



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Massagem terapêutica:
intervenção de enfermagem na promoção do conforto
da pessoa com doença oncológica**

Adelaide Catarina Rebelo dos Santos

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Massagem terapêutica:
intervenção de enfermagem na promoção do conforto
da pessoa com doença oncológica**

Adelaide Catarina Rebelo dos Santos

Orientador: Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Porque sem vocês o concretizar desta etapa não teria sido possível...

À Professora *Eunice Sá* pela orientação, estímulo e confiança...

Às Sr^{as} Enfermeiras orientadoras- *Catarina Marques, Ana Cristina Ferreira, Joana Bragança* e *Marisa Falé*- pela disponibilidade e atenção demonstradas, pela partilha do conhecimento, mas sobretudo pelo exemplo de excelência no *Cuidar*...

Aos meus *colegas de curso* pelos momentos que partilhamos em frente ao ecrã, durante os anos de pandemia, pela alegria de cada reencontro e pelas palavras de incentivo ao longo destes dois anos...

Aos meus *colegas de trabalho* e *enfermeira chefe*, pelo interesse, vontade e empenho em melhorar as práticas de enfermagem...

Obrigada *Marlene Pinto* pela tua companhia que tornou este percurso mais leve...

Obrigada *Isabel Lemos* pela tua prontidão em ajudar e pelas dicas para que nada faltasse...

Aos meus queridos filhos, *Leonor* e *Santiago*, por todas as vezes que prescindiram do *nosso tempo* para que eu pudesse estar ao serviço do *Outro*...

A ti *Eduardo*, por continuares a ser a minha asa direita, que não me deixa cair por mais turbulento que seja o voo...

A minha gratidão a todos os que me permitiram evoluir enquanto *Enfermeira* e *Ser-Humano*...

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

ASCO- *American Society of Clinical Oncology*

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

ESAS- *Edmonton Symptom Assessment Scale*

EONS- European Oncology Nursing Society

GTNF- Grupo de Terapias Não Farmacológicas

HDO- Hospital de Dia Oncológico

IASP- *International Association for the Study of Pain*

IF- Intervenções Farmacológicas

INF- Intervenções Não Farmacológicas

NCCN- *National Comprehensive Cancer Network*

NIC- *Nursing Interventions Classification*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PMT- Programa de Massagem Terapêutica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

UMD- Unidade Multidisciplinar de Dor

UTD- Unidade de Tratamento de Dor

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

A pessoa com doença oncológica pode vivenciar sintomas tais como dor, ansiedade, fadiga e *distress* que comprometem o seu estado de conforto. A massagem terapêutica surge na literatura como uma intervenção que pode ser utilizada pelos enfermeiros no alívio de sintomas e na melhoria do conforto destes doentes. Este relatório insere-se no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente oncológica. Descreve o percurso de estágio desenvolvido, analisando de forma crítica e reflexiva o contributo das aprendizagens na aquisição de competências de enfermeiro especialista. Este trabalho foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto centrando-se na necessidade de dar visibilidade às intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica. Foram mobilizados os conhecimentos adquiridos em cada contexto de estágio e os contributos de uma revisão *scoping* que permitiram implementar um programa de massagem terapêutica com o objetivo de avaliar a eficácia da massagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica. Após a massagem verificou-se um alívio dos sintomas reportados pelos participantes e o conforto foi melhorado. A implementação deste projeto deu visibilidade ao conforto como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica numa Unidade de Hospital de Dia.

Palavras- Chave: Oncologia Integrativa, Massagem, Conforto do Paciente, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Oncology patients often report pain, anxiety, fatigue and distress, as key symptoms contributing to an overall feeling of discomfort. Based on published literature, massage is a drug-free intervention performed by nurses, that can be used to relieve patient's symptoms and improve overall well-being.

In this Master's thesis, written for the 12th program for the Masters of Science in Medical-Surgical Nursing in Oncology, I have explored how massage can contribute to the comfort of oncology patients. This work was developed according to the project methodology, focusing on the need to give visibility to the non-pharmacological interventions implemented by nurses in promoting the comfort of oncology patients. Internships were carried out to acquire skills as a specialist nurse. The knowledge and the contributions of multiple internships allowed the implementation of a therapeutic massage program in a Day Hospital Unit. After a critical reflection on this subject, we conclude that the use of massage therapy results in the relief of patient-reported symptoms and in the improvement in overall comfort. This project promotes the idea that massage therapy performed in Day Hospital Units contributes to the improvement of quality of care provided by nurses to oncology patients.

Keywords: Integrative Oncology, Massage, Patient Comfort, Nursing Care

Índice

INTRODUÇÃO	8
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1- A dor e o conforto na pessoa com doença oncológica	13
1.2- A massagem enquanto intervenção promotora do conforto	18
2- EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	24
2.1- Numa Unidade Multidisciplinar de Dor	25
2.2- Numa Unidade de Tratamento de Dor	36
2.3- Numa Unidade de Cuidados Paliativos	43
2.4- Numa Unidade de Hospital de Dia Oncológico	50
3- AVALIAÇÃO	60
4- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	67
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

Anexo I – Autorização para a utilização da Escala do Conforto Holístico HCQ-PT-DC®

Anexo II – Autorização da Comissão de Ética para a implementação do estudo “Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica”

Anexo III – Escala de Conforto Holístico HCQ-PT-DC®

Anexo IV – Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton* entregue aos participantes do PMT

Apêndice I- Questionário de sondagem de opinião realizado junto da equipa de Enfermagem

Apêndice II- Resultados do questionário de sondagem de opinião realizado junto da equipa de Enfermagem

Apêndice III- Planeamento das atividades na Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD)

Apêndice IV- Grelha de observação das intervenções farmacológicas no alívio da dor, utilizadas na UMD

Apêndice V- Grelha de observação das intervenções não- farmacológicas no alívio da dor, utilizadas na UMD

Apêndice VI- Manual de utilização dos Instrumentos de Avaliação de dor, utilizadas na UMD

Apêndice VII- Revisão *Scoping*: “A massagem terapêutica como intervenção de enfermagem no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica

Apêndice VIII- Planeamento das atividades a realizar numa Unidade de Tratamento de Dor (UTD)

Apêndice IX- Algoritmo de decisão: critérios para a aplicação da massagem

Apêndice X- Manual de boas práticas na aplicação da massagem terapêutica à pessoa com doença oncológica

Apêndice XI- Reflexão crítica de uma situação vivenciada numa Unidade de Tratamento de Dor

Apêndice XII- Planeamento das atividades a realizar numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

Apêndice XIII- Ficha de anamnese: Avaliação Inicial e Avaliação Subsequente da massagem

Apêndice XIV- Estudo de Caso: “A massagem como intervenção promotora do conforto na pessoa com doença oncológica em situação paliativa”

Apêndice XV- Planeamento das atividades a realizar no Hospital de Dia Oncológico (HDO)

Apêndice XVI- Sessão de formação realizada no serviço de Hospital de Dia Oncológico

Apêndice XVII- Protocolo de intervenção: Programa de Massagem Terapêutica

Apêndice XVIII- Consentimento informado entregue aos participantes do Programa de Massagem Terapêutica

Apêndice XIX- Análise dos resultados do Programa de Massagem Terapêutica

Apêndice XX- Opinião dos participantes do Programa de Massagem Terapêutica

INTRODUÇÃO

Este relatório insere-se no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e representa o culminar de um processo formativo iniciado em 2020, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, de competências de enfermeiro com formação avançada em Oncologia preconizadas *pela European Oncology Nursing Society (EONS, 2018)* e competências conducentes à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Ao longo das últimas décadas, a doença oncológica tem vindo a tornar-se um problema de saúde pública estimando-se que em 2020 tenham ocorrido cerca de 19.3 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (WHO, 2021). Apesar da evolução do conhecimento na área da oncologia e dos avanços técnicos e científicos no âmbito do diagnóstico e tratamento, a doença oncológica continua a ser um dos acontecimentos de vida mais temidos pelos indivíduos (Rezende & Costa, 2018).

A dor é um dos sintomas mais associados ao cancro (Swarm, Paice, Anghelescu, Are, Bruce, Buga et al, 2019) e quando não aliviada, pode ter um efeito devastador na qualidade de vida da pessoa (Diniz & Naves, 2017). Apesar da avaliação da dor como 5º sinal vital ser de carácter obrigatório e um direito dos doentes que dela padecem (DGS, 2003), a intervenção autónoma do enfermeiro quanto a esta problemática parece estar pouco evidenciada na prática diária.

Ao longo da minha prática profissional e mais concretamente em contexto de Hospital de Dia Oncológico (HDO) onde desempenho atualmente as minhas funções, tenho constatado que, ao longo da trajetória

da doença oncológica, para além da dor, grande parte dos doentes apresentam outros sintomas relacionados com os efeitos secundários dos tratamentos, tais como fadiga, ansiedade e *distress* (Cowen, Miccio & Parikh, 2017), que afetam a sua vertente biológica, psicológica, social e espiritual comprometendo o seu estado de conforto (Carvalho, Cotafo, Dias, Cruz & Coutinho, 2020). Na prática de cuidados o termo conforto continua a estar muito associado à ausência de dor na dimensão física, pelo que é necessário despertar e motivar os profissionais de saúde de que o conforto não é apenas físico, sendo fundamental avaliar se existe desconforto e identificar os fatores que o desencadeiam de modo a implementar estratégias que possam responder às necessidades de conforto da pessoa (Machado, 2018).

Na procura contínua pela melhoria da qualidade dos cuidados, o enfermeiro especialista deve abordar a pessoa numa perspetiva holística e identificar os fatores que podem comprometer o estado de conforto e implementar autonomamente intervenções não farmacológicas, como é o caso da massagem, de forma a responder às necessidades individuais de conforto da pessoa com doença oncológica.

Assim, tendo em conta o meu interesse pessoal nesta temática e no sentido de desenvolver competências na área do cuidado especializado de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, foi elaborado um plano de trabalho organizado que obedeceu à metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A metodologia de projeto obedece a cinco fases principais iniciando-se com o diagnóstico da situação, ou seja, a elaboração de um mapa cognitivo da situação e de um “modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al, 2010, p.10). Neste sentido, foi elaborado um questionário (Apêndice I) que permitiu analisar a perceção da importância desta temática junto da equipa de enfermagem e quais as necessidades sentidas quanto à intervenção do

enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica. A análise dos resultados desta sondagem de opinião (Apêndice II) permitiu constatar que toda a equipa (100%) considera muito importante a avaliação da dor da pessoa com doença oncológica fazendo referência a aspetos como a subjetividade, individualidade e multidimensionalidade da dor. No entanto, 43% dos enfermeiros referiram que não intervêm de forma adequada na implementação de medidas não farmacológicas, sendo este um dos aspetos apontado nas sugestões de melhoria.

Após conversas informais com a enfermeira chefe, a equipa de enfermagem e com as *Nurse Navigator* identificou-se a necessidade de dar visibilidade ao papel do enfermeiro na implementação de intervenções não farmacológicas no alívio da dor e na promoção do conforto dos doentes assistidos no HDO. Sabe-se que a combinação de estratégias farmacológicas em conjunto com intervenções não farmacológicas são uma mais-valia no alívio da dor e dos sintomas relacionados com o cancro (Swarm et al, 2019). Os enfermeiros devem conhecer os tratamentos farmacológicos, as suas contraindicações e efeitos adversos (Oliveira, Sobrinho & Cunha, 2016), no entanto, a Ordem dos Enfermeiros tem vindo a evidenciar que, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar, o seu papel deve ser considerado prioritário no que respeita à implementação de medidas não farmacológicas, sendo nesta vertente que estes profissionais transmitem a excelência dos cuidados, com base nos conhecimentos técnicos e científicos que detêm e de acordo com a melhor evidência científica disponível (OE, 2016).

A escolha da massagem terapêutica enquanto temática de investigação neste projeto emerge de uma motivação pessoal, tendo em conta a minha formação prévia nesta área, mas também pelo crescente interesse da integração destas modalidades terapêuticas nas unidades de saúde numa perspetiva holística de cuidados. A massagem terapêutica é uma das

intervenções não farmacológicas que surge na literatura e que pode ser utilizada pelos enfermeiros no alívio da dor dando resposta às necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica. (Mardaneh, Jenabian & Moghaddam, 2021). É uma das modalidades mais procuradas pelos doentes com cancro que recorrem a estas terapias para minimizar ou prevenir os sintomas provocados pela doença e tratamentos (Armstrong, Júnior, Anderson & Patricolo, 2018).

Sendo o conforto uma necessidade básica da pessoa humana e o resultado imediato e desejável de todo o cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003), o percurso planeado ao longo do projeto foi norteado pela Teoria do Conforto de Kolcaba. Nesta perspetiva, o enfermeiro deve avaliar as necessidades de conforto da pessoa, que se podem manifestar em quatro contextos- *físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural*-, planejar os cuidados e as suas intervenções e avaliar se os resultados das intervenções foram ou não promotoras de conforto (Kolcaba, 2003; Machado, 2018).

Após o diagnóstico da situação foram planeadas as atividades, meios e estratégias que me permitissem adquirir conhecimentos e desenvolver competências de forma a dar resposta a esta necessidade. Assim, atendendo à vertente formativa do projeto, foi realizado um estágio em diferentes unidades de saúde, cujo contexto específico da prática de cuidados pudesse contribuir para a aquisição de competências enquanto enfermeira especialista. O primeiro campo de estágio foi realizado numa Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD), integrada numa Instituição direcionada para o atendimento ao doente oncológico; o segundo estágio foi desenvolvido numa Unidade de Tratamento de Dor (UTD) que integra as terapias não farmacológicas, concretamente a massagem terapêutica, na assistência ao doente oncológico com dor crónica; e o terceiro campo de estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos cuja atuação da equipa

multidisciplinar está centrada na promoção do conforto à pessoa com doença crónica e em situação paliativa. Por último, dando resposta à vertente interventiva do projeto, foi implementado no meu contexto de trabalho um Programa de Massagem Terapêutica (PMT), que integrava a massagem como intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em Hospital de Dia.

Este relatório tem como objetivos apresentar o percurso de aprendizagem planeado nos diferentes contextos de estágio; descrever as atividades desenvolvidas em cada contexto de aprendizagem; analisar de forma crítica e reflexiva o subsídio dessas aprendizagens na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e; divulgar os contributos específicos da implementação da massagem terapêutica na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica.

Este documento encontra-se estruturado em quatro partes fundamentais que se seguem à introdução. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico onde se apresentam os principais conceitos que emergiram com a problemática em estudo e a conceptualização teórica que fundamentou todo o percurso delineado. A segunda parte refere-se à execução das atividades previstas, descrevendo-se de forma crítica o seu contributo na aquisição de competências. Na terceira parte realiza-se uma avaliação dos pontos fracos e fortes identificados ao longo do projeto e dos contributos do mesmo para a melhoria dos cuidados. Por fim, na quarta parte, surge a conclusão onde se apresenta a síntese do percurso realizado e as implicações do trabalho desenvolvido para a prática da Enfermagem, apontando as perspetivas futuras que surgem com a realização deste trabalho.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de contextualizar teoricamente a problemática em estudo apresentam-se de seguida os conceitos principais que foram mobilizados ao longo da execução do projeto, sustentando a sua análise e compreensão com base na Teoria do Conforto de Kolcaba.

1.1- A dor e o conforto na pessoa com doença oncológica

Em 2020 a *International Association for the Study of Pain* (IASP) propôs uma redefinição do conceito de dor referindo-se a uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial do tecido, acrescentando que a dor é sempre uma experiência pessoal influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020). É um fenómeno complexo, que engloba uma dimensão sensitiva, cognitiva, emocional e comportamental sendo que, a forma como é descrita, percebida e manifestada, varia de pessoa para pessoa, de acordo com as crenças e experiências anteriores do indivíduo (Raposo, Santos & Ribeiro, 2015).

O *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor* (PENPCDor) refere-se à dor aguda como uma importante função de sinalização da lesão ou disfunção orgânica sendo um sintoma limitado no tempo. Por outro lado, a dor crónica, que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, “deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só” cujas repercussões psicológicas e na qualidade de vida se estendem para além do impacto na pessoa, envolvendo a família e cuidadores (DGS, 2013).

Na pessoa com doença oncológica, a dor é frequentemente crônica, estando presente em quase metade dos doentes ao longo da trajetória da doença (Diniz et al, 2017) e na doença avançada a sua prevalência aumenta para 60-90% (Júnior, Oliveira & Migowski, 2017). A dor oncológica pode estar relacionada com o próprio tumor, com a presença de metástases ou como resultado dos tratamentos, tais como a quimioterapia e/ou radioterapia (NCI, 2021). Tendo em conta as estruturas envolvidas a dor pode ser classificada em somática, visceral, neuropática ou mista. A dor somática pode ser sentida de uma forma contínua ou pulsátil, tem origem na pele, nos músculos ou nos ossos e é fácil de localizar; a dor visceral é geralmente uma dor profunda de difícil localização com origem num dano ou compressão de um órgão, muitas vezes percebida como uma cólica; a dor neuropática é percebida como uma dor lancinante, referida como uma sensação de queimadura, picada ou adormecimento e surge quando estão afetadas as estruturas do sistema nervoso; quando a presença dos três tipos de dor é concomitante é atribuída a classificação de dor mista (Raposo, Santos, Ribeiro, Correia, Freitas, Santos et al, 2015).

Apesar da alta prevalência da dor no doente oncológico, estudos têm demonstrado que a mesma pode ser reduzida em 80 a 90% dos casos quando se utilizam estratégias terapêuticas eficazes (Oliveira, Sobrinho & Cunha, 2016). Neste sentido, é fundamental conhecer a percepção que o doente tem sobre a sua doença, como interfere a dor na sua vida e nas suas atividades e qual o significado que lhe atribui (Diniz et al, 2017). Na pessoa com doença oncológica, a dor, quando não aliviada, tem um efeito devastador na qualidade de vida e, muitas vezes, a presença de outros fatores como ansiedade, angústia, revolta e depressão, podem aumentar a percepção da intensidade da dor (Diniz et al, 2017; Tycross, 2003). A sua vivência pode tornar-se no elemento central da vida da pessoa, alterar os

seus comportamentos e a sua relação com os outros e ser sentida como uma forma de sofrimento global, entrando assim no domínio da Dor Total (Diniz et al, 2017; Swarm et al, 2019).

O conceito de *Dor Total* começou a ser utilizado em 1964 por *Cicely Saunders*, considerada a pioneira no desenvolvimento do movimento *Hospice* moderno (Castro, Fuly Santos & Chagas, 2021). As suas reflexões quanto à multidimensionalidade do conceito de dor apontam a coexistência de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que contribuem para o sofrimento global da pessoa (Diniz et al, 2017). A dor física manifesta-se pela necessidade de controlo de sintomas como a dor, a insónia, a fadiga decorrentes da doença ou que surgem como resultado dos efeitos secundários dos tratamentos; a presença de dor psicológica pode associar-se a necessidades emocionais como ansiedade, sentimentos de raiva ou cólera relacionados com o diagnóstico e os tratamentos, revolta, angústia, depressão e medo da morte; a dor social pode ter como base a perda dos papéis familiares e sociais, as preocupações económicas que decorrem do absentismo ou perda do emprego; e a dor espiritual pode manifestar-se pela falta de fé, de esperança e sensação de desamparo, ou quando se expressa falta de sentido de viver (Tycross, 2003; Diniz et al, 2017).

A abrangência deste conceito revela que, além das sensações físicas, a dor na pessoa com doença oncológica estende-se para o âmbito psicológico, social e espiritual (Oliveira et al, 2016; Castro et al, 2021). Ainda que os fármacos possam tratar a dor na sua componente fisiológica, a resposta a todas estas necessidades só pode ser efetiva através de uma abordagem holística, que comprometa o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar desde a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (Diniz et al, 2017). O enfermeiro é, por excelência, o profissional que, pela proximidade de tempo de contacto com o doente e família, se encontra numa posição

mais privilegiada para promover e intervir no controlo da dor, com vista à obtenção do máximo bem-estar e conforto da pessoa (OE, 2008).

Desde sempre, o termo *conforto* esteve relacionado com a essência dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro como “aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo” (Apóstolo, 2009, p.62). O mesmo autor menciona que “o controlo e ausência da dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem (...) o sentido da palavra desconforto” (Apóstolo, 2009, p.62). Ainda que, na prática de enfermagem o conforto seja amplamente associado ao contexto físico da pessoa, este conceito não se esgota na dimensão física.

Katharine Kolcaba foi uma das teóricas de enfermagem que contribuiu para o reconhecimento do conforto como um dos principais objetivos da Enfermagem (Apóstolo, 2009; Dowd, 2004). Tendo por base os estudos de *Janice Morse* que, a partir de 1980, centrou as suas atenções nas ações de confortar dos enfermeiros, *Kolcaba* prosseguiu com o estudo do conforto dedicando-se à conceptualização e operacionalização deste conceito. A teoria de médio alcance desenvolvida por *Kolcaba* assenta no pressuposto que todo o cuidado de enfermagem visa a promoção do conforto (Kolcaba, 2003) e aponta três tipos de conforto- *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência*. O *alívio* diz respeito ao estado em que uma necessidade específica foi satisfeita através do controlo de fatores que produzem desconforto; a *tranquilidade* refere-se ao estado de calma ou contentamento, necessário para um desempenho eficiente; e a *transcendência* é o estado no qual a pessoa sente que tem competências para resolver os seus problemas e superar o seu sofrimento (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Apóstolo, 2009).

Nas suas pesquisas sobre o holismo, *Kolcaba* (2003) identificou quatro contextos onde o conforto é vivenciado: o *contexto físico*, pertencente às

sensações corporais englobando todas as ramificações fisiológicas dos problemas; o *contexto psicoespiritual*, relacionado à consciência de si próprio e à relação com uma ordem ou um ser superior, incluindo conceitos como a auto-estima, a sexualidade e sentido de vida; o *contexto ambiental* relacionado com o meio envolvente, com as condições e influências externas, tais como a cor, ruído, luz, ambiente e temperatura; e o *contexto sociocultural*, no qual se inserem as relações interpessoais, familiares e sociais mas também a relação com a cultura, crenças, e tradições (Kolcaba, 2003).

De acordo com a Teoria do conforto de Kolcaba, a Enfermagem é descrita como um processo de avaliação intencional que o enfermeiro faz das necessidades de conforto, das intervenções de enfermagem que implementa e dos resultados dessas intervenções (Dowd, 2004; Kolcaba 2003). Nesta perspectiva, o enfermeiro, identifica as necessidades físicas, psicoespirituais, ambientais ou socioculturais manifestadas pelo doente ou família; define e implementa as intervenções que vão ao encontro dessas necessidades e avalia se os resultados das suas intervenções foram ou não promotoras de conforto (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Cardoso, Souza, Caldas & Bitencourt, 2020). Kolcaba reforça que a avaliação das intervenções é feita comparando os *scores* de conforto antes e depois da intervenção ser implementada (Kolcaba, 2003). Assim, quando a intervenção é eficaz, o conforto é facilmente percebido e valorizado pelo destinatário que, ao se sentir reconfortado tem mais probabilidade de se envolver em comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

Kolcaba (2003) acrescenta ainda que, se o doente experienciar conforto em todos as vertentes e contextos podemos dizer que a pessoa está confortável. No entanto, numa situação de doença, as necessidades de conforto são muitas e por vezes difíceis de satisfazer, pelo que, o objetivo do cuidado de enfermagem é melhorar o conforto comparativamente com o

estado inicial (Kolcaba, 2003). Mesmo quando o conforto não pode ser alcançado na forma de *alívio* ou *tranquilidade*, o enfermeiro pode implementar intervenções com vista à *transcendência* de forma a motivar a pessoa a ultrapassar o seu sofrimento e os seus problemas (Kolcaba, 2003).

De acordo com Machado (2018), quando uma intervenção é implementada com o objetivo de promover o conforto, ela pode ser considerada uma boa prática de enfermagem, quando esse conforto é valorizado pela pessoa. Assim, a avaliação do conforto “apresenta um elevado interesse e potencial para a enfermagem” (Oliveira, 2013, p.6), e surge como um dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem seja na perspetiva do alívio do desconforto, através da gestão e controlo de sintomas, seja na avaliação da satisfação dos cuidados (Oliveira, 2013).

1.2- A massagem enquanto intervenção promotora do conforto

Durante décadas a massagem esteve integrada nas rotinas dos cuidados prestados nos hospitais havendo registos que datam de 1920 que descrevem esta intervenção como uma competência básica dos enfermeiros, fazendo parte dos currículos das escolas de enfermagem nos E.U.A (Westman, Blaisdell, 2016; Brennan, Healey, Tague & Rosenthal, 2019). No entanto, com os avanços das terapêuticas analgésicas e o aumento do tempo dispendido pelos enfermeiros na monitorização tecnológica e realização de registos, a integração da massagem nos planos de cuidados aos doentes começou a diminuir (Collinge, MacDonald & Walton, 2012; Westman et al, 2016). A partir da década de 70, o emergir das terapias complementares, fez renascer o interesse pela massagem e a crescente investigação nesta área permitiu a sua integração no âmbito de intervenção dos cuidados de saúde holísticos (Collinge et al, 2012).

Atualmente, na *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE), a massagem apresenta-se como *Ação de Enfermagem*- massajar- e, em outras taxonomias, como a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a massagem encontra-se definida como a “estimulação da pele e tecidos subjacentes com graus variados de pressão manual para reduzir dores, produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p.523).

Ao mencionar o termo *massagem terapêutica* referimo-nos especificamente à utilização das técnicas da *massagem sueca* ou dita *tradicional*. Esta é a modalidade mais comum e sobre a qual incide o maior número de evidências dos seus benefícios e segurança, tendo sido introduzida como modalidade terapêutica nos Estados Unidos em 1850 pelos médicos *George e Charles Taylor*. (Salvo, 2007; Collinge et al, 2012; Galamaga & Cristian, 2021). De acordo com Cassar (2001) a massagem terapêutica é a manipulação científica, sistemática, manual ou mecânica dos tecidos moles do corpo com o objetivo de normalizar esses tecidos através de movimentos de *effleurage* (deslizamento superficial) e de *pétrissage* (deslizamento profundo). Os efeitos provocados pela massagem estão relacionados com as técnicas utilizadas e podem classificar-se em mecânicos e reflexos. Os efeitos mecânicos estão relacionados com a pressão e movimentos de fricção, compressão e amassamento sobre os músculos e estruturas envolventes promovendo o aumento da circulação sanguínea nos tecidos, a diminuição do edema e a excreção de produtos tóxicos do organismo (Salvo, 2007; Versagi, 2012; Lebert, 2020); os efeitos reflexos decorrem da estimulação dos recetores mecânicos e somáticos presentes nas estruturas cutâneas e subcutâneas, induzindo uma resposta periférica, cortical e subcortical, produzindo por exemplo, pela diminuição da excitação

do sistema nervoso simpático, o relaxamento, a diminuição da pressão arterial e alívio da dor percebida pelo indivíduo (Lebert, 2020).

Os efeitos da massagem no alívio da dor podem ser explicados através da Teoria do Controle do Portão ou *Gate control* postulada em 1965 por *Ronald Wall* e *Patrick Melzack*, que reconhece a influência dos fatores psicológicos na percepção da dor (Bastos, 2005). Segundo a *Teoria do Controle do Portão*, os estímulos de dor podem ser controlados no sentido ascendente (da periferia para o cérebro), pela presença de portões de controle na substância gelatinosa do corno da espinal medula que impedem ou permitem a condução do estímulo e no sentido descendente (do cérebro até aos cornos posteriores da medula) pela libertação de neurotransmissores (serotonina, encefalinas e endorfinas) que levam ao encerramento do portão (Phipps, Sands & Marek, 2003; Bastos, 2005). Os nociceptores presentes na pele, músculos, articulações e vísceras são sensíveis a vários estímulos diferentes e conseguem converter estímulos sensoriais em impulsos elétricos. As terminações nervosas dos nociceptores são constituídas por fibras *A-beta*, *A-delta* ou fibras *C*, que variam de diâmetro, mielinização e na velocidade de condução do estímulo. As sensações não dolorosas (toque, pressão) são conduzidas pelas fibras *A-beta*, de maior diâmetro e mais rápidas, enquanto que as sensações dolorosas são conduzidas pelas fibras *A-delta* e fibras *C*, de menor diâmetro e mais lentas na transmissão do impulso. Ao estimularmos as fibras *A-beta*, o impulso é conduzido de forma mais rápida e leva ao encerramento do portão, competindo com a transmissão da mensagem dolorosa ao cérebro (Phipps et al, 2003; Bastos, 2005). Assim, a massagem, ao estimular as fibras *A-beta* (não dolorosas), pode reduzir as mensagens de dor transportadas pelas fibras nervosas (*A-delta* e *C*) até à espinal medula, contribuindo para a libertação de endorfinas e para o processo de modulação da dor (Phipps et al, 2003).

