meu **toque de mão acalentava uma dor oncológica...** Que minha presença fazia bem a ele... Tem essas coisas físicas assim... Eu acho que eu tenho muito a aprender. Tenho dificuldade em avaliar... Tenho lido tanta coisa sobre isso, mas acho que às vezes a gente fica no clínico... que às vezes o profissional esquece que é um aperto de mão, uma mão na testa. Não é um Midazolam... Sabe! Às vezes o Midazolam está aqui na minha mão, um sussurro no ouvido e às vezes a gente esquece um pouco. A gente fica querendo ser tão profissionalmente bom que às vezes a gente está sendo avaliado. A gente sabe disso se não... **Que um avalia o outro... É do ser humano ser crítico, mas a gente esquece disso.** Aqui a gente tem um poder muito grande”.

Arco-Íris: “Não vou dizer que tudo o que as minhas colegas eu faço, porque eu ainda estou aprendendo a fazer avaliação da dor, mas acho que um pouquinho de cada um... Como o Luar falou... Na coleta de dados o tipo de dor, como é que ele está sentindo a dor, isso eu procuro fazer, mas uma coisa que eu observo bastante é com relação a face do paciente, se está com uma face de dor, tranqüila, **a posição que ele se encontra no leito**, que é mais para o lado que dói, que cede, querem estar comprimindo ali para não... e nas outras vezes até com a própria mão. O próprio acompanhante pede ajuda. Assim como a experiência com um paciente que estava sentindo muita dor e ele pedia para mim... Arco-Íris aperta, aperta porque dói. Sabe! Então, para mim isso aí mexeu! Foi muito importante eu ver o quanto de dor ele estava sentindo, que aquilo ali para ele estava ajudando a melhorar, fora a

medicação que ele estava fazendo. Isso ali, para mim, foi bem importante”. A **dor** para mim... Que eu percebo **é uma coisa horrível!** Que não tem explicação. Independente da dor, como o Raio-de-sol falou à dor que a gente sente em uma parte do corpo ou... Há vários tipos de dores... amores, decepções... Isso aí é uma coisa que não faz bem. “Não deveria existir, mas como a gente é humano, nós somos obrigados a passar por isso”.

Águas Termais: “Cada um já falou um pouquinho. A gente vai ouvindo... O pessoal já falou bastante. Então como eu avalio a dor? É tudo isso. **É o todo.** Como o Luar falou, tu tens que avaliar o todo, é a face, é a família, o desejo que está causando sofrimento para a pessoa, é o familiar que não chegou ainda, o familiar que não se alimentou. Então, tudo isso tens que estar avaliando. Ver o todo. Então a enfermagem é isso. Não é tu vê o câncer, é o todo do paciente. Então eu procuro ver o paciente como um todo. Na questão da dor... em **você estar sempre acreditando na dor do paciente.** Isso é uma coisa importante. Porque às vezes, ali tu já estás acostumado a tomar essa medicação. Tu tens sempre que acreditar no paciente. Uma vez eu li um negócio que eu nunca esqueci: a dor é tudo aquilo que o paciente diz ter e o é. Então, como é que tu podes estar medindo no sentido de dizer: não, não está doendo. Isso é uma coisa que não é admissível. Então é isso. E a parte do paciente que está acamado, que não ta contactuando... é a **posição que ele está no leito que às vezes a dor dele é por estar naquela posição e que não está conseguindo expressar aquilo.** Às vezes, é com um diálogo... **O local da dor, o tipo da dor.** Então é tudo isso. Não adianta tu só ir lá pegar Morfina, às vezes, **a dor não é de Morfina é de um Buscopan, de outra coisa. A dor é às vezes só uma companhia do lado** e que, às vezes, o objetivo do familiar é estar ajudando, mas às vezes, ele está prejudicando, ele ta angustiando. É essa coisa do todo e não como um órgão que está doendo e sim uma pessoa que está sentindo dor. Estar sempre fazendo o possível para **amenizar esse sofrimento.** A dor é para mim uma coisa muito sofrida. Que impossibilita de fazer muitas coisas. Tu conversar, da um sorriso, expressar, movimentar. É uma coisa que impossibilita de fazer um monte de coisas, de viver. Eu sempre digo para meus pacientes: tu tens que dizer que está com dor, porque se você não estiver com dor, você poderá se alimentar melhor, respirar melhor, conversar, movimentar. Então “é uma coisa que te impossibilita de fazer muitas coisas”.