Armstrong et al (2018) referem que a massagem é uma das terapias complementares mais procuradas pelas pessoas com cancro no sentido de aliviar os efeitos provocados pela doença e também pelos tratamentos, tais como dor, náuseas, vómitos, fadiga, ansiedade e depressão (Cowen et al, 2017; Mardaneh et al, 2021). A crescente investigação nesta área tem permitido a integração da massagem em muitos Centros de Oncologia e diversas associações tais como a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e a *American Society Of Clinical Oncology* (ASCO) emanaram recomendações que reconhecem como uma mais-valia a integração da massagem durante o *continuum* da doença oncológica pelo potencial na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Lyman, Greenlee, Bohlke et al, 2018; Latte-Naor & Mao, 2019).

Embora a massagem se trate de uma técnica segura e não invasiva, quando implementada na pessoa com doença oncológica requer adaptações no que respeita à pressão, localização, posição e duração do procedimento, sendo por isso fundamental conhecimento sobre a doença e os efeitos provocados pelos tratamentos bem como competências específicas nesta área de atuação (Walton, 2011; Collinge et al, 2012; Galamaga et al, 2021; Penny & Sturgeon, 2021). A natureza holística da massagem, a diversidade de técnicas e a flexibilidade na adaptação às condições individuais da pessoa facilita a integração da massagem no contexto de cuidados, mesmo em doentes a receber tratamento de quimioterapia (Cowen et al, 2017).

Um estudo publicado em 2017, pretendeu avaliar os efeitos de uma sessão de massagem de corpo inteiro a 343 doentes e 87 cuidadores num centro de oncologia. Foi utilizada a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) para avaliar a intensidade dos sintomas, antes e após a intervenção. Os resultados sugerem uma melhoria significativa na dor, fadiga, ansiedade, bem-estar e sono tanto nos doentes como nos cuidadores. O mesmo estudo

aponta para uma melhoria significativa do *distress* global nos doentes e nos cuidadores. (Lopez, Liu, Milbury, Spelman, Wei, Bruera & Cohen, 2017).

Um estudo clínico randomizado com 60 doentes com cancro colorretal a realizar tratamentos de quimioterapia e radioterapia, avaliou os efeitos de dois métodos de massagem nos sintomas reportados. Foram constituídos três grupos: um grupo sujeito a massagem clássica nos pés, com utilização de técnicas de *effleurage*, *petrissage*, fricção e vibração, aplicada durante 10 minutos em cada um dos pés; outro grupo sujeito a reflexologia podal, com a aplicação de pressão em pontos reflexivos específicos, durante 10 minutos no pé esquerdo e 20 minutos no pé direito; e um terceiro grupo como grupo de controlo. A todos os doentes foram prestados os cuidados clínicos de rotina. A intervenção foi realizada pelo mesmo investigador durante 5 semanas, 2 vezes por semana com intervalo mínimo de 1 dia. A massagem clássica foi efetiva na redução da dor e da incidência da distensão abdominal enquanto que a reflexologia podal foi efetiva na redução no nível de dor e fadiga. Não houve diferenças significativas na náusea, vômitos, obstipação, diarreia, e proctite nos grupos sujeitos a intervenção comparativamente com o grupo de controlo (Uysal, Kutluturkan & Ugur, 2017)

Num estudo realizado a 58 doentes sob quimioterapia aplicou-se a massagem de mãos e/ou pés, durante 20 minutos, para avaliar a perceção da dor, fadiga, náusea e ansiedade e a satisfação com a integração deste procedimento durante os tratamentos de quimioterapia. Após a massagem verificou-se uma redução estatisticamente significativa na dor, fadiga, náusea e ansiedade e foram reportados altos níveis de satisfação após a intervenção (Robison & Smith, 2016).

Com a finalidade de avaliar o impacto da massagem das mãos na relação enfermeiro-doente e a melhoria da experiência do doente ao nível do conforto, satisfação, ansiedade e *stress*, Braithwaite & Ringdahl (2017)

realizaram um estudo quasi-experimental que incluiu a participação de doentes e enfermeiros. Foram constituídos 2 grupos: um que recebeu os cuidados de enfermagem habituais e outro grupo que para além dos cuidados de enfermagem habituais recebeu uma massagem de mãos durante 5-10 minutos durante a perfusão de quimioterapia. Os doentes que receberam massagem das mãos apresentaram uma melhoria estatisticamente significativa quanto ao conforto comparativamente com o grupo que não recebeu massagem. Foi ainda avaliado o impacto da massagem na relação enfermeiro-doente, sendo incluídos 21 enfermeiros. Quer os doentes, quer os enfermeiros reportaram que a massagem facilitou a comunicação, contribuindo de forma positiva para uma relação terapêutica mais eficaz (Braithwaite et al, 2017).

Os resultados das pesquisas efetuadas consolidam a massagem enquanto intervenção na promoção do conforto. Tendo por base a Teoria de Kolcaba, o uso intencional do toque através da massagem permite responder às necessidades de *alívio, tranquilidade e transcendência* quer pela redução imediata da intensidade dos sintomas, quer pela sensação de calma, paz e fortalecimento que confere à pessoa (Braithwaite et al, 2017). Kolcaba reforça que o enfermeiro, ao avaliar as necessidades de conforto de uma forma global, pode implementar uma única intervenção que atenda aos contextos *físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural* onde este pode ser vivenciado. Assim, uma simples massagem, quando providenciada com carinho, cuidado e num ambiente relaxante pode melhorar o conforto nos quatro contextos (Kolcaba, 2003). Por sua vez, Machado (2018) acrescenta que, quando os enfermeiros tocam, escutam, demonstram empatia e disponibilidade estão a praticar conforto. Por conseguinte, a massagem terapêutica, quando acompanhada destes atributos, pode ser considerada como uma intervenção promotora de conforto.

2- EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

De acordo com Benner (2001), é através da prática e de uma aprendizagem experiencial que o enfermeiro atinge a perícia. A Ordem dos Enfermeiros refere que a realização de estágios é essencial para que o enfermeiro compreenda as dinâmicas da sua intervenção no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados (OE, 2021). Atendendo às atividades planeadas e aos objetivos propostos no projeto de intervenção, foi delineado um estágio de 450h, distribuídas por diferentes contextos de prática, que permitiram consolidar os conhecimentos adquiridos e desenvolver competências específicas de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O primeiro estágio foi realizado numa Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD) integrada num Hospital público da região de Lisboa; o segundo estágio foi realizado numa Unidade de Tratamento de Dor (UTD) de um Hospital público da região centro do país; o terceiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital privado; e, por fim, o último estágio foi realizado num Hospital de Dia Oncológico, de um Hospital privado, que corresponde ao local onde me encontro a exercer funções.

Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio e uma análise crítica, reflexiva e baseada na evidência dos seus contributos para a concretização dos objetivos propostos e aquisição de competências.

2.1- Numa Unidade Multidisciplinar de Dor

O primeiro estágio decorreu entre 11 de outubro a 19 de novembro de 2021, num total de 17 turnos, numa UMD integrada numa instituição de saúde pública direcionada e vocacionada para o diagnóstico e tratamento de doentes com cancro. A escolha deste local prende-se com o facto de se tratar de um contexto clínico que se destaca pela prestação de cuidados de excelência no alívio de síndromes dolorosas de difícil controlo provocados pelo cancro, com base numa avaliação multidisciplinar das necessidades do doente oncológico com dor crónica na sua dimensão física, psicológica e emocional, visando a melhoria do conforto e da qualidade de vida destes doentes e sua família.

No início do estágio foi realizada uma reunião informal com a enfermeira coordenadora e com a enfermeira orientadora no sentido de apresentar o meu projeto de intervenção e quais as motivações que me levaram a escolher aquele campo de estágio em particular. Tendo em conta que o controlo eficaz da dor é essencial para alcançar o conforto, a realização deste estágio revelou-se crucial para **desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados no âmbito da avaliação, alívio e controlo da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica**. Foram delineados objetivos específicos e planeadas atividades (Apêndice III) de forma a adquirir as competências propostas

O primeiro objetivo específico planeado para este campo de estágio consistia em **descrever a dinâmica funcional e organizativa do serviço**. Foi necessário recorrer à observação da atuação da equipa multidisciplinar e consultar as normas e protocolos instituídos no serviço. Tive ainda oportunidade de acompanhar não só a enfermeira orientadora, como

também outros elementos da equipa de enfermagem na realização de consultas de enfermagem, sendo que o diálogo, a partilha de informações e experiências com os diferentes elementos permitiu-me compreender o modo como se organiza a atividade assistencial da consulta, a articulação que é feita entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar e o contributo do enfermeiro na avaliação, alívio e gestão da dor da pessoa com doença oncológica. Após ter consultado as normas e protocolos existentes no serviço, verifiquei que a unidade cumpre os requisitos contemplados no Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008) enquanto Unidade Multidisciplinar de Dor. A unidade funciona num espaço próprio e é gerida através de um centro de custos independente. Dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por: 4 médicos da especialidade de anestesiologia e competência em Medicina da Dor, que garantem a assistência diária em consulta, em parceria com médicos consultores da área da neurologia, fisioterapia e psiquiatria que colaboram semanalmente na consulta multidisciplinar para cada uma das especialidades; 7 enfermeiros, incluindo a enfermeira coordenadora; 1 psicóloga, que presta apoio psicológico a doentes, familiares e cuidadores principais, diariamente, exceto à 4ª feira, dia em que dá apoio aos doentes dos Cuidados Paliativos; 2 assistentes operacionais sob a orientação da enfermeira coordenadora e; 1 secretária de unidade que está sob a responsabilidade da coordenadora da área de Gestão de Doentes, articulando com todos os elementos da equipa. A UMD funciona todos os dias úteis em regime de consulta e Hospital de Dia das 8h00 às 17h00, garantindo o atendimento em consulta presencial ou telefónica e a assistência a doentes não programados (urgências). Quando solicitado pelo médico assistente, dá apoio aos doentes internados nas diferentes especialidades, desde que cumpram os critérios de referência. Os doentes internados são observados e avaliados no respetivo serviço por

um enfermeiro e o médico escalado na consulta nesse dia. As consultas de primeira vez são sempre presenciais onde se realiza uma avaliação de enfermagem, médica e por parte do psicólogo, sendo agendado acompanhamento em consultas de psicologia subsequentes sempre que necessário. De acordo com a literatura, a avaliação da dor por uma equipa multidisciplinar reveste-se da maior importância uma vez que, profissionais com experiência em diferentes áreas, abordam a dor nas diferentes dimensões envolvidas (Diniz et al, 2017). Para além do atendimento presencial, a UMD disponibiliza ainda uma linha telefónica de apoio aos doentes, familiares e cuidadores que funciona todos os dias úteis das 8h30 às 16h00. O seu atendimento é feito pelos enfermeiros da equipa, que resolvem de forma autónoma as solicitações por parte do doente ou familiares, ou, quando necessário, as encaminha para o médico ou restantes elementos da equipa multidisciplinar.

A observação da dinâmica da equipa multidisciplinar e o facto de ter tido oportunidade de assistir e acompanhar os diferentes elementos da equipa de enfermagem na sua prática diária, permitiu-me dar resposta a outro objetivo específico que consistia em **identificar as práticas dos enfermeiros relativas às intervenções farmacológicas (IF) e não farmacológicas (INF) no alívio e controlo da dor da pessoa com doença oncológica**. Tal como Oliveira et al (2016) referem, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar, os enfermeiros devem conhecer os tratamentos farmacológicos, assim como as indicações, contraindicações e principais efeitos adversos no sentido de intervir ativamente no controlo da dor. A observação da prática, a pesquisa bibliográfica e a participação nos cuidados prestados ao doente com quadro álgico descontrolado, permitiram-me elaborar uma grelha de observação onde constam as IF mais utilizadas no serviço. Esta grelha de observação facilitou a identificação de forma mais

rápida das estratégias terapêuticas utilizadas em cada situação contribuindo para uma prática de cuidados mais segura (Apêndice IV).

Assim, tendo em conta as diferentes causas que explicam a dor, constatei que nesta unidade se recorre, maioritariamente, a uma abordagem multimodal com recurso a fármacos não-opioides, opioides e adjuvantes, o que vai ao encontro da literatura que defende esta prática como a mais eficaz no alívio e controlo da dor na pessoa com doença oncológica (Pina, 2017; WHO, 2018). É importante que o enfermeiro conheça as potencialidades de cada medicamento, de forma isolada e em conjunto, de forma a esclarecer as dúvidas do doente e família/cuidador, reforçar e validar a importância do cumprimento correto do esquema terapêutico proposto, desempenhando assim, um papel fundamental na promoção da adesão terapêutica por parte do doente, que irá contribuir para o alívio e controlo da dor e sintomas associados à experiência dolorosa.

Os analgésicos não opioides mais utilizados no serviço são o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), como é o caso do ibuprofeno, naproxeno, diclofenac e metamizol; quanto aos fármacos opioides, estes podem dividir-se em opioides fracos (como o tramadol e codeína) e opioides fortes (como a morfina, oxicodona, tapentadol, fentanil e buprenorfina); quanto aos fármacos adjuvantes, embora não possam ser considerados como analgésicos convencionais, são utilizados em quadros algicos de difícil controlo, tais como a dor neuropática, dor de natureza mista e dor óssea (Pina, 2017). Os fármacos adjuvantes mais utilizados no serviço pertencem ao grupo dos antidepressivos tricíclicos e psicofármacos, tais como, amitriptilina, duloxetina, fluoxetina, mirtazapina e quetiapina; ao grupo dos anticonvulsivantes, como a gabapentina, pregabalina e carbamazepina; e outros medicamentos como relaxantes musculares e corticóides.

Para além dos conhecimentos acerca das terapêuticas farmacológicas instituídas na consulta, verifiquei que os enfermeiros do serviço detêm um vasto conhecimento sobre outras estratégias farmacológicas, o que lhes permite, por exemplo, prestar a assistência adequada e segura aos doentes que recorrem com quadros álgicos descontrolados em atendimentos não programados. Durante o estágio tive oportunidade de colaborar ativamente na aplicação de tratamentos de Capsaicina 8% (tópica) aos doentes com dor neuropática que realizam estes tratamentos no serviço e acompanhar a sua evolução através da realização de follow-up telefónico e presencial, bem como observar e colaborar na preparação de tratamentos de Lidocaína a 2%, EV, realizados no serviço. Todos estes procedimentos implicam a monitorização sistemática dos sinais vitais do doente, dos sintomas e efeitos adversos (imediatos e tardios) e dos resultados obtidos. O enfermeiro assegura todos os registos inerentes a estes procedimentos, garantindo a continuidade dos cuidados por parte da equipa e o acesso aos resultados obtidos.

No que respeita às INF, a literatura recomenda a integração de estratégias não farmacológicas, tais como intervenções físicas, cognitivo-comportamentais, psicossociais e espirituais, numa abordagem holística e na gestão efetiva da dor provocada pela doença oncológica (WHO, 2018; Swarm et al 2019). Pude constatar que, a prática dos enfermeiros em consulta de dor, no atendimento aos doentes e família/cuidadores em situações de urgência e ainda, no acompanhamento dos doentes internados nas diferentes especialidades médicas e/ou cirúrgicas é pautada por uma escuta ativa, presença, disponibilidade, toque terapêutico, utilização da distração e treino de competências e estratégias de *coping*, na procura constante em satisfazer as necessidades de conforto da pessoa e família e aliviar o sofrimento ao longo da trajetória da doença. Os enfermeiros utilizam

também a estimulação elétrica transcutânea (TENS), o apoio emocional e enumeram outras INF, tal como o exercício, a aplicação de calor e frio, como estratégias para o alívio da dor. Apesar de os enfermeiros implementarem INF no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica, a sua utilização nem sempre é documentada nos registos de enfermagem, sendo o ênfase colocado nas medidas farmacológicas, que em muitos casos, surgem como a primeira escolha para aliviar a dor dos doentes. A observação e a pesquisa bibliográfica efetuada sobre este tema, permitiu-me elaborar uma grelha de observação onde constam as INF (Apêndice V) mais utilizadas no serviço o que facilitou a realização de notas de campo e elaboração de registos de enfermagem mais completos.

De acordo com Castro et al (2017, p.6), a “dificuldade de identificar as dimensões relacionadas à Dor Total, tanto pelo paciente quanto pelo enfermeiro pode levar à valorização apenas de aspetos físicos, descritos, muitas vezes, como desconforto físico” No sentido de **identificar as necessidades da pessoa com dor nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social**, propus-me observar várias consultas de enfermagem presenciais (de primeira vez e subsequentes) realizadas quer pela enfermeira orientadora, quer por outros enfermeiros do serviço, tendo, posteriormente, realizado de forma autónoma (sob supervisão da enfermeira orientadora) 5 consultas de enfermagem presenciais. Os procedimentos realizados durante a consulta de dor remetem para a prática de cuidados que está preconizada na literatura sendo que, tal como Diniz et al (2017) referem, deve privilegiar-se uma abordagem multidisciplinar coordenada e estruturada e só depois ser proposto um plano de intervenção que dê resposta às necessidades de conforto da pessoa. A avaliação é um momento crucial na identificação das reais necessidades da pessoa com dor (OE, 2008; Raposo et al, 2015) e, nesta unidade, a consulta de dor inicia-se

com a avaliação de enfermagem onde os enfermeiros assumem um papel de relevo, estabelecendo o primeiro contato com o doente e família mantendo uma relação de proximidade ao longo de todo o processo de acompanhamento destes doentes.

Numa primeira abordagem, o enfermeiro recolhe informações relevantes que lhe permitam elaborar um plano de cuidados individualizado e ajustado às necessidades da pessoa e/ou família. Para além dos dados pessoais, é feita a recolha de dados relativa aos antecedentes médicos, cirúrgicos, história de doença oncológica, alergias conhecidas e medicação habitual. Sendo a dor um fenómeno complexo com várias dimensões (sensitiva, cognitiva, emocional e comportamental), a forma como cada pessoa expressa este sintoma difere tendo em conta as suas características pessoais da personalidade, as suas crenças e valores, as suas experiências anteriores em relação à dor e ainda pela interpretação deste sintoma à luz da situação atual de doença, (Raposo et al, 2015; Ritto & Rocha, 2017). Verifiquei que, os enfermeiros em cada consulta de enfermagem, dedicam tempo e demonstram empatia e escuta ativa, permitindo que os doentes verbalizem e manifestem os seus sentimentos e necessidades, criando oportunidade de relatar com detalhe a vivência da experiência de dor.

Seguindo-se as recomendações da OE (2008), durante a consulta de enfermagem, privilegia-se o auto-relato como fonte de informação e o enfermeiro realiza uma avaliação, o quão abrangente quanto possível, da história da dor, quanto às suas características, nomeadamente: duração e padrão, localização e irradiação (com recurso a um diagrama corporal), qualidade e intensidade. São ainda explorados os fatores de alívio e agravamento da dor, quais as estratégias de *coping* utilizadas pelo doente quando a dor está presente e qual o impacto da dor nas atividades de vida. (OE, 2008; Batalha, 2016). Durante as consultas de enfermagem, a avaliação

da intensidade da dor é realizada com recurso a instrumentos de avaliação recomendados pela DGS recorrendo-se, maioritariamente, à utilização da Escala Numérica¹ e Escala Qualitativa² (DGS, 2003). Depois de apresentada e validada a sua compreensão pelo doente, é explorada a intensidade da dor no momento, bem como a intensidade mínima, média e máxima referentes à última semana.

Atendendo à subjetividade e multidimensionalidade da dor, a avaliação deste sintoma deve ter em conta não só a localização, intensidade e duração mas também as implicações psicológicas, sociais e espirituais que provoca na pessoa com doença oncológica e sua família (Ritto et al, 2017). Assim, são ainda aplicados outros instrumentos, tais como o Questionário específico para a dor neuropática (DN4) e o Inventário Resumido da Dor, de forma a realizar uma avaliação o mais abrangente possível de todas as dimensões da dor e avaliar o impacto deste sintoma nas atividades de vida diárias bem como o alívio obtido com a analgesia. De acordo com a literatura, os enfermeiros devem conhecer os instrumentos de avaliação da dor, uma vez que estes permitem atribuir objetividade ao subjetivo da experiência de dor (Oliveira et al, 2016). Posto isto, senti necessidade em adquirir novos conhecimentos nesta área pelo que realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e elaborei um manual de utilização dos instrumentos de avaliação da dor mais utilizados pelos enfermeiros nesta UMD (Apêndice VI) o que me permitiu aperfeiçoar as minhas habilidades na aplicação destes instrumentos durante as consultas de enfermagem que realizei.

Após a avaliação de enfermagem, segue-se a consulta de psicologia, onde são aplicados pela psicóloga do serviço outros instrumentos de

¹ A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência da sua dor e uma classificação numérica, sendo que “0” corresponde à classificação “sem dor” e “10” a classificação “dor máxima”.

² Na Escala Qualitativa pretende-se que o doente classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

avaliação, como o Termómetro do *Distress* e a Escala de catastrofização da dor, que pretendem avaliar respetivamente as causas associadas à presença de *distress*/ angústia e a presença de pensamentos, convicções ou perceções de desânimo e/ou pessimismo no contexto da experiência de dor. Posteriormente à avaliação de enfermagem e avaliação psicológica, segue-se a consulta médica, onde o enfermeiro está presente e colabora de uma forma muito ativa. De acordo com as necessidades identificadas é elaborado um plano terapêutico escrito, sendo o papel do enfermeiro fundamental ao validar a sua compreensão por parte do doente e/ou cuidador, bem como esclarecer dúvidas e realizar ensinamentos oportunos. Nesta fase, o enfermeiro disponibiliza ainda o contato da linha telefónica de apoio, incentivando a sua utilização de modo a assegurar uma assistência e resposta rápida em situações de agravamento do quadro algico ou necessidades específicas dos doentes e seus cuidadores, até nova reavaliação em consulta de seguimento.

Embora a consulta se encontre muito bem estruturada, com documentos de registo próprios, senti algumas dificuldades iniciais no que respeita à identificação clara e imediata das necessidades de conforto da pessoa. O facto de refletir de forma crítica com a enfermeira orientadora a minha abordagem após cada consulta e estruturar o plano de cuidados, tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, permitiu-me ultrapassar gradualmente esta dificuldade. Kolcaba (2003) refere que o enfermeiro, com base na identificação de uma necessidade de conforto não satisfeita, deve ser capaz de implementar medidas de conforto que atendam a essa necessidade. A autora denomina as medidas de conforto em intervenções de enfermagem *técnicas* (que são utilizadas para manter ou restabelecer funções fisiológicas e prevenir complicações, como administrar analgesia, monitorizar sinais vitais, etc); intervenções de *coaching* (que são planeadas no sentido de aliviar a ansiedade, fornecer informação e capacitar o doente

e família); e intervenções que define como “*food for the soul*” (alimento para a alma)- que têm como objetivo a transcendência, quando o alívio e a tranquilidade não podem ser alcançados, onde se incluem a distração, o relaxamento com imaginação, a musicoterapia e a massagem (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Castro et al, 2021).

Assim, constatei que as necessidades de conforto mais frequentes dos doentes assistidos na consulta de dor são manifestadas na *dimensão física* pelo descontrolo de sintomas físicos, como a dor, astenia, obstipação provocada pelo uso de opióides, náuseas e vômitos; na *dimensão psicoespiritual*, manifestada pela ansiedade, *distress* e sintomas relacionados com a depressão tais como tristeza e a falta de esperança; na *dimensão ambiental*, com a necessidade de se sentirem num ambiente seguro, calmo e tranquilo durante a consulta, que respeite a sua privacidade; e no *contexto social* pela necessidade de reorganizar a dinâmica familiar e profissional face às perdas provocadas pela doença e pela interferência da cronicidade da dor nas suas atividades de vida.

Existe, por parte da equipa o cuidado de realizar registos sistemáticos de todas as informações do doente, relacionadas não só com a dor, mas também com seu processo de doença. Embora esses registos sejam realizados em duplicado (no processo interno do doente, ainda em papel e no sistema informático SClínico, de acordo com a taxonomia CIPE) o que torna morosa a conclusão dos mesmos, reconheço que facilita a perceção da evolução do estado do doente e permite avaliar se as intervenções implementadas foram ou não promotoras de conforto.

O último objetivo específico delineado para este campo de estágio foi **identificar a evidência científica da massagem terapêutica enquanto INF no alívio da dor da pessoa com doença oncológica**. Para a sua concretização iniciou-se a realização de uma revisão *scoping* com vista a

mapear a evidência disponível sobre a aplicação da massagem pelos enfermeiros no alívio da dor e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica. Apesar de nesta UMD a massagem não ser utilizada como INF, o facto de ir realizar o seguinte estágio numa Unidade de Tratamento de Dor que integra a massagem enquanto modalidade terapêutica no alívio e controlo da dor crónica em doentes oncológicos, despertou o interesse por parte dos pares, que reconheceram que este recurso seria uma mais-valia no atendimento à população que recorre à unidade. Os conhecimentos adquiridos com esta revisão *scoping* (Apêndice VII) foram integrados nas atividades executadas no campo de estágio que se seguiu, dando continuidade ao projeto de aprendizagem.

A execução destas atividades ao longo do estágio permitiram-me não só concretizar os objetivos inicialmente propostos, mas também desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ao (A2.1.4) fomentei o respeito pelo direito do cliente à privacidade, solicitando sempre ao doente autorização para poder estar presente no decorrer das consultas e durante a realização de procedimentos; (A2.1.6) assegurando o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos; (A2.1.2) respeitando o direito dos clientes no acesso à informação, através da disponibilização de um esquema terapêutico escrito e de outras informações relevantes para a gestão da sua doença; (A2.1.3) assegurando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, agindo de acordo com as normas e protocolos instituídos no serviço. Desenvolvi ainda competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa em situação crónica e paliativa (regulamento nº 429/2018), no que respeita à (1.1.3) avaliação dos sintomas no doente, segundo as suas características,

priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas; (2) estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável, seus cuidadores/familiares durante a consulta através da identificação das suas necessidades de conforto e na aplicação de medidas de conforto no plano de cuidados do doente; e ainda Competências do Enfermeiro com formação avançada em oncologia indicadas pela EONS (2018), tais como apoiar a pessoa durante a trajetória da doença oncológica; de comunicação com doentes oncológicos, reconhecendo a importância de uma comunicação eficaz, centrada na pessoa no contexto oncológico e com quadro álgico de difícil controlo.

2.2- Numa Unidade de Tratamento de Dor

O segundo campo de estágio decorreu numa Unidade de Tratamento de Dor (UTD) de um hospital público da região centro do país, cuja intervenção é direcionada à assistência da pessoa com cancro. A realização deste estágio foi determinante tendo como objetivo geral **desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica no âmbito da avaliação, alívio, controlo da dor e promoção do conforto, através da massagem terapêutica.** Apesar da importância deste campo de estágio para a concretização do objetivo geral, apenas me foi possível realizar 40 horas de estágio tendo em conta a dificuldade em conciliar a vida profissional, familiar e a realização de estágio fora da minha zona de residência.

A escolha deste local em concreto está relacionada com atividade desenvolvida pelo Grupo de Terapias Não Farmacológicas (GTNF) que colabora com a UTD integrando sessões de massagem terapêutica de forma sistemática e estruturada. O GTNF surge como resultado do projeto “Bem-

Estar, criado em 2005 por um grupo de enfermeiros com interesse e formação na área da massagem, cujo objetivo era proporcionar, através da massagem terapêutica, o alívio da dor e de sintomas como ansiedade, tristeza e depressão nos doentes com dor crónica seguidos na Unidade de Dor. Para além do alívio de sintomas, este grupo tem ainda como objetivo proporcionar momentos de valorização pessoal do doente de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

No primeiro dia de estágio assisti a uma sessão de formação organizada pelo GTNF, dirigida aos profissionais de saúde da Instituição, onde foi apresentado o trabalho desenvolvido por este grupo ao longo dos anos e onde foram evidenciados os benefícios da massagem enquanto intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica, recorrendo-se à análise e reflexão de situações reais com doentes que foram acompanhados por estes profissionais de saúde. Esta sessão de formação, que integrou ainda uma componente prática, permitiu-me atualizar alguns conhecimentos relacionados com as técnicas de massagem mais utilizadas, bem como, refletir em conjunto com os pares, o papel do enfermeiro na integração desta INF no plano de cuidados da pessoa com doença oncológica.

Uma das atividades iniciais correspondeu à apresentação informal do meu projeto à enfermeira coordenadora da unidade, bem como os objetivos a que me propunha alcançar durante o estágio (Apêndice VIII). De forma a integrar a dinâmica funcional e organizativa do serviço, tive oportunidade de conhecer as instalações físicas do serviço, a forma como a consulta está organizada, bem como o contexto do início da atividade desenvolvida pelo GTNF. Atualmente o GTNF integra 10 enfermeiros de diferentes serviços da instituição, com formação em massagem e outras terapias complementares como o Reiki e Reflexologia, que são distribuídos de acordo com a sua

disponibilidade nos dias em que decorre a massagem terapêutica- todas as terças e quartas-feiras, das 8h00 às 16h30.

Atendendo ao curto período de estágio, procurei centrar a minha atenção nos dias em que a massagem estava agendada de forma a **identificar os requisitos necessários para a integração da massagem terapêutica no plano de cuidados da pessoa com dor**, bem como **analisar as práticas de enfermagem durante a aplicação da massagem**. Ao consultar os processos dos doentes constatei que, a grande maioria dos doentes que naquele período se encontravam agendados para a realização da massagem, tinham sido referenciados ou pelo médico da consulta de dor daquela unidade ou por outras especialidades médicas que acompanham o doente ao longo da trajetória da doença oncológica. Tal como sugere a literatura, a utilização da massagem neste contexto é proposta como uma intervenção complementar ao plano terapêutico implementado na consulta, com o propósito de aliviar os sintomas e efeitos secundários provocados pela doença e tratamentos e não como uma intervenção curativa, ou de substituição dos tratamentos convencionais (Penny et al, 2021).

A análise da prática dos cuidados de enfermagem durante a aplicação da massagem, permitiu corroborar os resultados da revisão *scoping* iniciada no campo de estágio anterior. Importa salientar que, embora não haja evidência de que a massagem pode provocar ou potenciar a disseminação do cancro, é fundamental que a aplicação da mesma seja sempre precedida uma avaliação que atenda a aspetos como a localização do tumor, o tipo de tratamento em curso e os efeitos secundários provocados pelos tratamentos (Galamaga et al, 2021). Embora a evidência comprove que a massagem é uma intervenção segura e não invasiva, a sua utilização na pessoa com doença oncológica exige que o enfermeiro detenha, para além da formação na área da massagem, um conjunto de conhecimentos técnicos na área da

oncologia, competências científicas, relacionais e humanas, que lhe permitam identificar situações em que a massagem está contraindicada ou que haja a necessidade de adaptar as técnicas utilizadas durante o procedimento reconhecendo a pessoa como única e com necessidades de conforto individuais (Kolcaba, 2003; Penny et al, 2021; Galamaga et al, 2021).

Perante esta exigência e reconhecendo a importância da avaliação destas situações no sentido de planejar e implementar a massagem de forma segura, elaborei um algoritmo de decisão onde constam as contraindicações mais frequentes para a aplicação da massagem baseado na pesquisa bibliográfica efetuada e nos resultados que emergiram da revisão *scoping* (Apêndice IX). A utilização deste algoritmo tem como propósito salvaguardar a identificação das situações mais frequentes que decorrem quer da doença oncológica, quer dos efeitos provocados pelos tratamentos, facilitando a tomada de decisão do enfermeiro na implementação da massagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e minimizar os problemas reais identificados (OE, 2002).

Ao longo do estágio tive oportunidade de assistir a 8 sessões de massagem o que me permitiu identificar as condições e os recursos necessários para a realização do procedimento e refletir sobre a importância do enfermeiro especialista na gestão e implementação destes programas de intervenção. Um dos recursos fundamentais diz respeito ao local onde é providenciada a massagem que deve assegurar a privacidade da pessoa e garantir a sua segurança prevenindo a sua exposição aos riscos. A massagem era providenciada num quarto contíguo ao gabinete da consulta, estando equipado com uma cama, uma marquesa para a massagem e um cadeirão. O material necessário era previamente preparado (lençóis, toalhas aquecidas, mantas, almofadas para os posicionamentos) e a temperatura

ambiente da sala era mantida entre os 24° e 26° C., que, segundo Versagi, (2012) ajuda a promover um ambiente calmo e relaxante.

Numa primeira sessão, o enfermeiro faz o acolhimento da pessoa, realiza a colheita de dados sobre os antecedentes patológicos, estado da doença, história de dor, medicação habitual e consulta o processo clínico de forma a identificar alguma contraindicação na aplicação da massagem. Para além da sintomatologia física associada ao cancro e aos tratamentos, como por exemplo dor, náuseas e vômitos, a vivência de uma doença oncológica suscita sentimentos de medo, incerteza e ansiedade que podem desencadear desconforto (Kolcaba, 2003; Machado, 2018). A pessoa é incentivada a expor os seus sintomas e de que forma eles interferem na sua vida diária. É questionada sobre qual a prioridade dos sintomas que gostaria de ver resolvidos e qual a sua expectativa relativamente aos efeitos da massagem. O enfermeiro planeia a sua intervenção de acordo com as necessidades manifestadas pela pessoa e, tal como Kolcaba defende (2003) o enfermeiro deve estar atento não só aos sinais físicos, mas também às manifestações não verbais que possam expressar necessidades de conforto sejam fisiológicas, psicológicas, espirituais ou ambientais.

Cada sessão contempla uma massagem de corpo inteiro com duração entre 45 a 50 minutos. No entanto, a massagem pode restringir-se a um segmento do corpo considerado prioritário, com base na avaliação inicial realizada pelo enfermeiro, se houver alguma contraindicação ou se for do interesse da pessoa. Em cada sessão é realizada, antes e após a massagem a avaliação dos sinais vitais e da intensidade da dor, através da escala numérica. Os enfermeiros são autónomos na tomada de decisão relativamente às técnicas de massagem a utilizar baseando-se nos seus conhecimentos científicos, técnicos e na sua experiência prática.

No final de cada sessão o enfermeiro realiza os registos de enfermagem em sistema informático (SCLínico), elabora dos diagnósticos de enfermagem consoante a avaliação inicial realizada e faz o levantamento dos focos de atenção utilizando a taxonomia CIPE. São ainda documentadas em notas gerais, as técnicas de massagem utilizadas e o feedback dado pela pessoa ao longo e após a massagem.

Desde a idealização inicial do projeto considerei que seria importante a elaboração de um protocolo que me permitisse aplicar a massagem de forma estruturada e sistematizada. No entanto, uma das dificuldades sentidas foi precisamente criar um protocolo único e inflexível, tendo em conta a diversidade e especificidade dos sintomas e necessidades de conforto individuais manifestadas pela pessoa com doença oncológica. Atendendo à relevância e aplicabilidade da massagem num contexto de cuidados holísticos, elaborei um *Manual de Boas Práticas* (Apêndice X) com base na evidência científica disponível, que apresenta os conhecimentos técnicos e científicos da massagem, os seus benefícios e contraindicações, algumas das técnicas básicas da massagem tradicional, as adaptações necessárias da massagem no doente oncológico sugerindo-se ainda uma sequência básica de massagem que pode ser aplicada na pessoa com doença oncológica.

No sentido de estimular o pensamento crítico e reflexivo, elaborei uma *Reflexão Crítica* segundo o Ciclo de Gibbs (Apêndice XI), sobre uma situação observada onde a massagem se revelou como uma intervenção promotora de conforto. Através da prática reflexiva, o enfermeiro desenvolve uma nova aprendizagem sobre as competências necessárias inerentes ao cuidar em Enfermagem, integrando este novo conhecimento na sua prática de cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016). Embora este estágio tenha sido muito limitado na sua duração, foi vastíssimo enquanto contexto de aprendizagem,

revelando-se uma mais-valia na aquisição e consolidação de conhecimentos e no desenvolvimento de competências. A grande dificuldade sentida foi conseguir finalizar todas as atividades delineadas de acordo com o cronograma inicial proposto, o que implicou que, algumas destas atividades, como é o caso do *Manual de Boas Práticas*, só tenha sido concluído no campo de estágio que se seguiu.

Pese embora esta adversidade, considero que as atividades executadas neste campo de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no (A) Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal; no (D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, (D1) desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade através da reflexão crítica elaborada; (D2) baseando a práxis clínica especializada em evidência científica; (D2.2.4) interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem que se consolidaram com a elaboração do algoritmo de decisão para a realização da massagem; e ainda competências segundo a EONS (2018) no âmbito da integração da evidência científica nos cuidados em oncologia, através da demonstração da capacidade de suportar, em evidência científica, as intervenções em oncologia no geral e na área da enfermagem oncológica em particular, evidenciada na elaboração do *Manual de Boas Práticas*.

2.3- Numa Unidade de Cuidados Paliativos

O terceiro estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de um Hospital privado e decorreu entre 29 de novembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022, (com interrupção para férias de Natal de 20 de dezembro de 2021 a 2 de janeiro de 2022), tendo sido realizadas um total de 128 horas.

A escolha deste local em particular, decorre da parceria estabelecida com o serviço onde desempenho funções no acompanhamento dos doentes em tratamento no Hospital de Dia que necessitem de internamento para controlo e gestão de sintomas associados à doença oncológica. A intervenção diferenciada e multidisciplinar desta UCP traduz-se numa prática humanizada contribuindo para o conforto, dignidade e qualidade de vida da pessoa.

Para este campo de estágio, estabeleci como objetivo geral **desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa no âmbito da avaliação, alívio, controlo da dor e promoção do conforto, através da massagem terapêutica.**

Sendo o conforto um dos propósitos que pauta toda a assistência em cuidados paliativos, fazia todo o sentido integrar este contexto de aprendizagem como contributo na aquisição de competências enquanto enfermeira especialista e analisar de que forma a massagem terapêutica pode ser integrada enquanto intervenção de enfermagem promotora de conforto. Após apresentar os objetivos propostos e as atividades planeadas no projeto à enfermeira orientadora (Apêndice XII) e restantes elementos da equipa de enfermagem, procurei consultar os protocolos existentes de forma a compreender a **dinâmica funcional e o modelo organizativo do serviço**. Ao longo da minha permanência em estágio constatei que, grande parte dos internamentos nesta UCP eram dirigidos não só a pessoas dom

doença oncológica, mas também a pessoas com patologia neurológica degenerativa, com insuficiência de órgão, com demência avançada e pessoas com sequelas de AVC (na fase aguda ou pós agudos). Para além do internamento em cuidados paliativos, este serviço dispõe também de uma unidade de cuidados continuados que recebe: pessoas portadoras de doença crónica confirmada, não estabilizada e a carecer de supervisão clínica e cuidados de convalescença e reabilitação; pessoas em situação de dependência funcional transitória decorrentes de processo agudo de doença; e ainda, pessoas com doença crónica estabilizada, mas a carecer de internamento não prolongado (menor que 30 dias) por exaustão de cuidadores/familiares.

O conceito de cuidados paliativos proposto pela *Organização Mundial de Saúde* (OMS) destaca a necessidade de uma abordagem de cuidados diferenciada e holística da pessoa ao longo de todo o percurso da sua doença e não apenas no fim de vida (WHO, 2022). Esta abordagem deve estar centrada nas necessidades da pessoa, independentemente da patologia de base (Capelas, Neto & Coelho, 2016; Luis, Ribeiro & Sarmiento, 2020). Desta forma, o modelo cooperativo com intervenção nas crises, que preconiza a permanente colaboração e acesso a intervenções curativas e paliativas ao longo da trajetória da doença, tem vindo a ser defendido como o mais adequado em cuidados paliativos e é com base neste modelo que se organiza toda a atividade assistencial nesta UCP (Capelas et al, 2016).

Tendo como objetivo específico **identificar as INF utilizadas pelos enfermeiros no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa**, procurei centrar a minha nos cuidados dirigidos a esta população e recorri à grelha de observação das INF elaborada no primeiro contexto de estágio

De acordo com o *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*, os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (WHO, 2022; Silva, Paiva, Vital, Moura & Lourenço, 2021). Uma das preocupações constantes da equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro assume um papel ativo de relevo, diz respeito ao controlo dos sintomas que, em muitos dos casos, motiva a necessidade do internamento. O estado de saúde do doente é discutido diariamente pela equipa de enfermagem em conjunto com a equipa médica, psicóloga e assistente social sendo fundamental analisar os registos de enfermagem que devem evidenciar a evolução das chamadas *constantes de conforto* -magnitude do controlo sintomático, o bem-estar psicológico e a qualidade do sono- indicando se o doente está ou não confortável (Neto, 2017). Para a mesma autora, o controlo de sintomas só é eficaz quando existe uma valorização e hierarquização dos mesmos por parte da equipa multidisciplinar, com base numa correta e sistemática avaliação das necessidades individuais, recorrendo-se a escalas ou instrumentos de autoavaliação validados para o efeito, utilizados de forma regular ao longo do internamento (Neto, 2017). Para a avaliação da intensidade dos sintomas no doente oncológico em situação paliativa está preconizada a utilização da escala ESAS, que é aplicada de 3 em 3 dias. Para além da avaliação da intensidade da dor, esta escala permite avaliar a intensidade de outros sintomas comumente presentes no doente oncológico em situação paliativa, tais como a fadiga, ansiedade, falta de ar e depressão, que exigem, por parte da equipa multidisciplinar, uma resposta terapêutica adequada. É ainda aplicada a *Escala de Esperança de Herth - HHI-PT*, (Viana, Querido, Dixe, & Barbosa, 2010) a todos os doentes

paliativos, independentemente da patologia de base, no momento da admissão, ao 10º dia de internamento e no momento da alta. Querido (2012) aponta a esperança como um dos aspetos centrais do cuidar em Enfermagem. Com base nos sintomas identificados é elaborado um plano de cuidados, onde se incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas, com vista à promoção do conforto da pessoa em situação paliativa.

Ao observar as práticas dos enfermeiros pude constatar que as INF mais utilizadas pela equipa de enfermagem correspondem a medidas cognitivo-comportamentais, nomeadamente a implementação de estratégias de *coping* no sentido de ajudar a pessoa a lidar com a dor, o stress e ansiedade; a utilização da distração durante os cuidados de enfermagem, através do diálogo sobre assuntos do interesse da pessoa; e ainda medidas de suporte emocional como o toque, a escuta ativa e a presença ao longo dos cuidados. Para além destas medidas, os enfermeiros recorrem frequentemente a estratégias promotoras da esperança, que ajudam o indivíduo e suas famílias a encontrar significado no sofrimento contribuindo para a capacidade de estes lidarem com as perdas e incertezas que ocorrem no fim de vida, promovendo o alívio do sofrimento, a qualidade de vida e o conforto (Querido, 2012).

Quando questionados acerca da utilização da massagem como INF na sua prática de cuidados, a maioria dos enfermeiros refere que utilizam esta intervenção após os cuidados de higiene durante a aplicação de creme ou após os posicionamentos, não se evidenciando nos registos de enfermagem a intencionalidade terapêutica de promover o conforto, com a utilização da mesma. No entanto, reconhecem o benefício desta intervenção pelo relaxamento e sensação de bem-estar que promove junto do doente.

Neste sentido, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para esta temática e dos benefícios descritos na literatura que suportam a massagem

terapêutica como uma intervenção que pode ser utilizada pelos enfermeiros como estratégia não farmacológica no alívio da dor e na melhoria do conforto da pessoa em situação paliativa. Foi ainda divulgado e disponibilizado à equipa de enfermagem, o algoritmo de decisão para a utilização da massagem elaborado no campo de estágio anterior, de forma a facilitar a tomada de decisão do enfermeiro na implementação da massagem aos doentes internados.

De forma a cumprir o objetivo específico que consistia em **aplicar a massagem terapêutica como INF no alívio da dor e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa**, elaborei uma folha de registo de enfermagem (Apêndice XIII), que designei de *Ficha de Anamnese: Avaliação Inicial e Avaliação subsequente*. A existência de um documento onde possam ser consultadas informações relativas à condição de saúde do doente, dos sintomas e queixas apresentadas, bem como as técnicas e procedimentos utilizados é imprescindível para avaliar a eficácia da massagem no alívio dos sintomas e na melhoria do conforto (Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny et al, 2021). Neste sentido a folha de registo elaborada contempla a história da doença oncológica, os antecedentes pessoais, a presença de sintomas e a história de dor. Permite ainda, o registo dos dados e informações relevantes da condição de saúde da pessoa que devem ser tidos em consideração no planeamento e na implementação da massagem; dos parâmetros vitais antes e após a massagem e; a intensidade dos sintomas avaliados antes e após a massagem através da escala ESAS. Este documento contempla o registo de aspetos relacionados com a planificação da massagem tais como, restrições locais, recursos materiais disponíveis, condições ambientais, locais massajados e técnicas de massagem utilizadas. É ainda possível registar uma avaliação

subjetiva de como a pessoa se sente após a massagem e descrever possíveis situações que tenham ocorrido durante o procedimento.

No sentido de planejar e integrar a massagem de forma estruturada no plano de cuidados do doente, procurei, em conjunto com a enfermeira orientadora, sinalizar os doentes que poderiam beneficiar desta intervenção, com base nos sintomas apresentados e tendo em conta a sua condição clínica. No entanto, deparei-me com algumas dificuldades na concretização deste objetivo, nomeadamente em aplicar de forma continuada a massagem aos doentes selecionados. Este constrangimento foi motivado pela imprevisibilidade clínica dos doentes, pela significativa atividade de cuidados programada para o turno da manhã, período no qual a maioria dos profissionais (médicos, enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social) centram as suas intervenções e ainda pela intermitência na atribuição dos mesmos doentes em dias consecutivos.

Ainda assim, tive oportunidade de realizar 1 sessão de massagem a 4 doentes internados, integrando esta intervenção no seu plano de cuidados. Os critérios para a aplicação da massagem eram verificados antes do procedimento utilizando-se o algoritmo de decisão elaborado anteriormente. A duração e os locais a massajar eram definidos previamente com o doente, respeitando as suas crenças e valores, garantindo a sua privacidade e dignidade durante o procedimento. Os parâmetros vitais eram avaliados antes e após a massagem, bem como a intensidade dos sintomas reportados através da escala ESAS. Após a realização da massagem, os doentes reportaram uma diminuição da intensidade dos sintomas, tais como a dor, cansaço e ansiedade, referindo-se a uma sensação de “relaxamento” e “bem-estar”. Para além do alívio nos sintomas, os doentes valorizavam o toque, a presença e o tempo dedicado durante a massagem, sendo que, tal como refere Machado (2018, p.28) “esta presença permite por vezes que o

sentimento de sofrimento da pessoa seja diminuído só pela disponibilidade e presença do profissional”. Embora o *feedback* dado pelos doentes tenha sido positivo, sugerindo uma melhoria do conforto, considero que o facto de não ter sido aplicado nenhum instrumento específico para avaliar objetivamente o conforto comparando os *scores* antes e após a massagem, pode ser visto como uma limitação. Tal como Kolcaba (2003) refere, mesmo num contexto de doença, em que é difícil para a pessoa experienciar conforto em todos os aspetos e as necessidades de conforto são elevadas, o objetivo dos cuidados de enfermagem é melhorar o conforto comparativamente com um estado inicial.

Outra atividade executada neste contexto de aprendizagem foi a realização de um *Estudo de caso* (Apêndice XIV) sobre a utilização da massagem como INF no contexto de cuidados a uma doente oncológica em situação paliativa. A análise e reflexão desta situação, à luz da Teoria de Kolcaba, permitiu-me reconhecer que na pessoa em situação paliativa, mais do que uma visão curativa, o enfermeiro deve prestar cuidados numa visão confortadora, com base na individualidade da pessoa, nas suas crenças e valores de forma a aliviar o sofrimento físico, espiritual, psicológico e emocional (Machado, 2018).

Atendendo aos conhecimentos adquiridos e às atividades executadas, considero que os objetivos planeados para este contexto de aprendizagem foram alcançados o que me permitiu adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (regulamento nº 429/2018), concretamente as que se referem que o enfermeiro especialista (1) cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e

qualidade de vida; (1.1-1) elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar; (1.1.3) avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas; (1.2) promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências; (1.2.5) adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas; (2) estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares; (2.1) respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

2.4- Numa Unidade de Hospital de Dia Oncológico

O último estágio foi realizado no serviço onde exerço atualmente as minhas funções e decorreu entre 17 de janeiro de 2022 e 25 de fevereiro de 2022, tendo sido realizadas um total de 168 horas de estágio. A implementação deste projeto de intervenção teve como objetivo geral **contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica implementando a massagem terapêutica como intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto numa Unidade de Hospital de Dia.**

Um dos objetivos específicos delineados para este campo de estágio consistia em **envolver os enfermeiros da equipa no projeto de intervenção.** Neste sentido realizei algumas atividades tais como reunir com

a enfermeira responsável e enfermeira orientadora de forma a apresentar as atividades planeadas e os objetivos propostos para aquele campo de estágio (Apêndice XV). A equipa de enfermagem foi convidada a assistir a uma sessão de formação onde pude transmitir os resultados do questionário de sondagem de opinião aplicado à equipa de enfermagem o que permitiu sensibilizar a equipa para a importância da temática em estudo.

Com o objetivo de **promover a capacitação da equipa de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica**, realizei ainda uma sessão formativa junto dos pares, que contou com a presença de 70% da equipa de enfermagem e com 2 médicos internos do serviço. A sessão de formação realizada (Apêndice XVI) revelou-se um momento de partilha de conhecimentos muito positivo juntos dos pares, permitindo a reflexão de temas tais como: a importância da avaliação da dor enquanto fenómeno multidimensional e o papel fundamental do enfermeiro na implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor da pessoa com doença oncológica; o conceito de conforto à luz da Teoria de Kolcaba e de que forma o *Processo de Enfermagem* pode ser estruturado com base nesta teoria permitindo a identificação das necessidades de conforto físicas, psicossociais, espirituais e ambientais da pessoa; a massagem enquanto intervenção promotora de conforto, analisando os principais benefícios, contraindicações e adaptações necessárias na utilização da massagem na pessoa com doença oncológica. De forma a possibilitar o acesso à informação veiculada durante a sessão formativa, foi criado um *Dossier do projeto*, que ficou disponível para consulta da equipa de enfermagem, que integrava ainda os instrumentos de avaliação utilizados no decorrer da implementação do projeto de intervenção, bem como o material de apoio elaborado nos campos de estágio anteriores. Ao realizar estas atividades considero que desenvolvi competências comuns do

Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que pressupõe que o enfermeiro “D2.1.1 atua como formador oportuno no contexto de trabalho” e “D2.2.4- interpreta, organiza e divulga resultados evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (regulamento nº 140/2019).

Com o propósito de **implementar a massagem terapêutica como intervenção no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica**, foram planeadas e executadas um conjunto de atividades que permitiram concretizar este objetivo. De acordo com Kolcaba (2003), para compreender se uma intervenção resulta em conforto é fundamental garantir um processo de conceptualização e de operacionalização, de forma a comparar os resultados obtidos com um estado inicial. Desta forma, foram considerados os procedimentos éticos e legais junto das entidades competentes, tendo sido solicitada autorização da utilização da *Escala de Conforto Holístico* (HCQ-PT-DC©) (Anexo I), de forma a operacionalizar o processo e avaliar se os resultados da intervenção resultaram na melhoria do conforto da pessoa (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009). Foi ainda solicitada autorização à Comissão de Ética do Hospital onde exerço funções para a implementação do projeto (Anexo II).

A articulação com as colegas *Nurse Navigator* do serviço foi crucial para a referenciação dos doentes a incluir no *Programa de Massagem Terapêutica* (PMT). Foram realizadas auditorias aos registos das consultas de enfermagem (presenciais e/ou telefónicas), no sentido de identificar os doentes com necessidades de conforto previamente documentadas. Atendendo à limitação temporal do estágio, a amostra foi escolhida por conveniência considerando-se como critério de inclusão no estudo doentes com necessidades de conforto identificadas e cujos tratamentos agendados em Hospital de Dia se realizassem de forma periódica nas semanas em que

decorria o PMT, garantindo a possibilidade de serem submetidos a uma sessão de massagem durante três semanas consecutivas. Foi desenhado o protocolo de intervenção do PMT (Apêndice XII) onde foram sistematizados o conjunto de procedimentos a realizar em cada uma das sessões.

Após o esclarecimento sobre o âmbito do projeto, dos objetivos e do procedimento a realizar, foi dirigido o convite aos participantes e facultado o *Consentimento Informado* (Apêndice XVIII), que foi assinado pelos mesmos.

De forma a não criar inconvenientes na dinâmica funcional do serviço e transtorno na organização pessoal do doente e sua família, procurou-se realizar a massagem durante o tempo de espera que decorre após a colheita de sangue para análises e o início da consulta médica ou no período que antecede o início dos tratamentos de quimioterapia e/ou imunoterapia. Um dos quartos disponíveis na Unidade de Hospital de Dia foi disponibilizado durante a implementação do projeto, garantindo a segurança dos participantes pela proximidade com a equipa médica e de enfermagem em caso de necessidade.

Todos os recursos ambientais e materiais foram assegurados, antes de cada sessão, tais como a temperatura adequada da sala (entre os 24° e 26°C), a luz ténue, mantas e toalhas aquecidas e almofadas de diversos tamanhos para os posicionamentos (Salvo, 2007; Versagi, 2012). Procurei sempre salvaguardar a dignidade do doente, proporcionando um ambiente calmo, com o menor ruído possível, garantindo o respeito pela sua privacidade. Galamaga et al (2021) referem que o ambiente onde decorre a massagem deve conduzir a uma experiência positiva para o doente de forma a maximizar os benefícios da mesma e promover uma sensação de calma e relaxamento.

O PMT decorreu entre 31 de janeiro de 2022 e 24 de fevereiro de 2022, tendo sido definidos três dias semanais (2^{as}, 3^{as} e 5^{as}) para a execução da

massagem. Participaram no PMT 10 doentes- 7 do género feminino e 3 do género masculino, com idades compreendidas entre os 31 e os 72 anos, sendo que todos se encontravam a realizar tratamentos de quimioterapia, combinada ou não com imunoterapia e/ou hormonoterapia.

Na primeira sessão era realizada a avaliação inicial ao doente e documentada na ficha de anamnese elaborada no campo de estágio anterior, estando subjacente a colheita de dados sobre o diagnóstico oncológico, antecedentes médicos e cirúrgicos, medicação habitual, alergias conhecidas, tipo de tratamento em curso, data do último tratamento. Era realizado o exame físico de forma a inspecionar a condição da pele, a presença de dispositivos médicos, feridas ou hematomas. Foi solicitado o preenchimento da escala HCQ-PT-DC© (Anexo III) que permitiu analisar as necessidades individuais de conforto e avaliar o índice de conforto reportado pelos participantes no início do PMT. A monitorização dos parâmetros vitais, foi realizada antes e após cada sessão de massagem bem como a avaliação da intensidade dos sintomas identificados, através da *Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton* (ESAS) já utilizada na instituição (Anexo IV).

Com base nesta avaliação, e de acordo com o algoritmo de decisão para a massagem elaborado no segundo campo de estágio, cada sessão era planeada tendo em conta as necessidades individuais da pessoa e a sua condição de saúde. O posicionamento, os locais a massajar e as técnicas de massagem utilizadas eram definidas de acordo com os objetivos terapêuticos e com as preferências da pessoa e, embora não houvesse um protocolo pré-definido para cada sessão de massagem, tentei implementar uma sequência básica de massagem, como a apresentada no Manual de Boas Práticas elaborado nos campos de estágio anteriores.

Na *avaliação subsequente* eram registados os sintomas identificados na sessão anterior, se surgiu alguma alteração no estado de saúde da pessoa

desde a última sessão, bem como todos os procedimentos subjacentes à sessão em curso. Eram repetidos os procedimentos de avaliação dos parâmetros vitais antes e após a massagem bem como a aplicação da ESAS antes e no final da intervenção. No final da 3ª sessão de massagem para além dos procedimentos habituais já descritos, foi ainda aplicada a Escala HCQ-PT-DC, que permitiu avaliar o índice de conforto reportado pelos participantes no final do PMT.