Nestes relatos pude observar que cada uma age na perspectiva de avaliar a dor de forma diferente e sem um caminho pré-estabelecido. Avaliam a dor do paciente conforme aquilo em que acreditam que possa contribuir para aliviar o sofrimento do paciente. Em todos os relatos percebe-se que a dor é considerada como algo angustiante e sofrido. Ao falarem demonstraram estar sentindo aquela dor reportando-as a sua vida pessoal e a refletirem sobre si mesmas enquanto pessoas.

Compreendem que a avaliação da dor vai além de dar analgésicos, envolve a capacidade de compreender o sofrimento do outro, estar junto, “acalantar”.

Minha primeira impressão deste momento foi que cada uma agia conforme seus instintos. Em nenhum momento relataram ter uma forma específica de avaliação ou orientação prévia para isso. Aprenderam no dia-a-dia, sozinhas e sem possibilidade de dialogar entre si como pessoas e como profissionais. Isso ficou bem claro para mim nas falas de Luar na primeira dinâmica:

“A gente trabalha há tanto tempo juntas que na verdade eu não conhecia um lado do Outono tão divertido... é como se eu tivesse me apresentar novamente e como me apresentar para vocês”.

“... é como se fosse uma cortina porque eu acho que esses momentos vão ser um descortinar”.

Esse “descortinar” me fez compreender que elas precisam deste momento para se reencontrarem e resgatarem o seu papel enquanto grupo de enfermeiras e isso envolve o conhecer a si mesmo, o outro e o seu fazer. Desta forma, este exercício de ir e vir, para dentro

e para fora, evidencia a importância da reflexão para esta prática reflexiva-dialógica, reforçando a minha proposta de educação no trabalho e as idéias de Paulo Freire sobre o processo de mudança.

3ª Atividade: leitura da **Fábula do elefante branco**. (S.O. S – Dinâmicas de Grupo, pg.135).\

Ao terminar a primeira discussão seguimos para a terceira atividade. Realizei uma leitura de uma fábula chamada de Elefante Branco. Esta fábula trás como mensagem a questão de nossos pré-conceitos, incluindo a questão da dor. Como forma de sensibilização para iniciar a pesquisa esta leitura buscou sensibilizar o grupo a participarem das atividades sem pré-julgamentos e abertas para desenvolverem seus conhecimentos e trocarem experiências, pois foi um momento de auto-conhecimento e de conhecimento do próprio grupo de trabalho.

“Chegou um grande circo na cidade. Quatro cegos passeando juntos aproximaram-se do local onde o domador estava cuidando de um dos elefantes do circo. Pararam e perguntaram ao domador se podiam tocar no animal, ao que ele concordou.

Um deles, mais alto, de braços erguidos, bateu na orelha do elefante; outro encontrou a barriga; outro apalpou a perna e o quarto segurou a tromba. Logo, depois voltaram ao seu passeio satisfeito, porque agora sabiam o que era um elefante.

E foram conversando, até que pararam numa pracinha, assentaram-se e começaram a discutir sobre o elefante:

“-Elefante é apenas uma espécie de ventarola grande, felpuda no meio, e rugosa”- disse o cego alto.

“- Nada disso – retrucou o que examinou a tromba – eu examinei cuidadosamente o bicho”.