De forma a avaliar a eficácia do PMT foi realizado o tratamento estatístico dos dados em programa Excel® e feita a análise dos resultados obtidos (Apêndice XIX). No início do PMT, a ansiedade, a sensação de mal-estar, o *distress* e o cansaço foram os sintomas onde se obteve uma pontuação média mais elevada, ou seja, os que se encontravam mais descontrolados. Braithwaite et al (2017) referem que, para além dos sintomas físicos, a pessoa com doença oncológica e sob tratamento de quimioterapia vivencia efeitos psicossociais tais como depressão, isolamento e sentimentos de tristeza. Os mesmos autores reforçam que a ansiedade é reportada em mais de 50% dos doentes com cancro, sendo fundamental estar atentos a estes sintomas de forma a implementar medidas para poder aliviar o seu impacto (Braithwaite et al, 2017). Os resultados evidenciaram ainda que, a dor, embora seja um dos sintomas mais temidos pela pessoa com cancro, não foi reportada pela amostra como um dos sintomas mais descontrolados, o que salienta a importância da valorização de outros sintomas para além da dor física.

No final do PMT verificou-se uma diminuição da pontuação média em todos os sintomas avaliados através da ESAS, à exceção da sonolência, onde a pontuação média foi maior. Uma vez que não ocorreu um agravamento dos parâmetros vitais nem se verificaram reações ou efeitos adversos após a massagem, tais como desequilíbrios, tonturas ou vertigens, o aumento da

intensidade da sonolência reportada pelos participantes pode estar relacionada com uma interpretação errada do significado “pior sensação de sonolência possível” confundida com a sensação de relaxamento, leveza e calma manifestada após a massagem. Assim, em estudos futuros sugiro que este sintoma seja melhor clarificado junto dos doentes aquando da apresentação da ESAS, referindo-se à “pior sensação de sonolência possível” como a incapacidade de permanecer acordado ou à necessidade excessiva de dormir durante o dia.

Durante a realização do PMT verificou-se uma variação cumulativa mais expressiva na ansiedade, no cansaço, no *distress* e na dor. Ou seja, nestes sintomas verificaram-se maiores reduções da intensidade média reportada pelos participantes, sugerindo os benefícios da massagem a curto e médio prazo. Estes resultados revelam que a massagem contribuiu para reduzir a intensidade dos sintomas reportados pela pessoa com doença oncológica sob quimioterapia, o que corrobora estudos anteriores que demonstraram a eficácia no alívio da ansiedade, dor, cansaço e depressão (Robison et al, 2016; Lopez et al, 2017; Custshall, Mahapatra, Hynes, Van Rooy, Looker, Ghosh, et al, 2017).

A aplicação do HCQ-PT-DC© no início e no final do PMT, permitiu avaliar os efeitos da massagem na perceção do conforto reportada pelos participantes. (Apêndice XIX). No início do PMT verificou-se que é no estado *alívio* que se verificaram maiores necessidades de conforto, sendo estes os itens que recolheram menor pontuação. No final do PMT verificou-se uma melhoria do conforto nos três estados- *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência*, com aumentos da pontuação nos quatro contextos onde o conforto pode ser vivenciado (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Estes resultados reforçam as conclusões de Kolcaba (2003) que afirma que, ao avaliar as necessidades individuais de conforto é mais proveitoso implementar uma

intervenção que aborde todos os contextos do conforto. Acrescenta ainda que, uma simples massagem pode melhorar todos os contextos do conforto se esta for acompanhada de atenção, cuidado e de um ambiente relaxante (Kolcaba, 2003).

Ao longo do PMT foi possível recolher o *feedback* dado pelos participantes acerca dos efeitos da massagem. Foram registadas as opiniões dos participantes quanto à questão “*Como se sente após a massagem?*”, de onde emergiram 4 temas fundamentais onde os benefícios da massagem foram sentidos pelos participantes: no *relaxamento, sensação de bem-estar e conforto*; no *alívio dos sintomas*; na *distração* e na *satisfação dos cuidados* (Apêndice XX). Verificou-se ainda que, aquando da realização do follow-up telefónico, no dia seguinte ao tratamento de quimioterapia, os participantes do PMT reportavam à equipa de enfermagem os efeitos positivos da massagem e, eles próprios reconheciam e nomeavam a presença de alguns sintomas decorrentes dos efeitos secundários do tratamento, tais como a náusea, o cansaço ou a falta de apetite como situações que comprometiam o seu conforto geral. Desta forma, foi possível identificar precocemente e encaminhar para outras especialidades da equipa multidisciplinar, situações que, caso não fossem atempadamente corrigidas, poderiam ter causado complicações no decorrer dos tratamentos instituídos. Este reconhecimento do conforto por parte dos participantes remete-nos para os postulados da Teoria do Conforto de Kolcaba ao referir que, quando o conforto é melhorado existe um maior compromisso da pessoa com os comportamentos de procura de saúde e a validação da satisfação pelo facto de as pessoas serem cuidadas, fortalecidas e motivadas permite alcançar a integridade institucional (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

Por tudo isto, considero que as atividades executadas neste campo de estágio e, particularmente, a implementação deste PMT no meu local de

trabalho, contribuíram para a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista permitindo-me desenvolver uma prática assente num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico e legal, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (A1). Toda a minha prática e assistência durante os cuidados foi baseada no respeito pelo direito dos clientes à informação (A2.1.2), assegurando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional (A2.1.3), fomentando o respeito pela privacidade do cliente (A2.1.4) e assegurando o respeito pelos valores, costumes crenças espirituais e práticas específicas da pessoa (A2.1.6).

A gestão e implementação do PMT durante o período de estágio contribuiu para o desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e foi sempre garantido um ambiente terapêutico seguro (B3), centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco decorrente da intervenção.

As atividades executadas permitiram-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (D1) e a prática clínica foi baseada na evidência científica (D2), interpretando, organizando e divulgando os resultados provenientes da evidência que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem (D2.2.4). No que respeita às competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico- Cirúrgica à pessoa em situação crónica e paliativa, as atividades executadas permitiram-me (1) cuidar da pessoa com doença incurável ou grave em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; (1.1.1) elaborar o diagnóstico das necessidades do doente ao nível físico, psicoemocional,

espiritual e sociofamiliar; (1.1.3) avaliar os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas impacto; (1.2.5) adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas; e (1.2.6) reformular o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas. Foram executadas atividades que vão ao encontro das competências do enfermeiro com formação avançada em oncologia indicadas pela EONS (2018), nomeadamente apoiar a pessoa durante a trajetória da doença oncológica, através da utilização de intervenções baseadas na evidência para identificar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, espirituais e sociais da doença oncológica; desenvolvida a comunicação em oncologia, centrada na pessoa e em particular no contexto oncológico; e ainda, a integração da evidência científica nos cuidados em oncologia, demonstrando a capacidade de suportar, em evidência científica, as intervenções na área da oncologia que permitem melhorar a qualidade de vida e o conforto da pessoa com doença oncológica.

3- AVALIAÇÃO

Apresentado o percurso formativo e as atividades executadas cumpre-se agora a necessidade de realizar uma avaliação do trabalho desenvolvido e do seu contributo para a aquisição de competências enquanto enfermeira especialista e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica. De acordo com Ruivo et al (2010), a avaliação deve contemplar uma análise e reflexão da *coerência* entre o projeto e a problemática, a *eficiência* na gestão dos recursos com os meios planeados e a *eficácia* em relação às atividades executadas com os resultados obtidos. Para além disso, é importante refletir nas circunstâncias com as quais me deparei ao longo do estágio que se podem configurar como pontos fracos e fortes do projeto.

Analisando a problemática que motivou a realização deste projeto de intervenção considero que esta é pertinente, está centrada numa necessidade específica da população, é um foco da CIPE e a intervenção de enfermagem planeada para dar resposta ao problema é mensurável e suscetível de produzir ganhos em saúde (OE, 2013). Os objetivos inicialmente propostos revelaram-se adequados face à problemática em estudo e serviram de força motivacional no sentido de planificar e estruturar todo o percurso de aprendizagem inerente ao âmbito deste trabalho.

Ao longo do percurso de estágio foram várias as circunstâncias que se revelaram como favoráveis ao processo de aprendizagem e que reconheço como pontos fortes. Em primeiro lugar, começo por destacar o facto de ter realizado estágios em instituições de referência e dedicadas à assistência da pessoa com cancro, criando a oportunidade de contactar com contextos diferenciados e de excelência. Em todos os locais de estágio, foi possível

constatar que a intervenção especializada de enfermagem é baseada na melhor evidência disponível, sendo evidente a importância que o enfermeiro especialista assume dentro da equipa multidisciplinar afirmando-se como uma mais-valia na assistência à pessoa com doença oncológica e sua família ou cuidadores. Nesta perspetiva, a experiência de contactar com diversas realidades de atuação constituiu uma motivação para conhecer e aplicar as melhores práticas de cuidados, não só durante o período de estágio, mas também na intervenção diária no meu contexto de trabalho.

Outro aspeto que considero como ponto forte ao longo deste percurso de aprendizagem diz respeito à possibilidade de desenvolver o autoconhecimento, o pensamento crítico e reflexivo através da análise das experiências vividas e do trabalho desenvolvido em contexto prático. Os momentos de reflexão crítica promovidos pelos orientadores durante o tempo de estágio permitiram-me re-orientar os meus objetivos, modificar algumas atividades elaboradas e melhorar práticas de cuidados. Também a partilha de experiências com os pares nas orientações tutoriais que foram realizadas revelou-se da maior importância. Apesar de a massagem ser reconhecida pelos enfermeiros como benéfica para o bem-estar e relaxamento dos doentes, a sua utilização está ainda muito associada aos cuidados de higiene e conforto prestados em contexto de internamento. Desta forma, tive oportunidade de demonstrar a evidência científica que suporta a massagem como intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica fundamentado num quadro conceptual teórico de enfermagem e de acolher alguns dos contributos dados pelos colegas e orientadores. Um desses contributos permitiu-me, de forma antecipada, planear o método de seleção dos participantes do PMT e definir os critérios de seleção que foram posteriormente aplicados.

Por último, não posso deixar de destacar como ponto forte a recetividade deste projeto por parte dos meus colegas de trabalho e da enfermeira responsável do serviço, mas também pelos médicos que manifestaram o seu agrado pela implementação de um projeto desta natureza no serviço e o interesse da sua continuidade após o término do estágio. Importa referir que, em algumas situações, houve necessidade de os doentes que participaram no PMT se deslocarem mais cedo ao hospital para realizar a massagem ou mesmo agendar a intervenção para depois da realização dos tratamentos em Hospital de Dia. Esta disponibilidade e envolvimento por parte dos doentes reforçaram a minha motivação na implementação do projeto e revelam o significado e o reconhecimento da importância da massagem no acompanhamento dos doentes submetidos a tratamento de quimioterapia em Hospital de Dia.

Um dos aspetos que se revelou como ponto fraco durante o percurso de aprendizagem diz respeito aos resultados limitados que se obtiveram com a revisão *scoping* efetuada. Apesar de existir uma lacuna na publicação de trabalhos de investigação nesta área com doentes oncológicos, reconheço que os critérios de inclusão definidos possam ter condicionado os resultados da pesquisa, uma vez que apenas se incluíram estudos em que a massagem tenha sido implementada e avaliada por equipas de saúde, onde estivesse presente o enfermeiro. O facto de ter considerado apenas estudos primários nesta revisão *scoping* não favoreceu a inclusão dos contributos da investigação provenientes de outros tipos de estudo como é o caso das revisões sistemáticas da literatura. Deste modo, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica mais extensa, o que me obrigou a despender mais tempo implicando um atraso na concretização de algumas atividades planeadas.

Outra dificuldade sentida ao longo do estágio diz respeito ao período de estágio na UCP. Um dos constrangimentos está relacionado com a dificuldade de programar antecipadamente a massagem aos doentes internados em situação paliativa. A complexidade destes doentes que muito rapidamente sofrem um agravamento do seu estado clínico, impediu a concretização da massagem sempre que ela esteve programada. Também o facto de ter realizado estágio nesta unidade apenas durante o turno da manhã pode ter limitado as oportunidades de implementar a massagem num ambiente terapêutico calmo e seguro, uma vez que este período era o que gerava maior movimentação na unidade, com a equipa de enfermagem a estabelecer uma dinâmica muito padronizada tendo em conta todas as atividades a que era necessário dar resposta. A interrupção para férias de Natal que ocorreu durante o período de estágio nesta UCP, foi outra condicionante que senti como ponto fraco, uma vez que, inevitavelmente, levou a uma quebra na continuidade dos cuidados e no estabelecimento de uma relação de confiança entre doente-enfermeiro, tão necessária à implementação da massagem como intervenção na promoção do conforto.

De acordo com o regulamento nº429/2018 que define o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o avanço do conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento nº 429/2018, p.19360).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros estabelece como fundamental a elaboração de projetos de melhoria contínua de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definindo-se seis categorias de enunciados descritivos relativas à *satisfação dos clientes*, à *promoção da*

saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2012). A implementação deste projeto de intervenção junto da Pessoa com doença oncológica permitiu a melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nas seguintes categorias (OE, 2021):

-Satisfação do cliente: através da implementação da massagem enquanto de intervenção efetiva, permitindo explorar, conhecer e respeitar as crenças e valores individuais da pessoa; criar um ambiente de confiança e facilitador da relação terapêutica onde a comunicação com a pessoa e a gestão da informação com a restante equipa foi otimizada; minimizar o impacto negativo provocado pela doença e pelos tratamentos estabelecendo parcerias com a pessoa no planeamento de cuidados, onde se informou e explicou ao doente os objetivos terapêuticos da intervenção permitindo a tomada de decisão no processo de cuidados;

-Prevenção de complicações: durante a implementação do projeto recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação, que permitiram a identificação de fatores de risco, sintomas e situações problemáticas associadas à exaustão física e emocional da pessoa; a identificação de evidências fisiológicas que pudessem comprometer o processo de adaptação à doença ou a continuidade dos tratamentos instituídos; facilitou a implementação de estratégias eficazes para a prevenção de eventos adversos decorrentes da doença crónica, recorrendo-se ao ensino e capacitação da pessoa e ou cuidadores/família na gestão dos efeitos secundários provocados pelo tratamento;

-Bem-estar e autocuidado: o acompanhamento da pessoa ao longo da implementação do projeto permitiu a implementação de planos de cuidados individualizados, norteados por uma filosofia de cuidados centrada nas necessidades de conforto físicas, psicoespirituais, ambientais e sociais, numa

abordagem multimodal e multidimensional com recurso a instrumentos padronizados; a implementação da massagem enquanto intervenção autónoma de enfermagem que contribuiu para a diminuição do sofrimento e para a melhoria do conforto da pessoa com doença oncológica;

-Promoção da Saúde: o projeto procurou alcançar o máximo potencial de saúde da pessoa promovendo a sua capacitação na identificação e gestão dos efeitos secundários decorrentes do tratamento e na adesão ao regime terapêutico instituído; envolvendo-a na tomada de decisão na escolha de estilos de vida saudáveis e manutenção da saúde e bem-estar com vista à melhoria do seu conforto;

-Organização dos Cuidados de Enfermagem: ao longo do projeto estabeleceu-se uma articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, envolvendo e sensibilizando concretamente a equipa de enfermagem, para a necessidade de melhorar o sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica, as intervenções de enfermagem especializadas e os resultados sensíveis a essas intervenções.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os “enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (Decreto-Lei nº 161/96). No exercício das suas funções os enfermeiros devem assegurar a prestação de cuidados adequados atendendo aos recursos disponíveis, de acordo com a ética e garantir que os doentes recebem informação adequada para consentirem os cuidados ou procedimentos, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013). No decorrer de todo o percurso de aprendizagem considero que foram respeitadas as questões éticas e os princípios gerais preconizados pelo Código Deontológico dos Enfermeiros

(CDE) nomeadamente: o dever de informação (artigo 105º), respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado (alínea b); o dever de sigilo (artigo 106º) assumindo o dever de considerar confidencial toda a informação do indivíduo e da sua condição clínica (alínea a) e manter o anonimato da pessoa em situações de investigação ou controlo da qualidade dos cuidados (alínea d); e o respeito pela intimidade (artigo 107º) garantindo a sua privacidade (alínea b) (Lei nº 156/2015).

Como profissão e disciplina científica autónoma, a *Enfermagem* constitui-se hoje com um campo de atuação e de investigação próprios, onde o conhecimento que surge através da investigação é aplicado para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e contribuir para a organização de políticas de saúde (OE 2012, 2021).

Considero por isso, que todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso de aprendizagem, contribuiu de forma significativa para o meu enriquecimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica e paliativa.

4- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Com os avanços na detecção precoce, diagnóstico e tratamento do cancro têm-se verificado um aumento na sobrevivência dos doentes, o que desafia os enfermeiros a uma constante atualização de conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam melhorar a sua prática de cuidados, garantido um ambiente terapêutico seguro. Neste sentido, é fundamental que o Enfermeiro desenvolva competências específicas que lhe permitam responder “eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção” (regulamento nº429/2018, p.19360) que visam melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A demanda de cuidados ao longo do *continuum* da doença oncológica exige uma abordagem multidisciplinar e uma resposta coordenada por parte das equipas de saúde, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na assistência à pessoa com doença oncológica, através da implementação de intervenções não farmacológicas, com base na evidência científica disponível.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de testemunhar a relevância da intervenção especializada de enfermagem em diferentes contextos de atuação, sendo que a experiência em contexto clínico favoreceu a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao âmbito deste trabalho. Importa realçar que, a forma estruturada, sistemática e sequencial na execução das atividades em cada campo de estágio permitiu consolidar os conhecimentos anteriormente adquiridos e integrar novos contributos específicos de cada campo de estágio.

Assim, o primeiro campo de estágio, desenvolvido numa UMD, permitiu-me adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades e competências no que respeita à identificação, avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica, compreendendo o impacto negativo que este sintoma pode assumir na vida da pessoa e sua família. No segundo campo de estágio, tive oportunidade de observar e vivenciar em contexto clínico a integração da massagem enquanto INF à pessoa com doença oncológica. O terceiro campo de estágio, que decorreu numa UCP, permitiu-me desenvolver competências no âmbito da identificação e avaliação das necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida integrando a massagem num plano de cuidados abrangente e holístico. Por fim, o último campo de estágio permitiu-me consolidar conhecimentos e implementar um PMT com base nas aprendizagens resultantes dos contextos de estágio anteriores e da investigação realizada ao longo do percurso formativo, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados em Hospital de Dia.

Os resultados obtidos após a implementação do PMT revelaram que houve uma diminuição da intensidade de sintomas tais como a ansiedade, *distress*, sensação de mal-estar e cansaço reportados pelos participantes verificando-se ainda, que o conforto foi melhorado em todos os estados-*alívio, tranquilidade e transcendência*. Para além disso, os resultados motivaram uma reflexão conjunta dentro da equipa de enfermagem onde se reconheceu a importância de o enfermeiro estar desperto e sensibilizado de que o desconforto ultrapassa a manifestação de sintomas físicos, como a dor, compreendendo também as necessidades a nível psicoespiritual, social e ambiental que a pessoa vivencia no decorrer da doença oncológica.

Atendendo aos requisitos que lhe são exigidos, o enfermeiro especialista é o profissional mais capacitado para antecipar, reconhecer, e identificar as circunstâncias que podem comprometer o estado de conforto da pessoa e sua família e/ou cuidadores e implementar a massagem tomando o conforto como foco de atenção dos Cuidados de Enfermagem.

Considero que fui capaz de desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019). Também ao nível das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa em situação crónica e paliativa considero que adquiri competências e habilidades que me permitem cuidar da pessoa com doença crónica, "(...) incurável ou grave, (...) em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida"; "estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa (...) e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas (...)" (Regulamento nº 429/2018, p.19365); competências inerentes à EONS (2018) que me permitem apoiar a pessoa durante a trajetória da doença oncológica, com doença avançada e em fim de vida; melhorar a comunicação em oncologia seja utilizando estratégias para uma comunicação eficaz, centrada na pessoa e no contexto oncológico em particular; e ainda otimizar a comunicação multiprofissional em oncologia promovendo uma partilha de informação clara e inequívoca com os outros profissionais de saúde.

No que respeita às competências enquanto futura Mestre em Enfermagem, considero que consegui desenvolver e aprofundar conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, aplicando esses conhecimentos e a capacidade de resolução de problemas em situações

novas; capacidade para lidar com situações complexas, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções; ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os raciocínios a elas subjacentes de forma clara e sem ambiguidades; e ainda competências que me permitem uma aprendizagem de modo autónomo.

A elaboração deste Relatório simboliza o culminar de um processo de aprendizagem que se iniciou muito antes da realização do estágio em contexto prático. Não sendo possível mobilizar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, desejo que a descrição de todo o trabalho desenvolvido proporcione um entendimento claro e tão abrangente quanto possível dos contributos pessoais e profissionais que esta experiência me proporcionou.

Como perspetivas futuras, estou convicta que os resultados obtidos com a elaboração deste trabalho podem dar visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro motivando-me para a importância da investigação nomeadamente com expressão e representatividade da população de forma a desenvolver a evidência da intervenção em estudo. Foi com muita satisfação que vi reconhecida a importância deste trabalho pela Comissão Científica e Organizadora do *2º Webinar do Departamento de Enfermagem médico-cirúrgica, adulto e idoso da ESEL: a evidência científica e a intervenção clínica*, decorrido a 10 de novembro de 2022, tendo o mesmo sido apresentado sobre a forma de comunicação livre aos pares e público em geral. Tendo em conta a pertinência e a atualidade desta temática pretendo divulgar junto dos pares os conhecimentos que emergiram da revisão *scoping* elaborada, bem como os resultados da implementação do PMT. É ainda minha intenção apresentar formalmente junto da direção do Hospital

onde exerço funções, uma proposta da integração da *massagem terapêutica* como recurso ao dispor dos doentes assistidos no HDO da instituição.

O concretizar deste Relatório de Estágio constitui uma enorme gratificação pessoal e profissional inculcando um grande sentido de responsabilidade uma vez que se demonstrou que a massagem pode ser integrada na prática de cuidados em Hospital de Dia e, desta forma, aliar às melhores práticas terapêuticas que a Instituição disponibiliza, uma prática especializada de Enfermagem, resgatando e (re) integrando o toque, a empatia e a disponibilidade na excelência do *Cuidar*.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9): 61-67

Armstrong, K.; Lanni Jr, T.; Anderson, M.M.; Patricolo, G.E. (2018) - Integrative Medicine and the Oncology Patient: options and benefits. *Supportive Care in Cancer*. Vol (26). 2267-2273. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4007-y>

Bastos, Z (2005) - Multidisciplinaridade e organização das Unidades de Dor Crónica. Permanyer Portugal. ISBN: 972-733-178-5

Batalha, L., M., C. (2016)- Avaliação da dor. EsenfC. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20(1).pdf)

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;

Braithwaite, C. M.; Ringdahl, D. (2017) - Nurse-administered Hand Massage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol(21). N (4). 87-92

Brennan, M.K.; Healey, D.; Tague, C.; Rosenthal, B. (2019) - Hospital based massage therapy specific Competencies. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Vol (23). 291-294. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.01.009>

Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Dochterman, J.M. (2010) - *Classificação das intervenções de enfermagem*. 5ª ed. Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-3442-8. https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf

Capelas, M., L.; Neto, I., G.; Coelho, S. P. (2016)- Organização de serviços. In Barbosa, A; Pina, P., R.; Neto, I, G., , *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9

Cardoso, R., B.; Souza, P., A.; Caldas, C., P.; Bitencourt, G., R. (2020) - Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. (5). Nº 4.

DOI: 10.12707/RV20066

Carvalho, D.; Cotafo, A.; Dias, H.; Cruz, O.; Coutinho, E. (2020) – A utilização de terapêuticas não convencionais no cuidar da mulher com cancro da mama: uma revisão scoping. *Revista da UIIPS. Uniddae de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. Vol (8), n(1), 333-342

Cassar, M.P (2001) - *Manual de Massagem Terapêutica. Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta*. 1ºed. Brasil. Editora Manole. ISBN 85-204-1023-5;

Castro, M. C.F.; Fuly, P.S.C.; Santos, M.L.S.C.; Chagas, M.C. (2021) - Dor Total e Teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de enfermagem*. (42)

Collinge, W.; MacDonald, G.; Walton, T. (2012) - Massage in Supportive Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*. Elsevier. Vol (28). 45-54

Cowen, V.V; Miccio, R.S; Parikh, B. (2017) - Massage Therapy in Outpatient cancer Care: A metropolitan Area Analysis. *Journal of Evidenc-based Complementary &Alternative Medicine*. Vol 22 (4)

Custshall, S. M.; Mahapatra, S.; Hynes, R.S.; Van Rooy, K.M.; Looker, S.A.; Ghosh, A.; Scheck, C.D.; Bauer, B.A.; Wahner-Roedler, D.L. (2017) - Hand Massage for Cancer patients undergoing Chemotherapy as Outpatients: a Pilot Study. *Explore*. Vol (13). No (6).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.007>

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros. (REPE).

Disponível

em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

DGS (2003) - Circular. Normativa Nº 09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção Geral da Saúde.

Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

DGS (2008) - Circular. Normativa N°:11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/programa_nacional_de_controlo_da_dor.pdf

DGS (2013) - *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENpCdor)*. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Eye´C Design Gráfico

Dowd, T., (2004). Teoria do Conforto. In M.R. Alligood & A.M: Tomey, Lusodidacta, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusodidacta

EONS. European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. EONS. Disponível em <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>

Galamaga, K.M.; Cristian, A. (2021) - Oncology Massage Therapy in Breast and Gynecologic Cancers. In Cristian. A (2021) - *Breast Cancer and Gynecologic Cancer Rehabilitation*. 1ªed. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-72166-0.00026-8>

IASP (2020). International Association for the Study of pain. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Junior, J.O.; Oliveira, S., B., S.; Migowski, E., R.; Riegel, F. (2017). Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. *Rev Dor*. Vol (18)

Kolcaba K. (2003) *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, NY: Springer

Latte-Naor, S.; Mao, J. (2019) - Putting Integrative Oncology Into Partice: Concepts and Approaches. *Journal of Oncology Praticce*. Vol (15). <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00554>

Lebert, R. (2020). *Evidence-Based Massage Therapy: A Guide For Clinical Practice*. eCampusOntario. Disponível em: <http://solr.bccampus.ca:8001/bcc/file/f50db397-871f-40bb-861f-35fd1e74b980/1/Evidence-Based-Massage-Therapy-1592410090.pdf>

Lei n.º 156/2015. Código Deontológico do Enfermeiro. (CDE). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Lyman, G.H.; Greenle, H.; Bohlke, K.; Bao, T.; DeMichele, A.M.; Deng, G.E.; Fouladbackhsh, J.M.; Gil, B.; Hershman, D.L.; Mansfield, S.; Mussallem, D.M.; Mustian, K.M.; Price, E.; Rafte, S.; Cohen, L. (2018) – Integrative Therapies during and after Breast cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. Vol 36 (25). 2647-2655. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.792721>

Lopez, G., Liu, W., Milbury, K., Spelman, A., Wei, Q., Bruera, E., Cohen, L. (2017) - The effects of Oncology massage on symptom self-report for cancer patients and their caregivers. *Support Care Cancer*. Springer.25: 3645-3650. Doi: 10.1007/s00520-017-3784-7

Luis, M.; Ribeiro, C.; Sarmiento, T. (2020)- Integração dos cuidados paliativos na prática de cuidados assistencial: visão e desafios. Integração dos cuidados paliativos ao longo do percurso de doença oncológica. *Cuidados Paliativos* . Vol(7), n(1) Disponível em: <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/cb624f1c-908c-41c6-a2c7-80608d77551a.pdf>

Machado, A., M., M. (2018) - *As Intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55881/1/Ana%2BMarisa%2BMarques%2BMachado.pdf>

Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients

Receiving Chemotherapy. *Nursing and Midwifery Studies*. 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19

NCI. National Cancer Institute. (2021) Acedido em 22/06/2021. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-pdq>

Neto, I.G. (2017)- *Princípios do controlo de sintomas, um pilar dos cuidados paliativos*. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>

Nunes, L. (2013) - Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS, IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Consideracoes_eticas_na_investigacao_aca.pdf

Oliveira, C. S. (2013)- Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol (17), n(2). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2_Artigo1_2_8%281%29.pdf

Oliveira, A.L.; Sobrinho, N.P.; Cunha, B.A.S. (2016). Chronic cancer pain management by the Nursing team. *Rev Dor*. São Paulo vol 17 (3)

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Document/s/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer nº 04/2016. *Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na Unidade de Dor Crónica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Peixoto, N.M.S.M.; Peixoto, T.A.S.M. (2016)- Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. N(11). Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/12_Rev_Enf_Ref_RIV16030%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/12_Rev_Enf_Ref_RIV16030%20(4).pdf)

Penny, J.; Sturgeon, R.L. (2021) - *Oncology Massage. An integrative approach to cancer care*. 1ed. Springboard. ISBN 13: 978-1-912085-75-0;

Phipps, W; Sands, J, Marek, J (2003)- *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Vol I. Lusociência. ISBN: 972-8383-657;

Pina, P. R. (2017) - Tratamento farmacológico da dor crónica. Fármacos não opióides, analgésicos opióides. In Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R., Faustino, S., A. (2017) - *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Eye ´ C Design Gráfico;

Querido, A.I.F (2012) - A promoção da Esperança em fim de vida. Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva. Tese de Doutoramento. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4050/1/A%20PROMO%c3%87%c3%83O%20DA%20ESPERAN%c3%87A%20EM%20FIM%20DE%20VIDA%20Final.pdf>

Raposo, C.; Santos, J.; Ribeiro, A. L.; Correia, I.; Freitas, M.J.; Santos, C. ... (2015)- Entender a Dor Oncológica. Associação de Enfermagem Oncológica

Portuguesa. AEOP. Disponível em:
<https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 (2018) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série (N.º135 de 16-07-2018). Disponível em:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º26 de 06-02-2019). Disponível em:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Rezende, M.; Costa, S., R. (2018) - Impacto da Doença Oncológica nos Familiares: Sobrecarga e Sintomatologia Psicopatológica, Relação e Implicações. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. Vol. (1), 45-56

Ritto, C; Rocha (2017). Avaliação da Dor. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye´C Design Gráfico

Robison, J.G., Smith, C., L. (2016) - Therapeutic Massage During Chemotherapy and /or Biotherapy Infusions: Patient perceptions of pain, fatigue, nausea, anxiety and satisfaction. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol 20 (2)

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, (1-37). Disponível em
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Salvo, S.G. (2007) – *Massage Therapy: principles and practice*. Saunders Elsevier. 3ªed. St. Louis

Silva, R.; Paiva, M.; Vital, F.; Moura, M.J.; Lourenço, J. (2021) - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Swarm, R. A., Paice, J. A., Angheliescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., et al (2019). Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw, 17(8), 977-1007. Retrieved Aug 30, 2021, from <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/8/article-p977.xml>

Tycross, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição, Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6. p. 18; 24; 63.

Uysal, N.; Kutluturkan, S.; Ugur, I. (2017) - Effects of foot massage applied two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: randomized control trial. *International Journal of Nursing Practice*. 23. <https://doi.org/10.1111/ijn.12532>

Versagi, C.M. (2012) - *Step-by-Step Massage Therapy Protocols for Common Conditions*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-8715-4

Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 607-616. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIA%20DA%20ESPERAN%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20Tradu%20a7%20a3o%20e%20Adapta%20a7%20a3o%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index_.pdf

Walton, T. (2011). *Medical Conditions and Massage Therapy. A decision Tree Approach*. 1ª ed. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-6922-8

Westman, K., F.; Blaisdell, C. (2016) - Many benefits, little risk: the use of massage in nursing practice. *American Journal of Nursing*. Vol (116) n (1). Disponível em: <https://sci-hub.st/10.1097/01.NAJ.0000476164.97929.f2>

WHO (2018) - Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. *World Health Organization*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

WHO (2021) *World Health Organization*. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>

WHO (2022) *World Health Organization*. Disponível em:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

ANEXOS

Anexo I –Autorização para a utilização da Escala do Conforto Holístico HCQ-PT-DC[©]

Solicitação do instrumento de avaliação HCQ-PT-DC

ADELAIDE CATARINA REBELO SANTOS
Para:

24 de outubro de 2021 às 19:18

Cara Professora Ana Isabel Fernandes Querido,

O meu nome é Adelaide Santos e sou aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem vertente oncológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

No âmbito de um estágio curricular estou a desenvolver um projeto subordinado ao tema "Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica", sob orientação da Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá.

O presente projeto tem como objetivo principal contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica no âmbito da atuação do Hospital de Dia Oncológico e consequentemente a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

As intervenções propostas no projeto estão fundamentadas na Teoria do Conforto de Kolcaba e pretende-se analisar o efeito da massagem terapêutica como intervenção não farmacológica no alívio da dor e avaliar se essa intervenção foi ou não promotora do conforto.

Para a concretização deste objetivo será fundamental a utilização da escala que avalia o conforto segundo o modelo conceptual de Kolcaba (2003), pelo que venho solicitar-lhe que me faculte o instrumento HCQ-PT-DC (Escala de Conforto Holístico-Doentes Crónicos) e que autorize a sua utilização no referido projeto, garantindo desde já a confidencialidade e o direito à proteção de dados dos participantes.

Agradeço a sua disponibilidade.

Atenciosamente, aguardo deferimento.

Solicitação do instrumento de avaliação HCQ-PT-DC

Ana Isabel Fernandes Querido

8 de novembro de 2021 às 14:26

Para: Adelaide Santos

Estimada Sr.ª Enfermeira Adelaide

Em primeiro lugar as minhas desculpas pela falta de resposta ao email. De facto tenho tido alguns problemas com a caixa de email e o envio para o spam, motivo pelo que não devo ter notado a sua receção.

Muito obrigada pelo contacto e também pelo interesse na temática.

Tenho todo o gosto em autorizar o uso do instrumento de avaliação do conforto holístico validado para a realidade portuguesa das pessoas com doença crónica.

Envio em anexo o referido instrumento e fico ao dispor para qualquer esclarecimento que entenda necessário.

Agradeço ainda a partilha dos resultados do seu trabalho, desejando desde já as maiores felicidades para o seu percurso pessoal e profissional.

Com os melhores cumprimentos

Ana Querido

Professora Adjunta | Associate Professor

Departamento de Ciências de Enfermagem | Nursing
Department

██
██

Anexo II - Autorização da Comissão de Ética para a implementação do estudo "Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica"

[Redacted]

Comissão de Ética para a Saúde

Hospital [Redacted]

Exma. Sr.ª Enf.ª Adelaide dos Santos

Serviço de Enfermagem

Hosp.Dia Oncológico

[Redacted]

Ref. CES/04/2022/ME

25 de Janeiro de 2022

ASSUNTO: ESTUDO "Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica"

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [Redacted], analisou e aprovou o estudo " Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica" do qual é V. Exa. Investigadora principal.

Pe'l A Comissão de Ética para a Saúde



Manuela Escumalha, Presidente

[Redacted]

[Redacted]

Anexo III - Escala de Conforto Holístico HCQ-PT-DC®

ESCALA DE CONFORTO HOLÍSTICO HCQ – PT-DC®

			Discordo Totalmente			Concordo Totalmente		
			1	2	3	4	5	6
ALSOC	1*	<i>Estou preocupado com a minha família</i>						
TRSOC	2	<i>A minha enfermeira (enfª) dá-me esperança</i>						
TRPSI	2	<i>Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena</i>						
TQSOC	4	<i>Sei que sou amado</i>						
TRAM	5	<i>Este lugar é agradável</i>						
ALFIS	6*	<i>Tenho dificuldade em descansar</i>						
ALSOC	7*	<i>Ninguém me compreende</i>						
ALFIS	8*	<i>É difícil aguentar a minha dor</i>						
TQPSI	9	<i>Sinto-me em paz</i>						
ALFIS	10	<i>Durmo bem</i>						
TQPSI	11*	<i>Sinto-me culpado</i>						
TRAM	12	<i>Gosto de aqui estar</i>						
TRAM	13	<i>Fiz a escolha certa ao escolher este local</i>						
ALPSI	14*	<i>Tenho medo do que está para vir</i>						
TQSOC	15	<i>Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado / querido</i>						
ALPSI	16*	<i>Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado</i>						
TQSOC	17	<i>Sinto-me bem com as minhas relações pessoais</i>						
TQFIS	18*	<i>Estou constantemente a pensar no meu mal-estar</i>						
TQSOC	19	<i>Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas</i>						
TRAM	20*	<i>Sinto-me deslocado</i>						
ALSOC	21*	<i>Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado</i>						
TQPSI	22*	<i>Sinto-me só</i>						
ALPSI	23*	<i>Estou deprimido</i>						
TQPSI	24	<i>Encontrei o sentido da minha vida</i>						
TRSOC	25	<i>Olhando para trás tenho tido uma vida boa</i>						
TRAM	26*	<i>O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste</i>						

*Itens invertidos

©Versão portuguesa traduzida e adaptada por Ana Querido e Maria dos Anjos Dixe

Instruções de Utilização

A Escala Portuguesa de Conforto Holístico para os doentes crónicos - HCQ – PT- DC foi desenvolvida para autopreenchimento, devendo ser garantida a capacidade cognitiva do doente para tal.

A aplicação pode ser realizada através de entrevista face-a-face ou por autopreenchimento.

Para efeitos de tratamento estatístico, deve inverter-se a pontuação atribuída aos itens elaborados na forma negativa, identificados por *.

No total a escala é composta por 26 itens que avaliam o Conforto em três fatores: Alívio (AL); Tranquilidade (TQ) e Transcendência (TR), correspondentes aos estados de conforto.

Os estados de conforto acontecem em quatro contextos avaliados pelos itens da escala: Físico (FIS); Psicoespiritual (PSI), Sociocultural (SOC) e Ambiental (AMB).

Cada um dos itens avalia um estado e um contexto de conforto, identificados pela combinação das siglas acima indicadas.

Pontuações mais altas da escala deverão corresponder a maior nível de conforto.

Anexo IV - Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton* entregue aos participantes do PMT

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Nome: _____ Sessão nº: _____
 Data nascimento: _____ Data: _____

Por favor, faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas

Sem dor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem cansaço/ fadiga	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível/ fadiga
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem náusea	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de náusea possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem depressão	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de depressão possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem ansiedade	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de ansiedade possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem sonolência	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de sonolência possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Muito apetite	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sem qualquer apetite possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Melhor nível de bem-estar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior nível de bem-estar possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem falta de ar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de falta de ar possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sem <i>Distress/angústia</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de <i>Distress/angústia</i>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

APÊNDICES

Apêndice I- Questionário de sondagem de opinião realizado junto da equipa de Enfermagem

A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica

Caro(a) enfermeiro(a)

Encontro-me a frequentar o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a realizar um projeto, intitulado "A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica", que visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no serviço onde desempenhamos a nossa atividade. É importante conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente à pertinência da temática. Deste modo, solicito-lhe que responda a este questionário, sendo desde já garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Grata pela colaboração.

Adelaide Santos

*Obrigatório

1. Tempo de exercício profissional (anos completos) *

2. Tempo de exercício profissional em oncologia (anos completos) *

3. Como classifica a avaliação da dor na sua prática de cuidados quanto à sua importância: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
 Pouco importante
 Não prioritário

4. Na identificação da dor utiliza algum instrumento de avaliação (escala de avaliação da dor) ?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

5. Se Sim, qual? *

6. Explica sempre ao cliente as escalas de avaliação de dor e valida a sua compreensão antes de as aplicar? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

7. Considera importante a recolha de outros dados para uma melhor compreensão do impato da dor na pessoa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Porquê? *

9. Considera que intervém de forma adequada nas seguintes situações? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Avaliação da dor (com escalas adequadas a cada situação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação de medidas farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação de medidas não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação do resultado das intervenções no alívio da dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação nos registos de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Que medidas sugere para a melhoria na abordagem ao cliente com dor na sua prática de cuidados? *

11. Considera importante implementar um projeto de melhoria no serviço sobre a intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

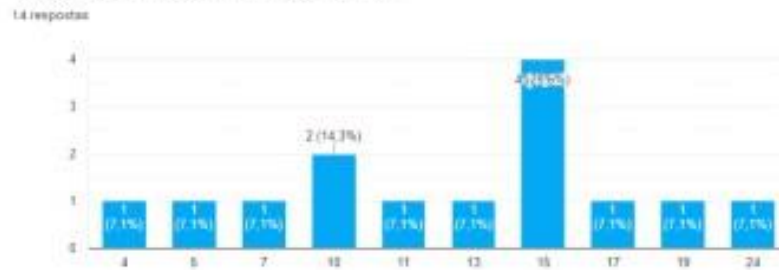
12. Justifique: *

Grata pela sua colaboração!

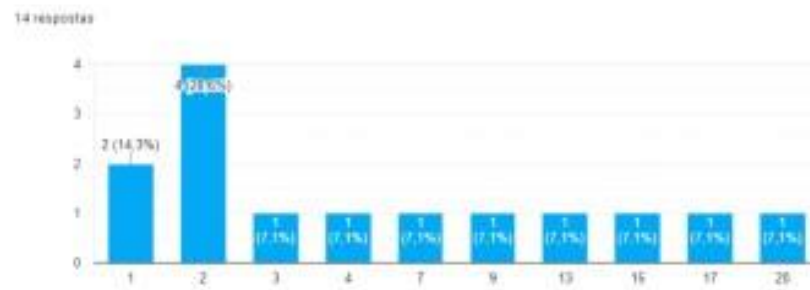
Apêndice II- Resultados do questionário de sondagem de opinião realizado junto da equipa de Enfermagem

RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS

1. Tempo de exercício profissional (anos completos)



2. Tempo de exercício profissional em oncologia (anos completos)

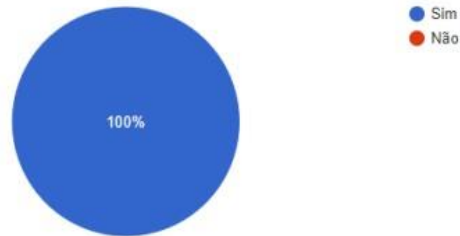


3. Como classifica a avaliação da dor na sua prática de cuidados quanto à sua importância?



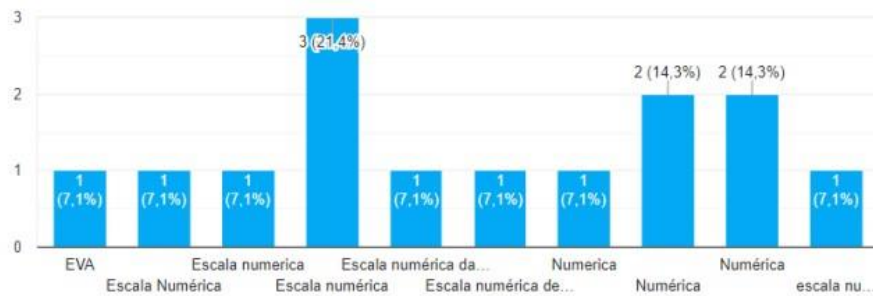
4. Na identificação da dor utiliza algum instrumento de avaliação (escala de avaliação da dor)?

14 respostas



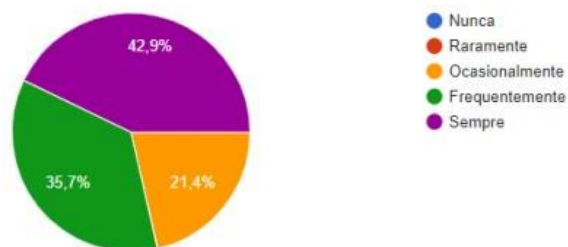
5. Se Sim, qual?

14 respostas

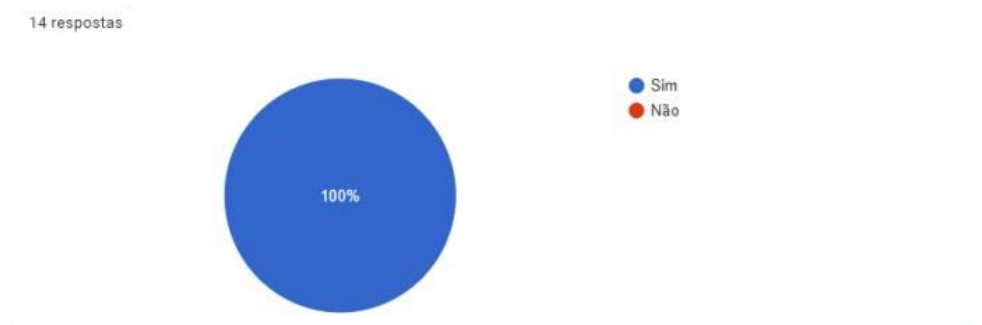


6. Explica sempre ao cliente as escalas de avaliação da dor e valida a sua compreensão antes de as aplicar?

14 respostas



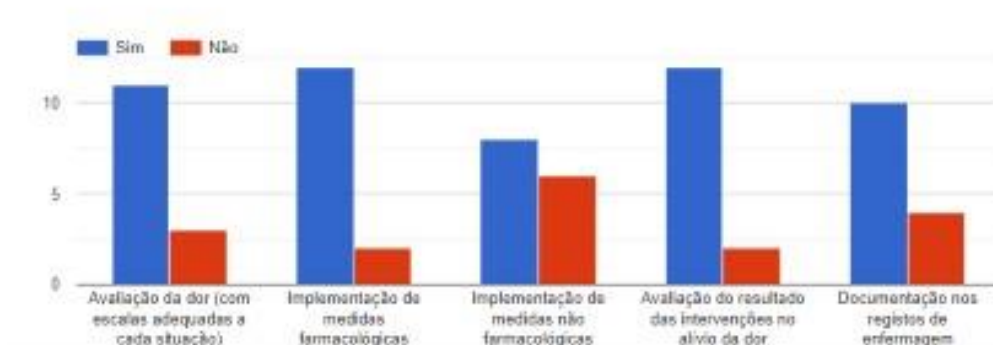
7. Considera importante a recolha de outros dados para uma melhor compreensão do impacto da dor na pessoa?



8. Porquê?

Categoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Impacto no bem-estar e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - "Porque a dor tem um impacto psicossocial importante"; - "Porque a dor tem impacto nas outras esferas do bem-estar e da qualidade de vida"; 	2
Conceito subjetivo e multidimensional	<ul style="list-style-type: none"> - "Porque para além da dor física poderá estar associado uma dor psicológica"; - "Porque os clientes com dor ou as pessoas no geral não estão familiarizados com o facto de quantificar um sintoma. A dor muitas vezes é inespecífica, tem várias componentes, Emocional, física."; - "Porque a dor é muito subjetiva/pessoal e pode ser/relacionada cm vários fatores"; - "Porque por vezes a dor não é só física mas também emocional/existencial"; - "porque a dor tem diversas origens, e às vezes chega gerir os cadeirões do serviço para aumentar o conforto de alguém"; 	5
Conhecimento da história de dor e melhor intervenção no seu controlo	<ul style="list-style-type: none"> - "É importante saber os fatores que desencadeiam e aliviam a dor, qual o tipo de dor, se a dor limita ou não as atividades de vida diárias"; - "Para perceber se coincide"; - "Para uma melhor compreensão da dor e, conseqüentemente, melhor atuação no alívio da dor"; - "Completar a informação (tipo de dor, irradiação, duração)"; - "Importância de perceber o tipo de dor, frequência, localização"; - "Porque permite uma avaliação mais completa e integral do doente"; - "Para melhorar a assistência ao cliente de uma forma global" 	7

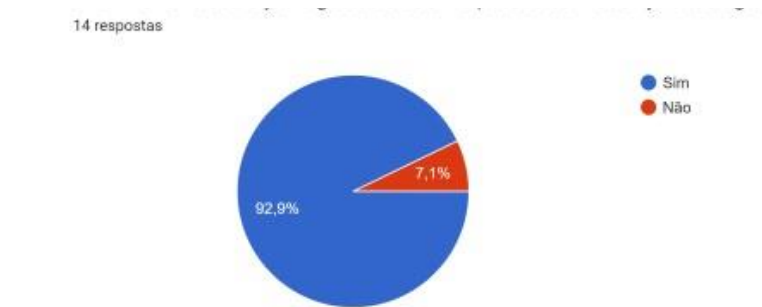
9. Considera que intervém de forma adequada nas seguintes situações?



10. Que medidas sugere para a melhoria na abordagem ao cliente com dor na sua prática de cuidados?

Categoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Melhor avaliação e articulação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - "Ter uma consulta da dor com enfermeiro de referências só para doentes oncológicos"; - "Melhor articulação com a equipa clínica; Maior vigilância do doente no Domicílio; Notificação de casos problemáticos"; - "Registo obrigatório"; - "Questionar a dor a todos os doentes e não apenas aos que a referem ou que apresentam fácies de dor/gemidos, explorar a componente mais emocional da dor"; - "A definição previa de protocolos de intervenção que permitam uma intervenção mais rápida"; 	5
Disponibilidade de tempo e recursos	<ul style="list-style-type: none"> - "Estabelecer uma relação terapêutica com o doente, melhorar a comunicação"; - "Mais disponibilidade para ouvir o doente"; - "Mais sensibilidade médica e mais horas de enfermagem" 	3
Implementação de medidas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> - "Desenvolver conhecimentos sobre mais medidas de conforto não farmacológicas"; - "Perceber que técnicas ou posicionamentos aliviam a dor"; - "Medidas não farmacológicas"; 	3
Acompanhamento do doente com dor	<ul style="list-style-type: none"> - "Intervenção precoce e acompanhamento com follow up"; - "Uma monitorização após implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas" 	2
Formação	<ul style="list-style-type: none"> - "Formação adequada" 	1

11. Considera importante implementar um projeto de melhoria no serviço sobre a intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica?



12. Justifique

Categoria	Unidade de registo	Frequência de participantes
Melhoria de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - “Porque permite fazer um acompanhamento com monitorização da dor e registo da dor e controlo sintomático em consulta de Enfermagem e acompanhamento em follow up telefónico”; - “Prestação de melhores cuidados”; - “O doente oncológico tem, muitas vezes, dor associada. Muitos dos doentes são encaminhados para os cuidados paliativos, onde creio haver uma boa gestão da dor. Nem todos os doentes têm esse encaminhamento, e como tal, se o enfermeiro fizer uma boa avaliação/registo da dor, talvez consigamos melhorar a nossa prática e desta forma, diminuir o impacto negativo que a dor pode causar quando não controlada”; - “Uma intervenção mais rápida e em função de uma avaliação completa permitirá uma intervenção mais eficaz por parte do enfermeiro e, consequentemente com mais ganhos para o doente”; - “Para a melhoria da qualidade dos cuidados”. 	5
Qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - “Melhorar a qualidade de vida dos doentes”; 	1
Uniformização de práticas	<ul style="list-style-type: none"> - “Importância de uma avaliação sistemática, rigorosa e contínua ao longo do tempo, que poderá ser facilitada e rotinada por toda a equipa se existir um projeto implementado neste sentido”; - “Intervenção uniforme da equipa de enfermagem”; 	2
Importância da valorização da dor	<ul style="list-style-type: none"> - “A dor nem sempre é valorizada nos doentes oncológicos e por vezes a dor limita as atividades de vida diária e nem sempre os doentes têm qualidade de vida”; - “Porque permite que os doentes tolerem melhor os tratamentos, consigam manter as suas atividades e tenham uma adesão aos cuidados de uma forma global”; - “A dor é um sintoma, um sinal que muitos doentes têm e muitas vezes pouco paliado”; - “Por ser uma temática que poucos de nós aprofundam na sua globalidade e por não avaliarmos, posteriormente, os resultados das nossas intervenções”; - “porque pela natureza do serviço, a dor é uma constante”; 	5
Não importante	<ul style="list-style-type: none"> - “Creio que a taxa de incidência de doentes com dor que recorrem ao nosso serviço é reduzida e que em muitas vezes se deve a não estar ainda a realizar analgesia muitas vezes já prescrita”. 	1

Apêndice III- Planejamento das atividades na Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD)

Local de estágio 1 Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD)		
Início: 11.10.2021	Duração: 6 semanas	Término: 19.11.2021
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica no âmbito da avaliação, alívio e controlo da dor e promoção do conforto.		
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Resultado
1.1- Descrever a dinâmica funcional e organizativa do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar da UMD; ▪ Consulta de documentos e protocolos no serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elabora um texto com a descrição estrutural, organizativa e funcional do serviço;
1.2- Identificar as necessidades da pessoa com dor nas dimensões física, psicoespíritual, ambiental e social;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro orientador; ▪ Realização da consulta de enfermagem a 3 doentes onde avalia e caracteriza a dor através da aplicação de instrumentos de avaliação; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre a fundamentação teórica dos diferentes instrumentos de avaliação de dor utilizados no serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elabora notas de campo das consultas em que participa com a história de dor, e os instrumentos que utilizou na avaliação e caracterização da dor; ✓ Realiza um manual de utilização dos instrumentos de avaliação da dor utilizados no serviço;
1.3- Identificar as práticas dos enfermeiros relativas às intervenções farmacológicas (IF) e não farmacológicas (INF) no alívio e controlo da dor da pessoa com doença oncológica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das IF e INF utilizadas pela equipa de enfermagem; ▪ Pesquisa bibliográfica das IF e INF utilizadas no alívio da dor em oncologia; ▪ Elaboração de uma grelha de observação com as IF e INF utilizadas no serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elabora uma grelha de observação com as IF utilizadas no serviço; ✓ Elabora uma grelha de observação com as INF ✓ Realiza uma revisão <i>scoping</i> sobre as IF e as INF utilizadas no alívio da dor em oncologia;
1.4- Identificar a evidência científica da massagem terapêutica enquanto INF no alívio da dor da pessoa com doença oncológica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão <i>scoping</i> sobre o papel do enfermeiro na utilização da massagem terapêutica como INF no alívio da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza uma revisão <i>scoping</i> que evidencie as indicações e efeitos da massagem terapêutica no alívio da dor;
Recursos: Humanos (Enfermeira-chefe; Enfermeira orientadora, Equipa multidisciplinar; Clientes de enfermagem)		
Materiais (Documentos do serviço, protocolos, normas, instrumentos de avaliação)		

Apêndice IV- Grelha de observação das intervenções farmacológicas no alívio da dor, utilizadas na UMD

Intervenções Farmacológicas (IF) no alívio da dor

Grelha de observação das IF utilizadas no serviço

Terapêutica farmacológica	Sim	Não	Observações
Não-Opióides	X		
AINE's	X		
Anticonvulsivantes	X		
Psicofármacos	X		
Corticóides	X		
Opióides fracos	X		
Opióides fortes	X		Via PO; Via TD
Relaxantes musculares	X		
Capsaicina 8%	X		Via TD
Lidocaína 2%	X		Via TD; Via IV
Técnicas invasivas²			
Infiltrações de pontos trigger		X	
Bloqueios do nervo supra-escapular;		X	
Bloqueio do supra-espinhoso;		x	
Bloqueios occipitais;		x	
Bloqueios intercostais;		x	
Bloqueios epidurais;		x	
Bloqueios neurolíticos do plexo sagrado;		x	
Analgesia intratecal (PCA)		x	
Colocação de cateteres epidurais		x	
Bloqueios do gânglio ímpar;			
Viscosuplementação articular com ácido hialurónico			

² Embora estas técnicas sejam feitas, ocasionalmente na Clínica de Dor, não foi possível observar nenhuma durante o período de estágio;

Apêndice V- Grelha de observação das intervenções não- farmacológicas no alívio da dor, utilizadas na UMD

Intervenções Não Farmacológicas (INF) no alívio da dor

Grelha de observação das INF utilizadas no serviço

Cognitivo-comportamentais	Sim	Não	Observações
Terapia cognitivo comportamental (TCC)		X	Realizadas em consulta de psicologia que não foi observada
Reestruturação Cognitiva		X	Realizadas em consulta de psicologia que não foi observada
Treino de habilidades de <i>coping</i>	X		
Relaxamento com imaginação		X	Realizadas em consulta de psicologia que não foi observada
Distração	X		
Físicas			
Aplicação de frio e calor	X		
Exercício		X	Realizados ensinamentos de promoção do exercício
Repouso	X		
Massagem		X	
Estimulação elétrica transcutânea (TENS)	X		
Suporte emocional			
Toque	X		
Conforto	X		
Escuta ativa	x		
Presença efetiva	x		

Apêndice VI- Manual de utilização dos Instrumentos de Avaliação de dor, utilizadas na UMD

Manual de utilização dos instrumentos de avaliação utilizados na Consulta de Dor

A **dor** pode ser definida como uma **experiência sensorial e emocional desagradável** associada a um dano real ou potencial do tecido e uma **experiência pessoal** influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020). É um dos sintomas mais comuns no doente oncológico e a sua prevalência aumenta com a progressão da doença (Júnior, Oliveira & Migowski, 2017). Pela sua persistência no tempo e pelo **efeito devastador** na qualidade de vida da pessoa, a dor é referida como um dos sintomas mais temidos pela pessoa com doença oncológica tratando-se de uma experiência **subjéctiva e multidimensional** que é vivenciada numa **dimensão física, psicológica, social e espiritual** (Diniz & Naves, 2017).