“Trata-se de um tubo maleável, pesado, forte e que se movimenta o tempo todo.”

“Tudo errado! – falou o que tocara a perna. Eu constatei que é uma pilastra grossa e firme.”

“- Eu acho que vocês estão loucos – corrigiu o que apalpara a barriga – não perceberam que o elefante é como um enorme casco de um navio, áspero e vivo!”

E as discussões foram até altas horas, sem, é claro, chegarem a nenhuma conclusão”. Como mensagem final ficou:

“Quanto menos parcial for nossa percepção da realidade, mais chance tem de nos aproximar do todo e melhor entendermos a realidade à nossa volta”. “E, ainda, se não formos flexíveis, e procurarmos entender as razões do outro, não poderemos rever as nossas percepções e chegar a novos aprendizados”.

Encerramos a atividade com empolgação do grupo em estar se reunindo, se conhecendo e abrindo novos caminhos para a assistência de enfermagem. Percebi que houve sensibilização para a proposta de trabalho e a necessidade deste grupo se conhecer melhor para assim poder refletir na realidade de trabalho e a própria forma de avaliação da dor. Senti muita alegria neste primeiro contato com minhas colegas de trabalho. Com o encerramento amarramos o compromisso para o próximo encontro.

APÊNDICE C – Carta convite

CARTA CONVITE

DATA: 09/10/07

Cara Colega!

Venho, por meio desta, convidá-la a participar do desenvolvimento do meu projeto do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. A proposta é realizar um processo de educação no trabalho tendo como foco a conscientização dos enfermeiros sobre a avaliação da dor do paciente com câncer em cuidados paliativos, possibilitando estabelecer diretrizes para a construção de uma metodologia de enfermagem para a sua avaliação.

Esta atividade será desenvolvida através de encontros denominados, por mim, de **“momentos educativos”** os quais acontecerão conforme planejamento dos dias e horários que melhor se adequarem aos participantes. Estes encontros serão realizados na sala de reuniões da unidade, porém fica aberta a possibilidade de escolha de outro local que você queira sugerir.

Encaminho um calendário para preenchimento, por você, dos horários e dias que você pode se disponibilizar para participar das atividades. Pretendo trabalhar com o grupo 1 vez por semana. Caso não seja possível reunir todas em um mesmo horário, tentarei trabalhar em duplas ou trios.

No 1º encontro do grupo de trabalho será esclarecida a dinâmica de desenvolvimento das atividades e reforçado o objetivo do trabalho. Pretendo discutir com o grupo questões sobre como ocorre a avaliação da dor pelo enfermeiro na Unidade de Cuidados Paliativos.

É com muita satisfação que desde já agradeço a sua participação.

Atenciosamente,

Roberta Waterkemper

Obs: coloque no calendário os telefones e email para contato. Aproveito para solicitar que você escolha um apelido, de sua preferência, para ser identificada no trabalho.

APÊNDICE D – Modelo da organização do encontro do 1º momento educativo

ORGANIZAÇÃO DOS MOMENTOS EDUCATIVOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

1º Momento Educativo

Data: / / **Hora:**18:30

Local: Essa prática educativa terá como ambiente de estudo a Unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, no bairro Centro, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Duração: 1 hora e meia

Participantes: Raio de Sol (), Arco-Íris(), Outono(), Luar(), Águas Termais(), Pôr-do-Sol ().

Dinâmica das Atividades

1) Acolhimento:

- Desejar boas vindas a todas
- Agradecer a participação.
- Falar da disponibilidade do lanche.
- Reapresentar, resumidamente, o objetivo do trabalho.
- Entregar os termos de consentimento livre e esclarecido
- Esclarecer dúvidas. Ressaltar que a atividade será gravada e registrada.
- Iniciar as atividades com a dinâmica: “O melhor de mim”(pg53 – S.O.S Dinâmicas de grupo).