Atendendo à circular normativa da Direcção-Geral da Saúde (DGS) que instituiu a dor como **5º sinal vital**, a avaliação sistemática da presença de dor e da sua intensidade apresenta-se como um **direito das pessoas** e um **dever dos profissionais de saúde**. Desta forma, os profissionais de saúde e concretamente os enfermeiros devem conhecer os **instrumentos de avaliação** para medir a intensidade da dor sendo que a utilização das escalas de dor se reveste da maior importância ao atribuírem objectividade à experiência subjéctiva de dor (Oliveira, Sobrinho & Cunha, 2016).

Existem instrumentos de avaliação de dor **unidimensionais**, ou seja, avaliam apenas uma dimensão da dor- a intensidade; e **multidimensionais**- avaliam as dimensões sensitiva, emocional-afetiva e cognitiva-avaliativa da experiência da dor (Diniz et al, 2017).

A utilização de instrumentos de **autoavaliação** através do auto- relato da dor como fonte de informação deve ser privilegiada na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas, recorrendo-se à utilização dos

instrumentos de **heteroavaliação** nas situações em que a pessoa não consegue comunicar (OE, 2008).

A dor tem **impacto** na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de **qualidade de vida**. O reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga com frequência a uma **abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar**. (PENPCDor, 2013).

De seguida, apresentam-se as escalas de avaliação de dor e os instrumentos de avaliação mais utilizados pela equipa multidisciplinar no âmbito da Consulta de Dor praticada na (...)

Escala de Avaliação Numérica (EAN)

É uma escala de autoavaliação, que avalia todos os tipos de dor e pode ser aplicada a uma população com idade igual ou superior a 6 anos.

Consiste numa régua dividida em onze partes iguais numeradas sucessivamente de 0 a 10, podendo apresentar-se à pessoa na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que a pessoa faça a equivalência da intensidade da sua dor numa classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem dor” e 10 à classificação de “Dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pela pessoa é assinalada na folha de registo.

Pode ser utilizada sem instrumento físico (EAN verbal), desde que seja assegurada a compreensão da escala pela pessoa (Ritto & Rocha, 2017; DGS, 2003).

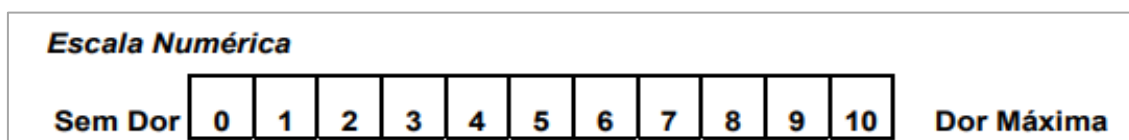


Figura 1- Escala de Avaliação Numérica

Escala Qualitativa

Consiste numa escala de autoavaliação, que avalia todos os tipos de dor e pode ser utilizada em população com idade igual ou superior a 4 anos. É sensível ao efeito de memória e os adjetivos a usar não reúnem consenso.

Pretende-se que a pessoa classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos; “Sem dor”, “Dor ligeira”, “Dor moderada”, “Dor intensa” ou “Dor máxima”.

A classificação qualitativa atribuída pela pessoa deve ser registada (Ritto et al, 2017; DGS, 2003).

Escala Qualitativa				
Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

Figura 2- Escala Qualitativa

Escala de Faces

Trata-se de uma escala de autoavaliação, que avalia todos os tipos de dor e pode ser utilizada em crianças com idade igual ou superior a 3 anos ou em adultos que não consigam avaliar a sua dor através de outra escala. Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor.

Na Escala de Faces é solicitado á pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor máxima”.

Regista-se o número equivalente à face selecionada pela pessoa (Ritto et al, 2017; DGS, 2003).

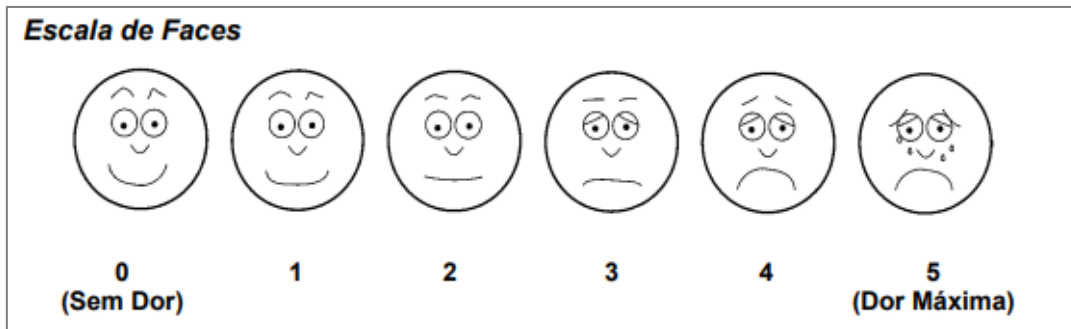


Figura 3- Escala de Faces

A escolha do instrumento de avaliação de dor deve ter em conta aspetos como a idade do doente, nível de escolarização/alfabetização, nível de compreensão cognitivo e capacidade de comunicar verbalmente.

Deve ser privilegiada, sempre que possível, a utilização do mesmo Instrumento ao longo da avaliação, de acordo com as características da pessoa a avaliar.

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

Validado a partir do *Brief Pain Inventory- short form* desenvolvido inicialmente por Cleeland em 1994, trata-se de um instrumento multidimensional de auto-avaliação. A sua versão abreviada é a mais utilizada na avaliação da dor crónica e pode ser utilizada em população com idade igual ou superior a 10 anos (Diniz et al, 2017). Trata-se de um instrumento com boas propriedades psicométricas, com crescente utilização no contexto clínico e de investigação que, embora mais moroso que as escalas anteriores, é de fácil aplicação.

É constituído por vários itens onde se inclui um diagrama corporal pedindo-se à pessoa que localize a sua dor nesse diagrama. Solicita-se ainda que faça a equivalência entre a intensidade (máxima, mínima e média) da sua dor e a classificação numérica entre 0 e 10, de acordo com a Escala Numérica, reportando-se à última semana e ao momento da avaliação Segue-se um item que identifica a terapêutica analgésica atual e a avaliação do alívio da dor com a medicação através de uma escala numérica entre 0 e 100%, sendo que 0 corresponde a "Nenhum alívio"

e 100% a “Alívio completo”. Segue-se a avaliação da interferência da dor nas atividades diárias, tais como Atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal, relação com outras pessoas sono e prazer de viver (Azevedo et al, 2007; Ritto et al, 2017).

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pouca importância, enxaquecas e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?
 _____ Sim _____ Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sentir dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.

3. Por favor, classifique a sua dor associando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor associando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor associando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **sem** médico.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor classifique a sua dor associando com um círculo o número que indica a **intensidade** da sua dor **neste preciso momento**.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a tomar para a sua dor?

8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinalar com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sente.
 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 Nenhum alívio Alívio completo

9. Assinalar com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua:

10. **Atividade geral**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

11. **Disposição**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

12. **Capacidade para andar a pé**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

13. **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

14. **Relação com outras pessoas**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

15. **Sono**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

16. **Prazer de viver**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interferiu completamente

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (BPI-Fort). Tradução, adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, com a assistência do ator Cláudio Chaves, PhD.

Figura 5- Inventário Resumido de Dor

Questionário Específico para Rastreo de Dor Neuropática-DN4

O *Douleur neuropathique 4 questions* (DN4) consiste num instrumento híbrido de avaliação da dor, com um grupo de questões de autoavaliação e um grupo de itens avaliados através do exame físico realizado pelo profissional de saúde.

É um instrumento cujo objetivo é o rastreo da Dor Neuropática, sendo de breve e fácil aplicação, que pode ser utilizado tanto por especialistas como por não especialistas.

É composto por 7 itens, avaliando-se as características que a dor apresenta- Queimadura, sensação de frio doloroso e choques elétricos; e outros sintomas que

a pessoa sente tais como, formigueiro, picadas, dormência e comichão. Os últimos itens são avaliados com o exame físico.

Em cada item atribui-se a pontuação de 1 se a resposta for positiva e 0 se for negativa com um score mínimo de zero e o máximo de 10. Valores iguais ou superiores a 4 sugere características de Dor Neuropática (Eckeli, Teixeira & Gouvêa, 2016; Ritto et al, 2017).

**QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE
DOR NEUROPÁTICA – DN4**

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
1 – Queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Sensação de frio doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Choques eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4 – Formigueiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Picadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Dormência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Comichão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8 – Hipoestesia ao tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Hipoestesia à picada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10 – Fricção leve (“brushing”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD.

Figura 6- Questionário Específico para o rastreio de Dor Neuropática- DN4

Para além da utilização de Instrumentos direcionados para a de Avaliação da Dor, são aplicados outros instrumentos- Termómetro do *Distress* e *Pain Catastrophizing Scale- PCS* (versão portuguesa) - que pretendem avaliar as várias dimensões afetadas pela dor na dimensão psicológica, social e espiritual.

Esta abordagem holística pretende identificar áreas potencialmente problemáticas que podem comprometer a adesão do processo terapêutico e propor um plano de intervenção que se mostre efetivo no controlo algico bem como na restauração da capacidade funcional e social, melhorando a qualidade de vida da pessoa com dor (Diniz et al, 2017).

Termómetro do *Distress*

O *distress* é definido como uma experiência emocional desagradável que pode ser causada por vários fatores, quer psicológicos, sociais ou espirituais, considerado uma resposta natural da pessoa que vivencia a doença e o seu tratamento.

Pode variar entre a perceção da própria vulnerabilidade, tristeza, medo do desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social.

Atendendo à importância da identificação destes sintomas, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) emana recomendações para que se sejam prestados os cuidados efetivos e adequados à avaliação e tratamento do *distress* em cada etapa da doença.


Por ser simples e fácil de utilizar a NCCN recomenda a ferramenta de avaliação denominada *Distress thermometer* (Termómetro do *Distress*), que tem por objetivo identificar o nível de angústia/sofrimento que a pessoa tem sentido na última semana, incluindo o dia da avaliação.

Varia entre 0 "sem *distress*" e 10 "*distress* extremo", identificando as possíveis causas de *distress* numa lista de problemas apresentada, cujas únicas possibilidades de resposta a serem assinaladas são "sim" e "não", entre os quais: problemas do dia-a-dia (cuidar dos filhos, tarefas domésticas, despesas de saúde, deslocações/transportes, trabalho/escola, económicos); problemas familiares (relação com os filhos, relação com o(a) parceiro(a)); problemas emocionais (depressão, medos/receios, nervosismo/ansiedade, tristeza, preocupação), problemas físicos (aparência física, tomar banho/vestir, dificuldade respiratórias, alterações urinárias, prisão de ventre, diarreia, apetite, cansaço/fadiga, inchaço,

febre, caminhar/vaguear, enfartamento, feridas na boca, náuseas, nariz congestionado, dores, problemas sexuais, pele seca/comichão, alterações do sono, formigueiros nas mão e pés); e aspetos religiosos (perda de fé, relação com Deus, perda de significado ou sentido de vida) (NCCN, 2021; Ownby, 2019).

Termómetro do Distress

Instruções:
Por favor, comece por colocar um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia / sofrimento (*distress*) que tem sentido na última semana, incluindo hoje.



A seguir, indique se algumas das questões seguintes tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

Problemas do dia-a-dia	sim	não	Problemas físicos	sim	não
Cuidar dos filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomar banho / vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despesas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deslocações / Transportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alterações urinárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho / Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas familiares			Cansaço / fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relação com os filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relação com o(a) parceiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Caminhar / Vaguear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionais			Enfartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medos / Receios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosismo / Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz congestionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pele seca / comichão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspectos Religiosos			Alterações do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de fé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formigueiros nas mãos e pés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relação com Deus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perda de significado ou sentido de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros problemas:		

Figura 7- Termómetro do Distress

Pain Catastrophizing Scale- PCS (versão portuguesa)

O conceito de catastrofização poderá ser traduzido para o português como desânimo e/ou pessimismo e tem sido definido como uma orientação negativa exagerada (conjunto de pensamentos, convicções ou perceções) no contexto da experiência da dor ou sua antecipação.

Está demonstrado que o desânimo e/ou pessimismo são um dos mais importantes determinantes psicológicos da experiência e resultados clínicos da dor, especialmente quando esta é crónica. A catastrofização da dor é caracterizada por

três componentes: a ruminação ou obsessão, caracterizada como uma tendência a se concentrar excessivamente nas sensações de dor por pensamentos repetitivos; a magnificação ou exagero na valorização da ameaça que esta representa e o desânimo ou desvalorização, quando a pessoa se percebe como sendo incapaz de controlar os sintomas de dor. A *Pain Catastrophizing Scale* (PCS)- Questionário de Catastrofização Associada à Dor- é um questionário de autoavaliação que inclui 13 itens que descrevem um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor. É solicitado à pessoa que se pretende avaliar que indique com que frequência apresenta esse tipo de pensamentos, percepções ou sentimentos, utilizando uma escala numérica de classificação de cinco pontos (de 0 a 4) (Azevedo et al, 2007; Baliza, Lopes & Dias, 2014).

Questionário de Catastrofização Associada à Dor (versão portuguesa do <i>Pain Catastrophizing Scale</i> - PCS)	
Data: ___/___/___	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"> Vinheta </div>

Toda a passa por situações de dor em momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando esta a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista de treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos ou sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

0- Nunca | 1- Ligeiramente | 2- Moderadamente | 3- Bastante | 4- Sempre

Quando estou com dores...

1	<input type="checkbox"/>	estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.
2	<input type="checkbox"/>	sinto que não consigo continuar.
3	<input type="checkbox"/>	é terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
4	<input type="checkbox"/>	É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
5	<input type="checkbox"/>	sinto que já não aguento mais.
6	<input type="checkbox"/>	fico com medo que a dor piore.
7	<input type="checkbox"/>	estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
8	<input type="checkbox"/>	quero ansiosamente que a dor desapareça.
9	<input type="checkbox"/>	não consigo deixar de pensar nisso.
10	<input type="checkbox"/>	estou sempre a pensar no quanto dói.
11	<input type="checkbox"/>	estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
12	<input type="checkbox"/>	não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
13	<input type="checkbox"/>	pergunto-me se poderá acontecer algo grave.

_____ Total

Versão portuguesa do questionário *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com autorização do autor Michael J.L. Sullivan, PhD

Figura 8- Questionário de Catastrofização associado à Dor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L F A; Pereira, AC; Dias, C; Agualusa, L; Lemos, L; Romão, J; Patto, T; Vaz-Serra, S; Abrunhosa, R; Carvalho, C J; Cativo, M C; Correia, D; Correia, J; Coucelo, G; Lopes, B C, Loureiro, M C; Silva, B; Castro-Lopes, J M. (2007)- Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. Ver DOR N°4. vol (15);
- Baliza, G. A.; Lopes, R., A.; Dias, R., C. (2014) - O Papel da Catastrofização da dor no prognóstico de idosos com osteoartrite de joelho: uma revisão crítica de literatura. Rev. Bras. Gerontológica. 17(2): 439-449;
- Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye´C Design Gráfico;
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº 9. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Eckeli, F., D.; Teixeira, R., A.; Gouvêa, Á., L.; (2016) - Neuropathic pain evaluation tools. Ver Dor. São Paulo. 17 (sup 1). 20-22;
- NCCN. National Comprehensive Cancer Network. (2021). Disponível em: https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf?sfvrsn=ef1df1a2_4
- Oliveira, A.L.; Sobrinho, N.P.; Cunha, B.A.S. (2016). Chronic cancer pain management by the Nursing team. Rev Dor. São Paulo vol 17 (3)
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: guia orientador de boa prática. Acedido a 30/06/2021. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ownby, K.,K. (2019)- Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. AdvancedPractitioner.com. Vol. (10). N° (2), 175-179
- PENPCDor (2013) - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde;

- Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R., Faustino, S., A. (2017) - Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye´C Design Gráfico

Apêndice VII- Revisão *Scoping*: "A massagem terapêutica como intervenção de enfermagem no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica

A massagem terapêutica como intervenção de enfermagem no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica: *Scoping Review*

Therapeutic massage as a nursing intervention to relieve pain and promote comfort for cancer patients: Scoping Review

Adelaide Catarina Rebelo Santos

Mestranda na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Oncológica- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)
Enfermeira no Hospital da Luz, Lisboa

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Doutora em Enfermagem Médico-cirúrgica, Universidade de Lisboa
Professora Adjunta da ESEL

RESUMO

Introdução: A dor é um dos sintomas mais temidos pela pessoa com doença oncológica podendo ser experienciada numa dimensão física, psicológica, social e espiritual. Para além da dor, a presença de outros sintomas físicos e/ou psicológicos relacionados quer com o cancro quer com os efeitos secundários dos tratamentos, podem ser encarados como sinais de desconforto. O enfermeiro assume um papel fundamental na identificação das necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica. A massagem é uma intervenção não farmacológica que pode ser implementada para o alívio de sintomas tais como dor, ansiedade, fadiga, depressão e *distress*. No entanto, a forma como os enfermeiros utilizam a massagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica é ainda pouco conhecida **Objetivo:** Mapear a evidência disponível sobre a aplicação da massagem pelos enfermeiros no alívio da dor e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica. **Método:** Realizou-se a revisão *scoping* segundo a metodologia proposta pela Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados CINHALL e MEDLINE sendo considerados estudos primários, qualitativos, quantitativos e mistos, onde tenha sido implementada a massagem para o alívio da dor e/ou outros sintomas relacionados com a doença oncológica e/ou tratamentos em adultos com doença oncológica, independentemente do tipo de cancro e do estadió da doença. **Resultados:** Foram incluídos sete estudos. A técnica de massagem mais utilizada pelos enfermeiros em contexto de ambulatório é a massagem das mãos e/ou pés. Os efeitos da intervenção são avaliados antes e após a massagem com recurso a instrumentos de avaliação tais como a Escala Numérica/qualitativa; ESAS e questionário de satisfação. **Conclusões:** A massagem é uma não invasiva e de baixo custo que pode ser facilmente implementada pelos enfermeiros no alívio dos sintomas físicos e psicológicos da pessoa com doença oncológica, tais como dor, fadiga, náusea, ansiedade e depressão contribuindo para a melhoria do conforto.

Palavras-chave: doente oncológico; terapias complementares; massagem; conforto; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Pain is one of the most feared symptoms by people with cancer and can be experienced in a physical, psychological, social and spiritual dimension. In addition to pain, the presence of other physical and/or psychological symptoms related to either the cancer or the side effects of treatments can be seen as signs of discomfort. Nurses play a fundamental role in identifying the comfort needs of people with cancer. Massage is a non-pharmacological intervention that can be implemented to relieve symptoms such as pain, anxiety, fatigue, depression and distress. However, little is known about how nurses use massage to promote comfort for people with cancer oncology. **Method:** A scoping review was carried out according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI). The research was carried out in the CINHALL and MEDLINE databases, being considered primary, qualitative, quantitative and mixed studies, where massage has been implemented to relieve pain and/or other symptoms related to the oncological disease and/or treatments in adults with oncological disease, regardless of the type of cancer and the stage of the disease. **Results:** Seven studies were included. The massage technique most used by nurses in an outpatient setting is hand and/or foot massage. The effects of the intervention are assessed before and after the massage using assessment instruments such as the Numerical/Qualitative Scale; ESAS and satisfaction questionnaire. **Conclusions:** Massage is a non-invasive and low-cost technique that can be easily implemented by nurses to relieve physical and psychological symptoms of people with cancer, such as pain, fatigue, nausea, anxiety and depression, contributing to improved comfort.

Keywords: cancer patient; complementary therapies; massage; comfort; nursing care

INTRODUÇÃO

Estima-se que em 2020 tenham ocorrido cerca de 19.3 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (WHO, 2021). A dor é um dos sintomas mais comuns nos doentes com cancro estando presente em 59% dos casos ao longo do tratamento, em 64% das pessoas com doença avançada e em 33% das pessoas após os tratamentos curativos (Swarm, Paice, & Anghelescu, 2019). A sua origem pode estar relacionada com o próprio tumor, com a presença de metástases ou pela combinação de diversos fatores como é o caso dos tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia (NCI, 2021).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial do tecido e uma experiência pessoal influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020). Pela sua persistência no tempo e pelo efeito devastador da qualidade de vida, a dor é referida como um dos sintomas mais temidos pela pessoa com doença oncológica e é vivenciada numa dimensão física, psicológica, social e espiritual e sentida como uma doença ou uma forma de sofrimento global assumindo o conceito de Dor Total (Diniz & Naves, 2017). Para além da dor, a presença de outros sintomas físicos e/ou psicológicos relacionados quer com o cancro quer com os efeitos secundários dos tratamentos tais como a fadiga, náusea, ansiedade e depressão, podem ser encarados como sinais de desconforto. Nesta perspetiva, é fundamental uma abordagem holística das necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica sendo que toda a equipa multidisciplinar deve assumir o compromisso de dar resposta a estas necessidades desde a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (Diniz et al, 2017).

O enfermeiro, que se encontra numa posição privilegiada pela proximidade de tempo e contacto com o doente e família, é “o profissional de saúde mais capacitado para promover e intervir no controlo da dor” (OE, 2016, p.2) e, por conseguinte, na promoção do conforto.

Tendo por base a Teoria de Kolcaba, o conforto é uma necessidade básica da pessoa humana e o resultado imediato e desejável de todo o cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003). Nesta perspetiva, o enfermeiro identifica as necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica, planifica e implementa as intervenções e deve avaliar se as suas intervenções foram ou não promotoras de conforto (Cardoso, Souza, Caldas & Bitencourt, 2020; OE, 2011).

Sabe-se que a utilização de técnicas farmacológicas em conjunto com as não farmacológicas torna mais eficaz o controlo da dor, sendo a massagem uma

intervenção não farmacológica que pode ser utilizada pelos enfermeiros no controlo da dor e na promoção do conforto (Mardaneh, Jenabian & Moghaddam, 2021). A evidência científica comprova os efeitos positivos da massagem e os seus benefícios na redução dos sintomas relacionados com a doença oncológica, tais como ansiedade, fadiga, depressão e *distress* (Galamaga & Cristian, 2021), bem como na redução da dor crónica (Crawford, Boyd & Paat, 2016) sendo que a sua utilização melhora a qualidade de vida dos doentes com cancro e promove uma sensação de bem-estar e conforto (Mardaneh et al, 2021).

Nas últimas décadas a procura por terapias complementares tem vindo a aumentar sendo a massagem uma das modalidades mais procuradas pelas pessoas com cancro (Armstrong, Júnior, Anderson & Patricolo, 2018) no sentido de minimizar ou prevenir os sintomas provocados pela doença e tratamentos (Keene, Heslop, Sabesan & Glass, 2019).

Assim, torna-se pertinente a realização desta revisão *scoping*, cujo objetivo principal é mapear a evidência disponível sobre a aplicação da massagem pelos enfermeiros no alívio da dor e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica. As questões que motivaram a realização desta revisão foram:

- De que forma os enfermeiros utilizam a massagem como intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica?
- Como avaliam os resultados da sua intervenção?

MÉTODO DE REVISÃO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A definição dos critérios de inclusão da revisão *scoping*, seguiu as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) utilizando-se a estratégia mnemónica “PCC” com os seguintes elementos constituintes:

População: esta revisão *scoping* irá considerar estudos que incluam adultos, em qualquer fase da doença oncológica, independentemente do tipo de cancro e do estadio em que se encontram;

Conceito: serão considerados todos os estudos onde se utilize a massagem para o alívio da dor e/ou de outros sintomas relacionados com a doença oncológica e/ou tratamentos que possam contribuir para o conforto;

Contexto: serão incluídos todos os estudos em que a massagem tenha sido implementada e avaliada pelas equipas de saúde, em contexto de ambulatório ou internamento, em que esteja presente o enfermeiro.

TIPOS DE FONTES

Esta revisão *scoping* irá considerar estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos, publicados entre 2015 e 2021, em inglês e português cujo texto integral esteja acessível. Poderão ser incluídos estudos provenientes de literatura cinzenta.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi conduzida nas bases de dados eletrónicas *CINAHL* e *MEDLINE*, via *EBSCOhost*, entre outubro de 2021 e dezembro de 2021.

A estratégia de pesquisa foi elaborada em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, utilizando-se os termos em linguagem natural o que permitiu identificar estudos relacionados com a problemática abordada. Na segunda etapa foram utilizadas as palavras-chave e os termos provenientes das leituras dos títulos e resumos dos estudos identificados. Na terceira etapa foi realizada a pesquisa na base de dados *MEDLINE* e *CINAHL* com os termos mais utilizados em linguagem natural e com os termos indexados através da opção *Medical Subject Headings (MESH)*.

Os operadores *booleanos OR* e *AND*, foram utilizados para obter combinações aditiva e restritiva, respetivamente, de acordo com a seguinte ordem: **S1** Adult; **S2** cancer patient; **S3** “massage” OR massage therapy OR oncology massage; **S4** complementary therapies OR integrative oncology; **S5** “Inpatientes” OR “Outpatients”; **S6** “Comfort” OR comfort care; **S7** “Oncologic Nursing” OR “Nursing Care”; **S8** “Cancer Pain” OR “Chronic Pain”; **S9** adult OR cancer Patient; **S10** S3 OR S4; **S11** S5 OR S6 OR S7 OR S8; **S12** S9 AND S10 AND S11.

RESULTADOS

A seleção dos estudos foi realizada de acordo com fluxograma PRISMA-ScR, apresentado na Figura 1. Após a aplicação dos limitadores *Full Text*, data de publicação entre 2015 e 2021 e restrição da linguagem em português e inglês, foi obtido um total de 440 estudos-*MEDLINE* (241 estudos) *CINAHL* (199 estudos). Foram removidos 18 estudos que se encontravam duplicados nas bases de dados. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos 405 estudos. Dos 17 artigos elegidos para leitura integral foram excluídos 10 por não indicarem a presença do enfermeiro durante a intervenção e por não especificarem o instrumento de avaliação utilizado. Foram incluídos na Revisão *Scoping* 7 estudos para análise e discussão dos resultados.

A data de publicação dos sete artigos incluídos na revisão *scoping* varia entre 2016 e 2019 e todos foram publicados em inglês embora conduzidos em diferentes países. Trata-se de três estudos quantitativos, dois quasi-

experimentais, um estudo clínico randomizado e um estudo qualitativo.

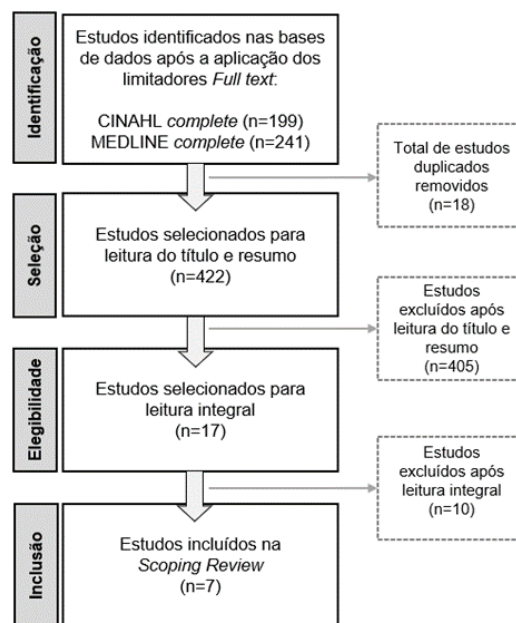


Figura 1. - Fluxograma PRISMA ScR para seleção dos estudos

Quanto aos participantes dos estudos, verificou-se que cinco se referem apenas a doentes com cancro e dois incluem para além dos doentes com cancro outros participantes, nomeadamente cuidadores e enfermeiros. Os estudos analisados referem-se à utilização de técnicas da massagem nas mãos e/ou pés, corpo inteiro e um refere-se a técnicas de reflexologia podal. Observou-se que cinco estudos pretendiam avaliar o efeito da massagem na dor e outros sintomas relacionados com os tratamentos e a doença oncológica, um procurou avaliar o impacto da massagem na relação enfermeiro-doente, no nível de conforto, ansiedade e stress percebidos pelos doentes e um explorar em particular a experiência da massagem com aromaterapia quanto aos seus benefícios e efeitos adversos nos doentes com cancro. Salienta-se que todos os sete estudos incluídos nesta revisão *scoping* utilizaram instrumentos de avaliação antes e após a intervenção, nomeadamente a Escala Visual Analógica (VAS), Escala Numérica, *EORTC QLQ CR29*, *EORTC QLQ C30*, *Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*, Escala *Wong-Baker* e Questionários de Satisfação. A análise das principais características e dos resultados de cada estudo são apresentados em Anexo no Quadro 1.