Objetivo:

- a) Proporcionar aos participantes uma auto-avaliação;
- b) Projetar a auto-imagem, utilizando criatividade e recursos lúdicos;
- c) Oferecer aos demais companheiros um pouco de si;
- d) Estabelecer empatia;

1.1. Desenvolvimento: 2 etapas

Tempo: 30 minutos

Material Utilizado:

- Cartolinas coloridas, revistas usadas, cola, tesoura, fita adesiva e pincéis coloridos.

1ª Etapa:

- Colocar o material à disposição dos participantes e dizer-lhes que “você vão criar um cartaz, utilizando todos esses recursos, que retrate ou represente “**O melhor de vocês” e “quem é você” – colocar um apelido que represente um fenômeno da natureza ex: Luar (Maristela), Raio de sol, Brisa do mar, Chuva, Tempestade, Orvalho, Flocos de Neve, Ventania, Primavera, Verão, Outono, Inverno, Pôr-do-sol, Amanhecer, Anoitecer, Entardecer, Geada, Calmaria, Terremoto, Furacão, Ciclone, Queimada, Correnteza, Cheiro-de-Flor, Corrente Marítima, Ondas do Mar, Águas Termais, Florescer, Arco-Íris... ”**

- “Durante trinta minutos, aproximadamente, vocês vão usar toda a sua criatividade e elaborar, com frases, figuras, aquilo – em forma de cartaz – que diga ou sintetize o MELHOR DE VOCÊS”.

- Ao ser concluído orientar em todos os participantes que fixem seu cartaz na parede e lembrar que ficarão ali até o final do trabalho.

2) Desenvolvimento do Momento

1º Momento: Observação da realidade: neste passo inicial buscar-se-á Identificar como os enfermeiros avaliam a dor e identificar qual a percepção dos mesmos sobre dor;

- Fazer uma roda na mesa;

- Fazer um ponteiro de relógio com as perguntas: Como você avalia a dor do paciente com câncer em cuidados paliativos? Qual a sua percepção sobre a dor/O que a dor significa para você?

- Girar os ponteiros para cada participante responder a pergunta até que todos tenham respondido as duas.

- Ver o que cada um compreendeu dos conceitos dos outros. Resgatar o que foi levantado.

- Orientar sobre a próximo momento: **2º Momento:** pontos-chave: identificar os pontos importantes da realidade observada: a prática da avaliação da dor pelos enfermeiros nos cuidados paliativos e de suas percepções sobre a avaliação da dor;

- Agendar próximo encontro: Data: ___/___/___, hora: ___:___, Local: _____

3) Encerramento

Fábula do elefante branco. (S.O. S – Dinâmicas de Grupo, pg.135).

Chegou um grande circo na cidade. Quatro cegos passeando juntos aproximaram-se do local onde o domador estava cuidando de um dos elefantes do circo. Pararam e perguntaram ao domador se podiam tocar no animal, ao que ele concordou.

Um deles, mais alto, de braços erguidos, bateu na orelha do elefante; outro encontrou a barriga; outro apalpou a perna e o quarto segurou a tromba. Logo, depois voltaram ao seu passeio satisfeito, porque agora sabiam o que era um elefante.

E foram conversando, até que pararam numa pracinha, assentaram-se e começaram a discutir sobre o elefante:

“-Elefante é apenas uma espécie de ventarola grande, felpuda no meio, e rugosa”- disse o cego alto.

“- Nada disso – retrucou o que examinou a tromba – eu examinei cuidadosamente o bicho”. “Trata-se de um tubo maleável, pesado, forte e que se movimenta o tempo todo.”

“-Tudo errado! – falou o que tocara a perna. Eu constatei que é uma pilastra grossa e firme.”

“- Eu acho que vocês estão loucos – corrigiu o que apalpou a barriga – não perceberam que o elefante é como um enorme casco de um navio, áspero e vivo!”

E as discussões foram até altas horas, sem, é claro, chegarem a nenhuma conclusão.