DISCUSSÃO

O interesse e a investigação na área das terapias complementares têm vindo a aumentar levando à sua integração nos grandes Centros de Oncologia baseados na Oncologia Integrativa (Latte-Naor & Mao, 2019). A massagem é uma das modalidades mais procuradas pelas pessoas com doença oncológica (Uysal, Kutluturkan & Ugur, 2016) pelos seus benefícios não só no alívio da dor crónica, mas também na redução dos sintomas e efeitos secundários relacionados com os tratamentos como a quimioterapia (Lopez, Liu, Milbury, Spelman, Wei, Bruera, 2017). Esses sintomas incluem a náusea, vômitos, ansiedade, dor, fadiga, distúrbios do humor, insónia e até depressão (Kuon, Wannier, Harrison & Tague, 2019) sendo a massagem uma intervenção que pode ser utilizada pelos enfermeiros numa abordagem holística nas necessidades da pessoa com cancro (Robison & Smith, 2016). Quatro estudos analisados nesta revisão *scoping* evidenciam a aplicabilidade e a eficácia da utilização de algumas técnicas de massagem durante a realização dos tratamentos de quimioterapia em regime de ambulatório.

As técnicas de massagem mais utilizadas foram a massagem das mãos e/ou pés, sendo que um estudo demonstrou que a implementação de uma massagem de mãos durante 20 minutos antes da quimioterapia teve efeitos significativos na melhoria dos sintomas tais como fadiga, ansiedade, desconforto muscular, nervosismo, *stress*, alegria, energia, relaxamento, calma e bem-estar emocional (Cutshall, Mahapatra, Hynes, Van Rooy, Looker, Ghosh et al, 2017). Um outro estudo evidenciou que quer a utilização da massagem clássica nos pés durante 20 minutos quer a reflexologia podal durante 10 minutos, duas vezes por semana contribuíram para uma redução da intensidade da dor, distensão e do nível de fadiga em doentes com cancro colorretal sob quimioterapia contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (Uysal et al, 2016).

Um dos estudos analisados procurou avaliar o impacto da massagem das mãos na relação enfermeiro-doente e a melhoria da experiência do doente ao nível do conforto, satisfação, ansiedade e stress. Para tal, foi implementado um programa de intervenção onde enfermeiros receberam treino específico, informação verbal e escrita sobre técnicas de massagem das mãos e sugestões quanto à pressão a utilizar durante a intervenção. Os resultados sugerem que os doentes que receberam massagem das mãos reportaram melhoria nos níveis de conforto e que todos os enfermeiros envolvidos na intervenção concordaram fortemente que a massagem das mãos foi benéfica para os doentes (Braithwait & Ringdahl, 2017). Os resultados deste estudo corroboram os fundamentos da Teoria de Kolcaba e o seu modelo conceptual do conforto que defende que os enfermeiros podem promover o conforto através do toque intencional sob a forma de massagem das mãos (Kolcaba, Dowd, Steiner, & Mitzel, 2004).

Outro dos estudos incluídos nesta revisão avaliou o impacto da massagem em doentes com doença maligna hematológica durante o internamento para transplante de medula óssea (Kuon et al, 2019). Durante um período de 11.5 meses, 109 doentes receberam 142 massagens, sendo que alguns participantes receberam mais que 1 massagem. Foi aplicada uma massagem sueca durante 20-30 minutos, 1 vez por semana em áreas que incluíam tórax posterior, cervical pescoço e membros inferiores. Foram aplicados questionários pré e pós intervenção no sentido de avaliar as alterações nos sintomas tais como ansiedade, *distress*, fadiga, náusea, dor, tensão e qualidade do sono. Os resultados indicam uma redução estatisticamente significativa da ansiedade, *distress* e fadiga reportados pelos doentes após a massagem. Houve ainda uma diminuição da náusea e dor após a massagem, mas sem significado estatístico. Quanto à qualidade do sono 73% dos doentes reportaram como “melhor” ou “muito melhor” a qualidade do sono nas noites seguintes à massagem (Kuon et al, 2019).

Todos os estudos analisados nesta revisão *scoping* corroboram achados de estudos prévios acerca dos benefícios da massagem na gestão dos sintomas físicos e psicológicos decorrentes da doença oncológica. Não foram identificados efeitos adversos decorrentes da massagem nos doentes sob tratamento de quimioterapia o que sugere que a massagem é uma intervenção segura nestes doentes desde que salvaguardadas as adaptações necessárias quanto ao local a massajar e pressão durante o procedimento (Robison et al, 2016).

LIMITAÇÕES

Como limitações deste estudo aponta-se o facto de só terem sido considerados estudos primários em português e inglês e a pesquisa efetuada em apenas duas bases de dados. Será pertinente em pesquisas futuras alargar os critérios de pesquisa de forma a aumentar a evidência disponível. A presença do enfermeiro na intervenção como critério de inclusão pode também ter sido limitadora dos resultados, uma vez que muitos estudos publicados na área das terapias complementares onde se inclui a massagem é realizada por terapeutas especializados fora do contexto dos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

A massagem terapêutica é uma intervenção não farmacológica, não invasiva, de baixo custo e que pode ser facilmente aplicada pelos enfermeiros não só no alívio da dor, mas também na gestão dos sintomas físicos e psicológicos mais frequentes na pessoa com doença oncológica, tais como fadiga, náusea, ansiedade e depressão. Os resultados desta revisão *scoping* permitiram identificar quais as técnicas de massagem mais utilizadas pelos enfermeiros em contexto de

cuidados à pessoa com doença oncológica e de que forma pode ser implementado um programa de massagem durante a realização de quimioterapia. Para além disso, permitiu identificar quais os instrumentos de avaliação mais utilizados para avaliar os resultados da massagem e os aspetos que os doentes reconheceram como positivos e benéficos durante a intervenção. Os enfermeiros assumem um papel fundamental na avaliação das necessidades de conforto e na identificação dos efeitos secundários que resultam da experiência da doença oncológica. A massagem pode ser utilizada em complementaridade com as intervenções convencionais de forma a reduzir o impacto negativo desses efeitos ou sintomas na qualidade de vida da pessoa com cancro e das suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Armstrong, K.; Lanni Jr, T.; Anderson, M.M.; Patricolo, G.E. (2018) - Integrative Medicine and the Oncology Patient: options and benefits. *Supportive Care in Cancer*. Vol (26). 2267-2273. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4007-y>;
- Braithwaite, C. M.; Ringdahl, D. (2017) - Nurse-administered Hand Massage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol(21). n(4). 87-92;
- Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20066. doi:10.12707/RV20066;
- Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E., Zhang, W., & Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the General Population. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 17(7), 1353–1375. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw099>;
- Custshall, S. M.; Mahapatra, S.; Hynes, R.S.; Van Rooy, K.M.; Looker, S.A.; Ghosh, A.; Scheck, C.D.; Bauer, B.A.; Wahner-Roedler, D.L. (2017) - Hand Massage for Cancer patients undergoing Chemotherapy as Outpatients: a Pilot Study. *Explore*. Vol (13). No (6). <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.007>;
- Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Eye’C Design Gráfico;
- Galamaga, K.M.; Cristian, A. (2021) - Oncology Massage Therapy in Breast and Gynecologic Cancers. In Cristian. A (2021) - *Breast Cancer and Gynecologic Cancer Rehabilitation*. 1ªed. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-72166-0.00026-8>;
- IASP (2020). International Association for the Study of pain. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>;
- Keene, M. R., Heslop, I. M., Sabesan, S. S., & Glass, B. D. (2019). Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 35, 33–47. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.004>;
- Kolcaba K. (2003) *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, NY: Springer;
- Kolcaba, K.; Dowd, T.; Steiner, R. & Mitzel, A. (2004) - Efficacy of hand massage for enhancing the Comfort of hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6. 91-102. <https://doi.org/10.1097/00129191-200404000-00012>;
- Kuon, C.; Wannier, R.; Harrison, J.; Tague, C. (2019) - Massage for Symptom Management in Adult Inpatients With Hematologic Malignancies. *Global Advances in Health and Medicine*. Vol (8). 1-6;
- Latte-Naor, S.; Mao, J. (2019) - Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *Journal of Oncology Practice*. Vol (15). <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00554>;
- Lopez, G., Liu, W., Milbury, K., Spelman, A., Wei, Q., Bruera, E., Cohen, L. (2017)- The effects of Oncology massage on symptom self-report for cancer patients and their caregivers. *Support Care Cancer*. Springer.25: 3645-3650. Doi: 10.1007/s00520-017-3784-7;
- Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Nursing and Midwifery Studies*. 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer nº 18/2011. “Quais são as terapias que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseadas na CIPE?” Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer nº 04/2016. “Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na Unidade de Dor Crónica”. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2_016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf;
- Robison, J.G., Smith, C., L. (2016) - Therapeutic Massage During Chemotherapy and/or Biotherapy Infusions: Patient perceptions of pain, fatigue, nausea, anxiety and satisfaction. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol 20 (2);
- Swarm, R. A., Paice, J. A., Anghelescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., et al (2019). Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw*, 17(8), 977-1007. Retrieved Aug 30, 2021, from <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/8/article-p977.xml>;
- Uysal, N.; Kutluturkan, S.; Ugur, I. (2017) - Effects of foot massage applied two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: randomized control trial. *International Journal of Nursing Practice*. 23. <https://doi.org/10.1111/ijn.12532>;
- WHO (2021) World Health Organization. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>

Anexo: Resumo das principais características dos estudos incluídos na revisão scoping

Autor, ano:	Robison & Smith, 2016
Título:	<i>Therapeutic Massage During Chemotherapy and /or Biotherapy Infusions: Patient perceptions of pain, fatigue, nausea, anxiety and satisfaction</i>
Estudo:	Estudo quantitativo
Amostra:	58 doentes com cancro sob quimioterapia e/ou imunoterapia
Objetivo:	Avaliar o efeito da massagem (mãos e/ou pés) durante a quimioterapia ou imunoterapia na dor, fadiga, ansiedade, náusea e satisfação.
Procedimento	Aplicação de massagem – mãos e/ou pés durante 20 minutos a doentes elegíveis durante os tratamentos de quimioterapia e/ou imunoterapia
Instrumento Avaliação:	Escala Visual analógica (VAS)
Resultados	Houve uma redução estatisticamente significativa na dor, fadiga, náusea e ansiedade após a intervenção da massagem e foram reportados altos níveis de satisfação após a intervenção. Foi ainda referida uma diminuição da dor neuropática em 2 doentes.

Autor, ano:	Uysal, Kutlurkan & Ugur, 2017
Título:	<i>Effects of foot massage applied in two diferente methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomised control trial</i>
Estudo:	Estudo clínico randomizado
Amostra:	60 doentes com cancro colorretal sob quimioterapia e/ou radioterapia distribuídos em 3 grupos
Objetivo:	Determinar o efeito de 2 métodos de massagem nos pés (massagem clássica e reflexologia) no controlo de sintomas.
Procedimento	Um grupo foi sujeito a massagem clássica nos pés, com utilização de técnicas de <i>effleurage</i> , <i>petrissage</i> , fricção e vibração, aplicada durante 10 minutos em cada um dos pés; outro grupo foi sujeito a reflexologia podal, com a aplicação de pressão em pontos reflexivos específicos para reduzir os sintomas, durante 10 minutos no pé esquerdo e 20 minutos no pé direito; e o terceiro grupo como grupo de controlo. A todos os doentes foram prestados os cuidados clínicos de rotina. A intervenção foi realizada pelo mesmo investigador durante 5 semanas, 2 vezes por semana com intervalo mínimo de 1 dia.
Instrumento Avaliação:	Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE); EORTC QLQ CR29; EORTC QLQ C30
Resultados	Verificou-se a redução da dor e da distensão abdominal no grupo sujeito a massagem clássica comparativamente ao grupo de controlo. No grupo sujeito a reflexologia verificou-se uma redução dos níveis de dor e fadiga comparativamente ao grupo de controlo. Não houve diferenças significativas na náusea. Vômitos, obstipação, diarreia, e proctite nos grupos sujeitos a intervenção comparativamente com o grupo de controlo.

Autor, ano:	Lopez, Liu, Milbury, Spelman, Wei, Bruera & Cohen, 2017
Título:	<i>The effects of Oncology massage on symptom self-report for cancer patients and their caregivers</i>
Estudo:	Estudo quantitativo
Amostra:	343 doentes com cancro; 87 cuidadores
Objetivo:	Examinar os efeitos de uma sessão de massagem nos sintomas reportados pelos doentes com cancro e seus cuidadores. Examinar se a duração da massagem (30' vs 60') está associado a diferenças significativas nos scores dos sintomas reportados.
Procedimento	Foi aplicada uma sessão de massagem, utilizando as técnicas da massagem sueca, a 519 doentes oncológicos e 138 cuidadores. A duração da massagem (30 ou 60 minutos) foi escolha dos doentes e/ou dos cuidadores. Foi solicitado o preenchimento da escala ESAS antes e após a intervenção avaliando a intensidade dos sintomas como: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar, falta de ar e insónia e ainda um item adicional para o distress espiritual. Da amostra inicial apenas foram avaliados os dados relativos a 168 doentes e 40 cuidadores que realizaram o preenchimento completo da escala ESAS pré e pós massagem.
Instrumento Avaliação:	<i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS); ESAS subscales: *Global Distress (GDS); *Physical Distress (PHS); *Psychological distress (PSS)</i>
Resultados	Inicialmente, os sintomas com maior intensidade nos doentes foram a insónia (4.22), fadiga (3.57) e dor (2.94) e nos cuidadores foram a insónia (3.77), sensação de bem-estar (3.01) e dor (2.59). Os resultados sugerem que houve uma melhora estatisticamente significativa na dor, fadiga, ansiedade, bem-estar, sono e distress reportados pelos doentes. Nos cuidadores a massagem diminuiu significativamente a intensidade de sintomas tais como dor, fadiga, insónia, depressão, ansiedade, sonolência e sensação de mal-estar. Não houve diferenças significativas na duração da massagem (30' ou 60') na intensidade dos sintomas reportados pós massagem.

Autor, ano:	Custshall, Mahapatra, Hynes, Van Rooy, Looker, Ghosh, et al, 2017
Título:	<i>Hand massage for cancer patients undergoing chemotherapy as outpatients: a pilot study</i>
Estudo:	Estudo quasi-experimental
Amostra:	40 doentes com cancro sob quimioterapia
Objetivo:	Avaliar a viabilidade da introdução da massagem das mãos numa Unidade ambulatorial de quimioterapia. Avaliar o efeito da massagem das mãos nos sintomas experienciados pelos doentes com cancro e a satisfação dos doentes com a intervenção
Procedimento	Foi aplicada uma sessão de massagem das mãos durante 20 minutos antes da quimioterapia. Todos os participantes preencheram em formato de papel a Escala Visual Analógica (de 0-10) avaliando antes e após a intensidade dos seguintes sintomas: dor, fadiga, ansiedade, desconforto muscular, nervosismo e stress; e sensações tais como felicidade, energia, relaxamento, calma e bem-estar emocional. Após a massagem foi solicitado o preenchimento de um questionário de satisfação. O efeito da massagem das mãos foi avaliado comparando as pontuações antes e após a intervenção dos sintomas e sensações reportados na VAS
Instrumento Avaliação:	Escala Visual analógica (VAS); Questionário de satisfação;
Resultados	Verificou-se uma melhoria significativa da fadiga, ansiedade, desconforto muscular, nervosismo, stress, felicidade, energia, relaxamento, calma e bem-estar emocional após a massagem das mãos, indicada pelas pontuações na VAS. Houve também uma melhoria na dor, mas sem significado estatístico. Todos os participantes mencionaram que estavam satisfeitos com a massagem das mãos e que a recomendariam a outros doentes. 92.5% dos participantes mostraram interesse em receber uma nova massagem de mãos durante os seguintes tratamentos de quimioterapia
Autor, ano:	Braithwaite & Ringdahl, 2017
Título:	<i>Nurse-Administered Hand massage. Integration into na infusion suite's standard of care</i>
Estudo:	Estudo quasi-experimental
Amostra:	43 doentes sob quimioterapia; 18 enfermeiros
Objetivo:	Avaliar o impacto da massagem das mãos na relação enfermeiro-doente e a melhoria da experiência do doente ao nível do conforto, satisfação, ansiedade e stress.
Procedimento	Foi constituído 1 grupo com 43 doentes que para além dos cuidados de enfermagem habituais receberam uma massagem de mão durante 5-10 minutos durante a infusão que quimioterapia. Foi ainda constituído um grupo de 18 enfermeiros que receberam formação específica de massagem das mãos para avaliar o impacto da massagem na relação enfermeiro-doente
Instrumento Avaliação:	Escala Likert apresentada no seguinte formato (1- discordo totalmente; 4- concordo totalmente)
Resultados	Os doentes que receberam massagem das mãos apresentaram uma melhoria estatisticamente significativa quanto ao conforto comparativamente com o grupo que não recebeu massagem. Verificou-se ainda uma tendência positiva em todos os indicadores nos questionários pré e pós implementação da massagem. Após a implementação da massagem das mãos todos os enfermeiros que participaram no projeto concordaram ou concordaram totalmente que a massagem das mãos foi benéfica para os doentes.
Autor, ano:	Kuon, Wannier, Harrison & Tague, 2019
Título:	<i>Massage for Symptom management in Adult inpatients with Hematologic malignancies</i>
Estudo:	Estudo quantitativo
Amostra:	109 doentes com doença hematológica maligna, internados para transplante de medula óssea.
Objetivo:	Avaliar o impacto da massagem na gestão dos sintomas em adultos com doença maligna hematológica, durante o internamento para transplante de medula óssea.
Procedimento	Durante um período de 11.5 meses, 109 doentes receberam 142 massagens, sendo que alguns participantes receberam mais que 1 massagem. Foi aplicada uma massagem sueca durante 20-30 minutos, 1 vez por semana em áreas que incluíam costas, pescoço e pernas. Foram aplicados questionários pré e pós intervenção no sentido de avaliar sintomas tais como ansiedade, distress, fadiga, náusea, dor, tensão e qualidade do sono. O sono foi analisado separadamente dos outros 6 sintomas uma vez que só foi avaliado no dia seguinte à massagem.
Instrumento Avaliação:	Escala Wong-Baker (0-10): Escala Likert para avaliar o sono apresentada no seguinte formato:(1) pior, (2) igual, (3) melhor (4) muito melhor;
Resultados	Foram analisados 134 questionários que se encontravam completos e que apresentavam dados pré e pós massagem. Os resultados indicam uma redução estatisticamente significante da ansiedade, distress e fadiga reportados pelos doentes após a massagem. Houve ainda uma diminuição da náusea e dor após a massagem, mas sem significado estatístico. Quanto à qualidade do sono apenas

22 questionários se encontravam preenchidos. Destes, 73% dos doentes reportaram como “melhor” ou “muito melhor” a qualidade do sono nas noites seguintes à massagem.

Autor, ano:	Ho, Kwong, Wan, Ho & Chow, 2017
Título:	<i>Experiences of aromatherapy massage among adult female cancer patients: a qualitative study</i>
Estudo:	Estudo qualitativo
Amostra:	50 doentes do sexo feminino com cancro
Objetivo:	Explorar a experiência da massagem com aromoterapia e analisar os benefícios e efeitos adversos da massagem com aromoterapia em mulheres adultas com cancro.
Procedimento	As participantes receberam uma massagem sueca ou tradicional de corpo inteiro por um enfermeiro com mais de 30 anos de experiência e com formação em aromoterapia. Foram massajadas áreas específicas de acordo com as necessidades individuais de cada participante e atendendo à sua condição clínica. No final da intervenção, todas as participantes concordaram em realizar uma entrevista semi-estruturada.
Instrumento Avaliação:	Entrevista semi-estruturada
Resultados	Todas as participantes revelaram que a massagem com aromoterapia foi uma experiência positiva. Os benefícios da massagem com aromoterapia incluem a percepção da dimensão física e psicológica tais como conforto geral, relaxamento, redução da dor, tensão muscular, linfaedema e dormência; melhoria no sono nível de energia, apetite e humor. Não foram reportados efeitos adversos da massagem com aromoterapia pelas participantes.

Quadro 1- Resumo das principais características dos estudos incluídos na revisão scoping

Apêndice VIII- Planeamento das atividades a realizar numa Unidade de Tratamento de Dor (UTD)

Local de estágio 2
Unidade Tratamento de Dor

Início: 22.11.2021

Duração: 1 semana

Término: 26.11.2021

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica no âmbito da avaliação, alívio e controlo da dor e promoção do conforto, através da massagem terapêutica.

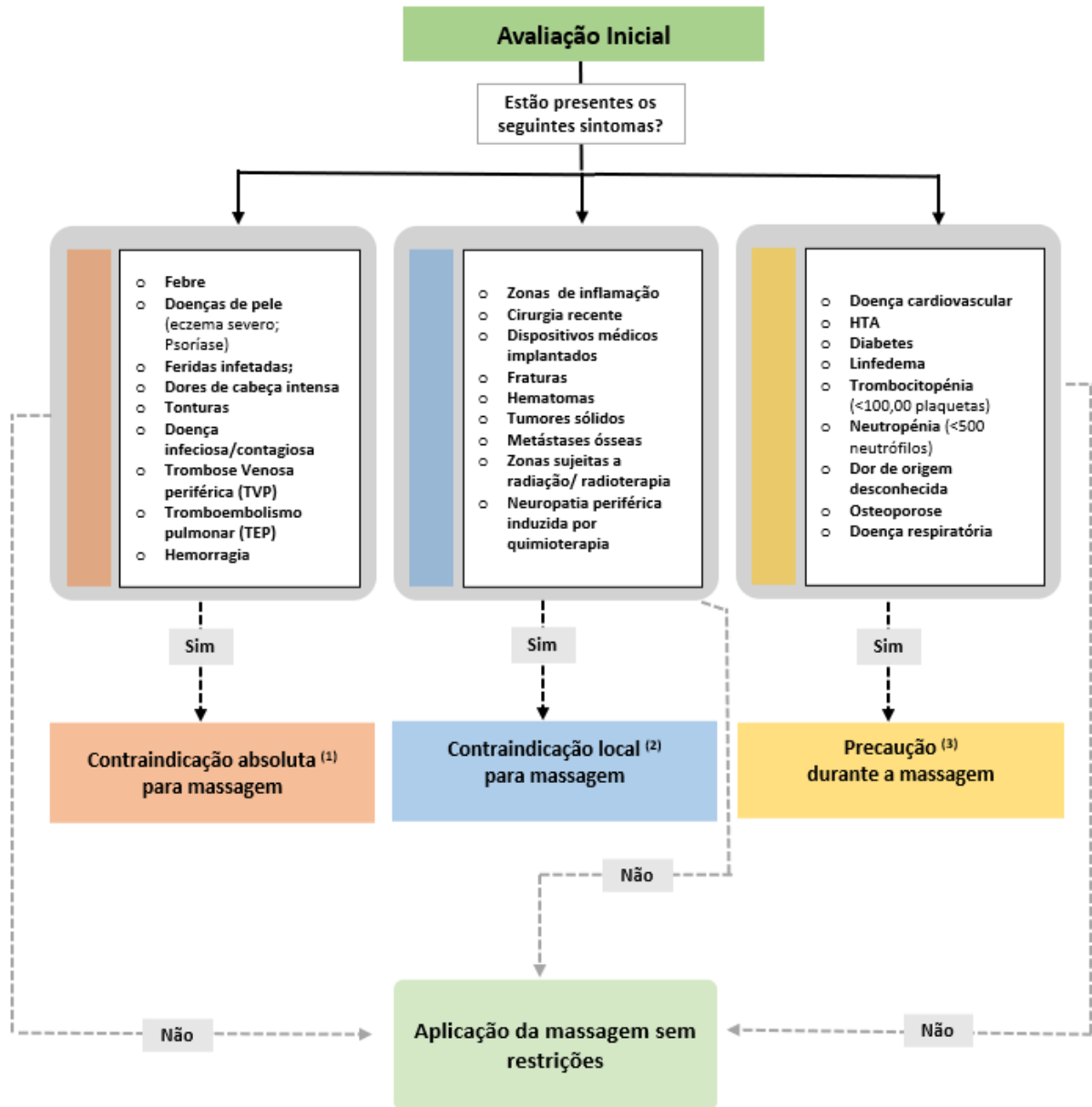
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Resultado
2.1- Identificar os requisitos necessários para a integração da massagem terapêutica no plano de cuidados da pessoa com dor;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões informais com os enfermeiros que integram o Grupo de Terapias Não farmacológicas; ▪ Observação das consultas de enfermagem em que é realizada a massagem terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elabora um algoritmo de decisão para a inclusão dos doentes na massagem
2.2- Analisar as práticas de enfermagem durante a aplicação da massagem terapêutica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação das condições e dos recursos necessários para a realização da massagem terapêutica; ▪ Observação do procedimento da aplicação da massagem pelo enfermeiro; ▪ Análise dos registos realizados pelo enfermeiro antes e após a massagem terapêutica; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza um “Manual de boas práticas na aplicação da massagem à pessoa com doença oncológica”; ✓ Elabora uma Reflexão sobre uma situação em que observou a aplicação da massagem utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs;

Recursos: Humanos (Enfermeira-chefe; Enfermeira orientadora, Grupo de Terapias Não Farmacológicas; Clientes de enfermagem) **Materiais** (Documentos do serviço, protocolos, normas, instrumentos de avaliação, pesquisa bibliográfica realizada na tarefa 1)

Apêndice IX- Algoritmo de decisão: critérios para a aplicação da massagem

Critérios para a aplicação da massagem

Algoritmo de decisão



⁽¹⁾ **Contraindicação absoluta:** situação na qual a massagem não está indicada;

⁽²⁾ **Contraindicação local:** situação na qual uma área ou local específico do corpo não deve ser massajado ou manipulado. Pode realizar-se a massagem noutras áreas do corpo;

⁽³⁾ **Precaução:** Situação que necessita de modificação da técnica ou da pressão durante a massagem tendo em conta a condição clínica do cliente.

Apêndice X- Manual de boas práticas na aplicação da massagem terapêutica
à pessoa com doença oncológica

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-cirúrgica, vertente Oncológica**

**Massagem na Pessoa com Doença Oncológica:
Manual de Boas Práticas**

**Adelaide Catarina Rebelo dos Santos
nº10526**

Professor (a) Orientador(a):
Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCO- *American Society of Clinical Oncology*

CTI- catéter totalmente implantado

GTNF- Grupo de Terapias Não Farmacológicas

NCCN- *National Comprehensive Cancer Network*

PE- Processo de Enfermagem

S4OM- *Society for Oncology Massage*

WPS- *Walton Pressure Scale*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. A INTEGRAÇÃO DA MASSAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE	9
2. OS EFEITOS DA MASSAGEM	11
2.1. Os benefícios e contraindicações da massagem na pessoa com doença oncológica	13
2.2. A massagem como promotora de conforto	15
3. AS PRINCIPAIS ADAPTAÇÕES DA MASSAGEM NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA	18
3.1. Pressão	18
3.2. Localização	19
3.3. Posição	20
3.4. Duração	21
4. PLANIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA MASSAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA	22
4.1. Anamnese e avaliação da condição de saúde da Pessoa	22
4.2. Preparação do ambiente e recursos necessários	23
4.3. Locais e zonas a evitar	24
4.4. Pressão e ritmo da massagem	24
4.5. Técnicas básicas de massagem	25
4.6. Posicionamentos durante a massagem à pessoa com doença oncológica	26

5.	SEQUÊNCIA BÁSICA DE MASSAGEM -----	28
5.1.	Tórax posterior -----	28
5.2.	Ombros, cervical e couro cabeludo -----	31
5.3.	Membros superiores e mãos -----	32
5.4.	Pés -----	34
5.5.	Finalização da massagem -----	36
5.6.	Registos de Enfermagem -----	37
6.	CONCLUSÃO -----	38
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escala de pressão de Walton- <i>The Walton Pressure Scale (WPS)</i> -----	19
Figura 2. Preparação do ambiente e recursos materiais -----	23
Figura 3. Locais e zonas a evitar durante a massagem -----	24
Figura 4. Pressão e ritmo da massagem -----	25
Figura 5. Técnicas básicas de massagem -----	26
Figura 6. Posicionamentos durante a massagem -----	27
Figura 7. Deslizamentos superficiais: tórax posterior -----	29
Figura 8. Deslizamentos profundos: tórax posterior -----	30
Figura 9. Deslizamentos superficiais e profundos: ombros e cervical -----	30
Figura 10. Finalização da massagem: tórax posterior -----	31
Figura 11. Massagem nos ombros, cervical e couro cabeludo -----	32
Figura 12. Deslizamentos superficiais: braços -----	33
Figura 13. Técnicas de massagem: mãos -----	34
Figura 14. Massagem do pé: zona dorsal -----	35
Figura 15. Massagem do pé: zona plantar -----	36
Figura 16. Finalização da massagem -----	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Efeitos da massagem nos órgãos e sistemas -----	11
Tabela 2. Contraindicações e precauções da massagem na pessoa com doença oncológica -----	16

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a procura de terapias complementares por parte das pessoas com cancro tem vindo a aumentar (Keene, Heslop, Sabesan & Glass, 2019). Nos anos 70 e 80, estima-se que 25% das pessoas com doença oncológica procuraram estas terapias para minimizar ou prevenir os sintomas provocados pela doença e tratamentos verificando-se um aumento para 49% após o ano 2000 (Horneber, Bueschel, Dennert, Less, Ritter, Zwahlen, 2012).