“Quanto menos parcial for nossa percepção da realidade, mais chance tem de nos aproximar do todo e melhor entendermos a realidade à nossa volta”.

“E, ainda, se não formos flexíveis, e procurarmos entender as razões do outro, não poderemos rever as nossas percepções e chegar a novos aprendizados”.

APÊNDICE E – Proposta de trabalho

ORIENTAÇÃO DAS DINÂMICAS DOS TRABALHOS

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como trabalho da Disciplina NFR 3128 Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde – 2007/2

Orientadora: Profª Drª Kenya Schmidt Reibnitz

Título do Trabalho: “EDUCANDO NO TRABALHO: UMA PROPOSTA PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA DOR DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS”.

Objetivo Geral: *realizar um processo de educação no trabalho tendo como foco a conscientização dos enfermeiros sobre a avaliação da dor do paciente com câncer em cuidados paliativos, possibilitando estabelecer diretrizes para a construção de uma metodologia de enfermagem para a sua avaliação.*

Participantes: enfermeiros da unidade de cuidados paliativos convidados e que aceitaram participar da atividade.

Período: outubro a novembro de 2007, podendo estender-se a maio de 2008.

Operacionalização do trabalho: Metodologia - Este estudo utiliza como caminho metodológico a metodologia da problematização associada ao Arco de Charles Maguerez.

Dinâmica dos momentos educativos:

- *Duração dos Encontros:* os momentos educativos terão 1 hora e meia de duração, aproximadamente, dependendo do acordo estabelecido no primeiro encontro e do progresso e alcance dos objetivos desenvolvidos em cada encontro. A sua realização acontecerá conforme acordo da maioria dos participantes.

- Para o início e final de cada encontro será realizado um acolhimento e uma auto-avaliação, ou seja, momentos dedicados para o preparo do ambiente de trabalho, buscando torná-lo atrativo e acolhedor e um momento organizado para uma auto-avaliação e planejamento, conjunto, dos próximos encontros. Para isso, serão utilizadas técnicas de relaxamento ou dinâmica de grupo.

- Este trabalho será realizado em 5 momentos. Cada momento será representado por uma etapa do Arco de Charles Maguerez, que será desenvolvido da seguinte maneira::

- *1º Momento:* Observação da realidade: neste passo inicial buscar-se-á Identificar como os enfermeiros avaliam a dor e identificar qual a percepção dos mesmos sobre dor;

Data: 17/10/07 **Horário:** 18:00 h.

- *2º Momento:* pontos-chave: identificar os pontos importantes da realidade observada: a prática da avaliação da dor pelos enfermeiros nos cuidados paliativos e de suas percepções sobre a avaliação da dor;

Data: 24/10/07 **Horário:** 18:00h.

- *3º Momento:* teorização do problema evidenciado: Mediar entre os enfermeiros envolvidos um processo de aprofundamento no estudo da dor;

Data: ___/10/07 **Horário:** ___:___ h

Data: ___/10/07 **Horário:** ___:___ h

Data: ___/10/07 **Horário:** ___:___ h

- *4º Momento:* formulação de hipóteses: estabelecer estratégias, pelo grupo de trabalho, ou seja, enfermeiros e o enfermeiro educador, que os sensibilizem para a importância de uma sistematização da avaliação da dor no cuidado paliativo;

Data: ___/10/07 **Horário:** ___:___ h

- *5º Momento:* intervenção na realidade: sistematizar as diretrizes para a construção de uma metodologia de enfermagem para a avaliação da dor do paciente com câncer na unidade de cuidados paliativos do CEPON;

Data: ___/10/07 **Horário:** ___:___ h

Cada momento, dependendo do andamento das discussões/reflexões, poderá ser desenvolvido em mais de um encontro educativo; além disso, em cada momento, serão utilizados os elementos do arco como estratégia para o desenvolvimento de cada encontro.