A crescente investigação nesta área tem permitido a produção de *guidelines* (De Luca, Galizio, Resta & Papaleo, 2020) que resultam de uma avaliação sistemática e científica dos benefícios das terapias complementares o que tem permitido a sua integração nos grandes Centros de Oncologia (Latte-Naor & Mao, 2019), começando a emergir o conceito de *Integrative Oncology* ou Oncologia Integrativa.

A Oncologia Integrativa assenta na prestação de cuidados de saúde holísticos e centrados nas necessidades da pessoa e promove a modificação de estilos de vida, práticas *mind-body* (mente-corpo) e utilização de produtos naturais ao longo dos tratamentos convencionais contra o cancro (Latte-Naor et al, 2019). Prioriza a segurança e a melhor evidência disponível para oferecer intervenções terapêuticas adequadas no sentido de minimizar e aliviar os sintomas imediatos e tardios relacionados com o cancro e melhorar a qualidade vida das pessoas na trajetória da sua doença (Latte-Naor et al, 2019; SIO,2022

Enquanto terapia complementar, a massagem é uma das modalidades mais procuradas na Oncologia Integrativa (Armstrong, Júnior, Anderson & Patricolo, 2018) e uma das técnicas não farmacológicas utilizada pelos enfermeiros no controlo da dor dando resposta às necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica (Mardaneh, Jenabian & Moghaddam, 2021). A evidência científica comprova os seus benefícios e os efeitos positivos da massagem na redução dos sintomas relacionados com a doença oncológica, tal como ansiedade, fadiga, depressão e stress (Galamaga & Cristian, 2021), bem como na redução da dor crónica (Crawford, Boyd & Paat, 2016) sendo que a sua utilização melhora a

qualidade de vida dos doentes com cancro e promove a sensação de bem-estar e conforto (Mardaneh et al, 2021).

A massagem pode ser implementada pelos enfermeiros como intervenção autónoma tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, que defende que o conforto é uma necessidade básica da pessoa humana e o resultado imediato e desejável de todo o cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003). Nesta perspetiva, o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa com doença oncológica, planifica e implementa a massagem, realiza as adaptações necessárias atendendo aos objetivos terapêuticos e avalia se os resultados das suas intervenções foram ou não promotoras de conforto (Cardoso, Souza, Caldas & Bitencourt, 2020; OE, 2011).

Este manual surge da observação do trabalho desenvolvido por um grupo de Enfermeiros que integram o Grupo de Terapias Não Farmacológicas (GTNF) numa Unidade de Dor Crónica, da literatura disponível sobre a temática e dos resultados de uma revisão *scoping* que traduz a evidência disponível da utilização da massagem enquanto intervenção na promoção do conforto na pessoa com doença oncológica.

Dada a relevância e a evolução do conceito da massagem num contexto de cuidados holísticos, justifica-se um documento que apresente os conhecimentos técnicos e científicos da massagem e auxilie os enfermeiros que pretendam aplicar a massagem enquanto intervenção na promoção do conforto e redução de sintomas relacionados com a doença oncológica.

Com este manual pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de nomear os principais benefícios e contraindicações da massagem, identificar técnicas básicas de massagem e as adaptações necessárias no contexto de uma doença oncológica e implementar de forma segura uma sequência básica de massagem à pessoa com doença oncológica.

1. A INTEGRAÇÃO DA MASSAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma das formas mais primitivas e espontâneas de oferecer suporte a quem está doente ou em sofrimento é através do toque. Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, reconhecia o toque terapêutico como uma parte essencial dos cuidados de enfermagem (Collinge, McDonald & Walton, 2011).

O toque é a base e a essência da massagem (Salvo, 2007) e durante décadas esta intervenção fazia parte da rotina de cuidados providenciados pelas enfermeiras (Brennan, Healey, Tague & Rosenthal, 2019). Com o avanço dos tratamentos médicos e cirúrgicos nos anos 1930 e 1940, o interesse clínico pela massagem diminuiu e só a partir da década de 70, com o emergir das terapias complementares, a massagem renasce no campo de intervenção dos cuidados de saúde holísticos (Collinge et al, 2012).

O termo “complementar” e “alternativo” é muitas vezes utilizado com o mesmo sentido, no entanto, importa clarificar que as terapias complementares são usadas concomitantemente com os tratamentos convencionais, ao invés das alternativas que são usadas em vez dos tratamentos convencionais e que carecem de evidência científica da sua segurança e eficácia (Galamaga et al, 2021).

A massagem sueca (ou tradicional) é a modalidade mais comum no mundo ocidental, tendo sido desenvolvida no século 19 por Per Henrik Ling e introduzida como modalidade de cuidados nos Estados Unidos em 1850 por George e Charles Taylor, dois médicos que estudaram na Suécia (Salvo, 2007; Collinge et al, 2012).

É sobre esta modalidade que incide o maior número de investigações e evidência dos seus benefícios e da sua segurança. (Galamaga et al, 2021). Segundo Cassar (2001), trata-se da manipulação científica, sistemática, manual ou mecânica dos tecidos moles através de movimentos de *effleurage* (deslizamento superficial) e de *pétrissage* (deslizamento profundo) de forma a obter benefícios físicos e psicológicos, promover a circulação do sangue e da linfa, o relaxamento dos músculos, aliviar a dor e outros (Versagi, 2012).

Durante décadas foi desaconselhada a massagem nos doentes oncológicos baseada na crença de que o aumento da circulação do sangue e da linfa durante a massagem poderia provocar a metastização do cancro (Collinge et al, 2012). Felizmente, os avanços do conhecimento da fisiopatologia do cancro e do processo de disseminação permitiram extinguir esse mito entre os profissionais de saúde e descartar qualquer relação entre os efeitos produzidos pela massagem e a disseminação da doença (Penny & Sturgeon, 2021).

A massagem na pessoa com cancro tem vindo a tornar-se numa área de interesse cada vez maior com a integração desta modalidade em muitos Centros de Oncologia (Latte-Naor et al, 2019). Em 2008 foi fundada, por especialistas na área da massagem, a *Society for Oncology Massage*, (S4OM) com o objetivo de providenciar educação, suporte e treino especializado, bem como elaborar recomendações específicas quanto à massagem na pessoa com doença oncológica e/ou sob tratamentos (Collinge et al, 2012). O termo *Oncology Massage* ou massagem oncológica, tem emergido na literatura, e diz respeito à adaptação das técnicas básicas de massagem às condições especiais da pessoa que vivencia a experiência do cancro e/ou o seu tratamento (Penny et al, 2021).

A massagem no doente oncológico deve ser individualizada considerando a pessoa como única e com necessidades individuais e atendendo a aspetos tais como a localização do tumor, o tipo de tratamento em curso e os efeitos secundários provocados pelos tratamentos (Galamaga et al, 2021).

Nesta perspetiva o Enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada uma vez que detém os conhecimentos técnicos e científicos especializados na área da oncologia, bem como as competências éticas, profissionais e deontológicas inerentes à sua profissão, para planear, implementar, gerir e avaliar os resultados da massagem enquanto intervenção terapêutica e contribuir na produção e divulgação científica da evidência da massagem no âmbito dos cuidados à pessoa com doença oncológica (Penny et al, 2021).

2. OS EFEITOS DA MASSAGEM

Os efeitos provocados pela massagem podem classificar-se em mecânicos e reflexos e ambos estão relacionados com as técnicas utilizadas na massagem (Salvo, 2007). Os efeitos mecânicos surgem como resultado da pressão, força e amplitude dos movimentos, através das técnicas de fricção, compressão e amassamento e são exemplos de efeitos mecânicos o aumento da circulação sanguínea, a diminuição do edema e a redução da formação de tecido cicatricial. Os efeitos reflexos ocorrem com a estimulação dos nervos, produzindo por exemplo uma diminuição da excitação do sistema nervoso simpático, o que promove o relaxamento, o aumento do diâmetro dos vasos sanguíneos e consequente diminuição da pressão arterial (Versagi, 2012; Salvo, 2007).

A massagem e a resposta que ela produz no corpo produzem efeitos nos sistemas cardiovascular, linfático e imunológico, na pele e estruturas relacionadas, nos sistemas nervoso e endócrino, músculos, tecidos conjuntivos, nos sistemas respiratório digestivo e urinário (Versagi, 2012; Salvo, 2007).

Na tabela 1 estão descritos alguns exemplos dos efeitos da massagem nos órgãos e sistemas do corpo.

Tabela 1. Efeitos da massagem nos órgãos e sistemas

SISTEMA OU ÓRGÃO	EFEITO DA MASSAGEM
SISTEMA CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none">Melhora a circulação sanguínea: movimentos profundos auxiliam mecanicamente o retorno venoso ao coração. O aumento do fluxo sanguíneo é comparado ao exercício físico;Diminui a pressão sanguínea: a pressão sanguínea diminui pela dilatação dos vasos sanguíneos. Tanto a tensão arterial sistólica como a diastólica diminuem aproximadamente 40 minutos após a massagem;Estimula a libertação de acetilcolina e histamina: estas duas substâncias são libertadas como resultado da atividade vasomotora, e ajudam a prolongar a vasodilatação;Repõe substâncias nutritivas: o aumento da circulação auxilia na entrega de produtos tais como nutrientes e oxigénio nas células e tecidos;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a remoção de resíduos: o aumento da circulação auxilia na remoção dos resíduos metabólicos; ▪ Reduz a isquemia: a massagem reduz a isquemia que normalmente está relacionada com a dor e formação dos pontos-<i>trigger</i>; ▪ Aumenta a contagem de glóbulos vermelhos: a quantidade de glóbulos vermelhos e a sua capacidade de transportar oxigênio aumenta. Este efeito deve-se à promoção da descarga de glóbulos vermelhos pelo baço, pelo recrutamento de sangue de órgãos internos ingurgitados para a circulação geral e pela estimulação dos leitos capilares estagnados que devolvem esse sangue à circulação geral; ▪ Aumenta a contagem de glóbulos brancos: a presença de glóbulos brancos aumenta após a massagem. O corpo percebe a massagem como um evento ao qual tem de se adaptar e recruta glóbulos brancos adicionais;
SISTEMAS LINFÁTICO E IMUNITÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a circulação da linfa: a circulação linfática depende da pressão: da contração muscular, das mudanças no tórax e abdómen durante a respiração ou da pressão aplicada durante a massagem; ▪ Reduz o edema: através da melhoria na circulação linfática; ▪ Aumenta a contagem de linfócitos
PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumenta a temperatura da pele; ▪ Melhora a condição da pele: através do aumento de circulação e do aumento das Substâncias nutritivas;
SISTEMAS NERVOSO E ENDÓCRINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduz o stress, ansiedade e promove o relaxamento: através da sua ação reflexa no sistema nervoso parassimpático; ▪ Aumenta os níveis de dopamina e serotonina: relacionados com a diminuição do stress e depressão. A serotonina tem efeito inibitório na dor, pelo que, níveis altos de serotonina podem reduzir a percepção da dor; ▪ Reduz os níveis de cortisol e norepinefrina: hormonas relacionadas com o aumento do stress; ▪ Diminui a dor: o aumento da circulação sanguínea reduz a isquemia. A massagem estimula a libertação de endorfinas (morfina endógena), encefalinas e neuroquímicos que reduzem a dor
MÚSCULOS E TECIDO CONJUNTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alivia a tensão muscular; ▪ Promove o relaxamento muscular; ▪ Reduz a fadiga e a dor muscular; ▪ Reduz a formação dos pontos- <i>trigger</i>; ▪ Aumenta a flexibilidade e alonga os músculos; ▪ Reduz a formação de queloides; ▪ Diminui a formação de adesões e contraturas musculares; ▪ Aumenta a retenção de minerais no osso, tais como o fósforo, enxofre e nitrogénio;

<p>SISTEMA RESPIRATÓRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduz a frequência respiratória; ▪ Fortalece os músculos respiratórios; ▪ Diminuí a sensação de dispneia; ▪ Melhora a função pulmonar;
<p>SISTEMAS DIGESTIVO E URINÁRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alivia a obstipação, cólicas e gases intestinais: pelo efeito no aumento do peristaltismo; ▪ Estimula a digestão; ▪ Aumenta o débito urinário: ▪ Promove a excreção de resíduos através da urina

Fonte: Salvo (2007).

2.1. Os benefícios e contra-indicações da massagem à pessoa com doença oncológica

Um crescente corpo de evidências tem vindo a comprovar a segurança e os benefícios da massagem numa abordagem integrativa e holística contribuindo para a redução dos sintomas (Amstrong et al, 2018; Crawford et al, 2016; Mardaneh et al, 2021) relacionados com a doença oncológica, tais como:

- Redução da dor crónica;
- Alívio do stress;
- Alívio da náusea;
- Redução da depressão e ansiedade;
- Melhoria no sono e na perceção de fadiga;
- Prevenção da neuropatia induzida pela quimioterapia.

Estudos recentes revelam que a aplicação de algumas técnicas de massagem nos pés e mãos a doentes com cancro sob quimioterapia em regime ambulatorial foi eficaz na redução de sintomas como dor, fadiga, ansiedade, desconforto muscular e stress (Custshall, Mahapatra, Hynes, Van Rooy, Looker, Ghosh et al, 2017; Uysal, Kutluturkan & Ugur, 2017).

Outro estudo publicado em 2017 refere que a aplicação de 15 minutos de massagem durante os tratamentos de quimioterapia teve um impacto positivo na relação enfermeiro-doente, melhorando a percepção do doente quanto ao nível do conforto, ansiedade e satisfação dos cuidados (Braithwaite & Ringdahl, 2017).

Por todos estes benefícios e pelo potencial na melhoria da qualidade de vida destes doentes, a massagem tem sido reconhecida por várias associações tais como a *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* e a *American Society Of Clinical Oncology (ASCO)* que emanaram recomendações que reconhecem como uma mais-valia a integração da massagem durante o continuum da doença oncológica (Lyman, Greenlee, Bohlke et al, 2018).

Quando providenciada por um profissional com conhecimento e competências técnicas são raras as complicações associadas à massagem na pessoa com doença oncológica (Galamaga & Cristian, 2021).

Existem dois tipos de contraindicações na realização da massagem à pessoa com doença oncológica:

1. Contraindicações totais ou absolutas: situações em que, pelo risco potencial ou real, a massagem não está indicada e pode provocar danos para a pessoa;
2. Contraindicações locais: que se referem a uma área ou local específico do corpo que não deve ser massajado ou manipulado podendo realizar-se a massagem noutras áreas do corpo.

Existem ainda outras situações em que a massagem deve ser aplicada com precaução, exigindo a modificação da técnica ou da pressão, tendo em conta a condição de saúde da pessoa.

Na tabela 2 são enumeradas algumas das condições que podem ser consideradas como contraindicações para a realização da massagem na pessoa com doença oncológica.

Tabela 2. Contraindicações e precauções da massagem na pessoa com doença oncológica

Contraindicação absoluta	Contraindicação local	Precaução
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Febre ▪ Doenças de pele (eczema severo; Psoríase) ▪ Feridas infetadas; ▪ Dores de cabeça intensa ▪ Tonturas ▪ Doença infecciosa/contagiosa ▪ Trombose Venosa periférica (TVP) ▪ Tromboembolismo pulmonar (TEP) ▪ Hemorragia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zonas de inflamação ▪ Cirurgia recente ▪ Dispositivos médicos implantados ▪ Fraturas ▪ Hematomas ▪ Tumores sólidos ▪ Metástases ósseas ▪ Zonas sujeitas a radiação/ radioterapia ▪ Neuropatia periférica induzida por quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença cardiovascular ▪ HTA ▪ Diabetes ▪ Linfedema ▪ Trombocitopénia (<100,00 plaquetas) ▪ Neutropénia (<500 neutrófilos) ▪ Dor de origem desconhecida ▪ Osteoporose ▪ Doença respiratória

Fonte: Cancer Council, 2014; GCMT, 2006; Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny & Sturgeon, 2021

2.2- A massagem como promotora de conforto

Na Enfermagem, cuidar do outro pressupõe olhar para a pessoa como um todo e atender às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Braithwaite et al, 2017).

Para identificar de forma holística as necessidades da pessoa e orientar a sua prática de cuidados, o enfermeiro deve utilizar o Processo de Enfermagem (PE) fundamentado numa Teoria (Cardoso et al, 2020), como por exemplo a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

A Teoria do Conforto de Kolcaba considera a Enfermagem como um processo intencional onde o enfermeiro realiza a colheita de dados com base nas necessidades de conforto da pessoa (Kolcaba, 2003), planeia e implementa intervenções e avalia se os resultados das suas intervenções foram ou não promotoras de conforto (Cardoso et al, 2020). Segundo Kolcaba (2003) o conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade ou transcendência atendidas. O alívio é a condição na qual a pessoa tem satisfeita uma necessidade específica através do controlo de fatores que produzem desconforto e que promove um estado de calma ou contentamento; a tranquilidade, refere-se a um estado mais duradouro de calma ou contentamento; e a transcendência como a condição em que o indivíduo supera os seus problemas ou sofrimento traduzindo-se no nível mais elevado do conforto (Kolcaba, 2003; Lima, Guedes, Silva, Freitas & Fialho, 2016).

Kolcaba (2003) identificou ainda que o conforto pode ser vivenciado no contexto físico, que pertence às sensações do corpo e engloba todas as ramificações fisiológicas dos problemas médicos, que podem ou não resultar em sensações físicas imediatas; no contexto psicoespiritual, relacionado à consciência de si próprio e à relação com uma ordem ou um Ser superior, incorporando conceitos como a autoestima e o significado da vida; no contexto ambiental relacionado com o meio envolvente, com as condições e influências externas, tais como a cor, ruído, luz, ambiente e temperatura; e no contexto sociocultural, no qual se inserem as

relações interpessoais, familiares e sociais mas também a relação com a cultura, crenças, e tradições (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003), o enfermeiro deve planejar a sua intervenção, neste contexto a massagem, na sequência de uma avaliação cuidada das necessidades de conforto da pessoa. Para além da sintomatologia física associada ao cancro e aos tratamentos, como por exemplo dor, náuseas e vômitos, a vivência de uma doença oncológica suscita sentimentos de medo, incerteza e ansiedade que podem desencadear desconforto (Kolcaba, 2003; Machado, 2018). Por conseguinte, o enfermeiro deve estar atento não só aos sinais físicos, mas também às manifestações não verbais que possam expressar necessidades de conforto sejam fisiológicas, psicológicas, espirituais ou ambientais (Kolcaba, 2003).

Quando o enfermeiro prepara um ambiente calmo e relaxante e disponibiliza empatia, presença e escuta ativa durante a massagem está a promover o conforto nos quatro contextos em que este pode ser experienciado (Kolcaba, 2003). Comparar o conforto antes e após a massagem é essencial para avaliar se esta intervenção foi ou não eficaz. Mesmo nas situações em que o alívio ou a tranquilidade não sejam totalmente conseguidos pela massagem, o enfermeiro pode intervir com vista à transcendência encorajando e motivando a pessoa através da relação de ajuda que estabelece durante a massagem (Kolcaba, 2003; Machado, 2018).

Quando a intervenção é eficaz, o conforto é alcançado imediatamente e, desta forma, a pessoa que recebe os cuidados tem mais probabilidade de se envolver em comportamentos de procura de saúde, que por sua vez promovem ainda mais o conforto (Kolcaba, 2003; Cardoso et al, 2020).

3.- AS PRINCIPAIS ADAPTAÇÕES DA MASSAGEM NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Massage therapy is not contraindicated in cancer patients. Massaging a tumor is, but there is a great deal more to a person than the tumor.

Bernie Siegel

A massagem na pessoa com doença oncológica é uma prática segura, não invasiva que pode ser aplicada ao longo de toda a trajetória da doença (Galamaga et al, 2021). Embora não existam relatos de efeitos adversos da massagem (Collinge et al, 2012) é consensual que a realização desta técnica na pessoa com doença oncológica exige conhecimentos adicionais sobre a doença e os efeitos provocados pelos tratamentos, competências específicas e experiência nesta área de atuação (Penny et al, 2021; Walton, 2011).

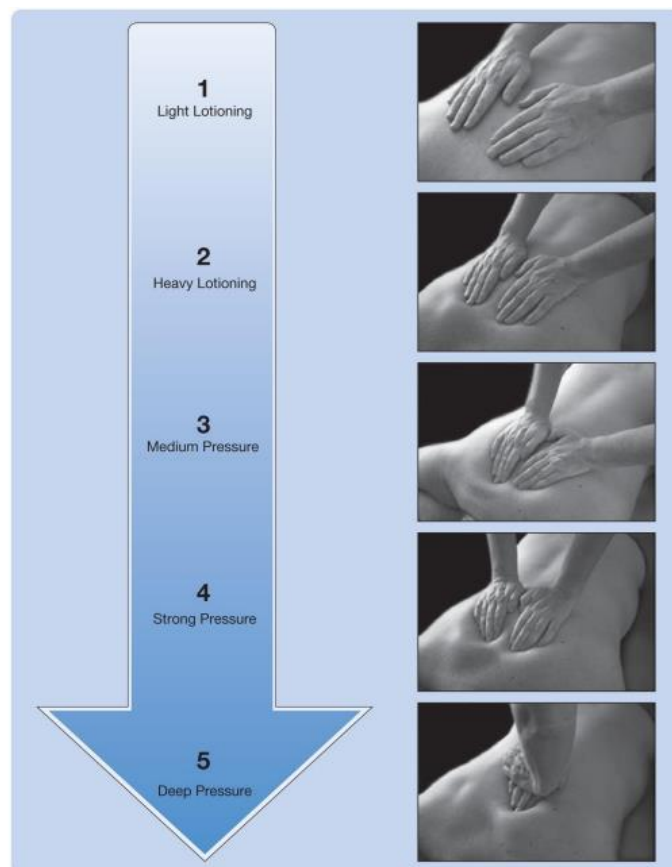
De forma a garantir uma prática segura são fundamentais adaptações da técnica de massagem à pessoa com doença oncológica no que respeita à pressão, localização, posição e duração do procedimento (Penny et al, 2021; Versagi, 2012).

3.1. Pressão

É o aspeto mais importante a ter em consideração durante a massagem à pessoa com doença oncológica (Collinge et al, 2012). Diz respeito à pressão exercida sobre os tecidos durante a aplicação das técnicas de massagem (Walton, 2011). No sentido de uniformizar a pressão que deve ser exercida durante a massagem à pessoa com cancro, foi desenvolvida e codificada uma escala- *The Walton Pressure Scale (WPS)*- que utiliza um sistema numérico de 1-5 e que reproduz o efeito da pressão exercida sobre os tecidos (Walton, 2011). A utilização desta escala (**Figura 1**) possibilita que outros profissionais saibam exatamente que tipo de pressão a pessoa recebeu durante a massagem (Penny et al, 2021).

Na pessoa em tratamentos ativos para o cancro, a pressão aplicada durante a massagem não deve exceder o nível 2 da escala WPS, sendo geralmente utilizada a pressão nível 1, que corresponde à sensação de “espalhar creme no corpo”. Entre os especialistas nesta área é consensual que a utilização de um nível de pressão 1-2 não é prejudicial para o corpo, tecidos e órgãos vitais, permitindo que estas pessoas possam usufruir de forma segura da massagem durante os seus tratamentos (Collinge et al, 2012; (Penny et al, 2021).

Figura1. Escala de pressão de Walton-*The Walton Pressure Scale* (WPS)



Fonte: <https://www.tracywalton.com>

3.2. Localização

Refere-se ao local ou área que, quer pela presença do tumor, quer pela presença de lesões ou complicações associadas ao tratamento não devem ser massajadas.

As considerações quanto ao local a massajar e não massajar podem variar ao longo do tempo e em cada sessão. O profissional que executa a massagem deve atender a como o cancro e os tratamentos podem afetar a pele e os tecidos, como é o caso de algumas quimioterapias que têm efeitos cumulativos e podem provocar neuropatias periféricas, nomeadamente nas mãos e pés (Penny et al, 2021). Nestas situações as adaptações a ter em conta durante a massagem estão relacionadas com a pressão que deve ser aplicada nestas áreas, e não com a restrição absoluta em massajar estes locais. (Walton, 2011; Penny et al, 2021).

Não se deve massajar diretamente o tumor ou em seu redor e deve evitar-se massajar áreas onde dispositivos médicos (ex. cateter totalmente implantado (CTI), presença de ostomias) estejam presentes (Penny et al, 2021).

3.3. Posição

Para a maioria das pessoas, a vivência da doença oncológica pode estar associada a muito desconforto. Desde logo é importante assegurar que qualquer que seja a posição adotada durante a massagem, ela deve ser a mais confortável possível para a pessoa (Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny et al, 2021).

Para além disso, deve-se ter em conta que após uma cirurgia recente ou por exemplo após a reconstrução mamária, existem certas posições que não podem ser adotadas e são pouco toleradas pela pessoa. As adaptações no posicionamento da pessoa oncológica também devem ter em conta que, frequentemente, deitar a pessoa em decúbito dorsal ou ventral pode não ser a posição mais confortável.

Na maioria das situações, a pessoa com doença oncológica é convidada a deitar-se em decúbito lateral, numa posição confortável e apoiada com auxílio de almofadas ou toalhas. Noutras situações, sentar a pessoa numa cadeira, apoiada junto à marquesa pode ser a posição mais confortável (Penny et al, 2021).

3.4. Duração

Diz respeito ao tempo que o profissional precisa para realizar a massagem. O tempo necessário em cada massagem é variável e deve ser adaptado e flexível a cada situação, tendo em conta o ritmo e as necessidades específicas a cada pessoa e situação. No entanto, é consensual que 20 a 30 minutos de massagem podem ser suficientes para alcançar os objetivos da massagem na pessoa com doença oncológica (Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny et al, 2021).

4- PLANIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA MASSAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

A maioria das pessoas com doença oncológica que procuram a massagem estão dispostas a partilhar com o profissional como se sentem ao longo da sua trajetória de doença. É importante estar completamente presente e ter uma escuta ativa capaz de identificar as reais necessidades da pessoa, bem como situações que possam ser potenciais causadoras de desconforto, que possam estar relacionadas com o impacto da doença e/ou dos tratamentos (Galamaga et al, 2021).

Na planificação da massagem à pessoa com doença oncológica devem considerar-se os seguintes aspetos:

1. Conhecer a história clínica e avaliar a condição de saúde da pessoa;
2. Garantir um ambiente adequado e os recursos materiais necessários;
3. Atender aos locais ou zonas a evitar durante massagem;
4. Adequar a pressão e o ritmo da massagem;
5. Utilizar as técnicas adequadas;
6. Adaptar os posicionamentos;

4.1. Anamnese e avaliação da condição de saúde da pessoa

A recolha de dados sobre a história clínica e a condição de saúde do doente é fundamental na planificação da massagem. O enfermeiro deve ter conhecimentos específicos relativamente a anatomia e saber realizar uma anamnese completa da pessoa com doença oncológica, nomeadamente quanto ao tipo de tumor, localização e extensão do mesmo, existência de metástases, tipo de tratamento em curso e principais efeitos secundários, presença de dispositivos médicos ou condições de saúde específicas que possam limitar a aplicação da massagem (Penny et al, 2021).

É importante utilizar um formulário de recolha de dados que permita o registo destas informações e que sirva de documentação dos sintomas manifestados pela pessoa e dos resultados obtidos com a massagem, idealmente com a utilização de instrumentos ou escalas de avaliação (Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny et al, 2021).

4.2. Preparação do ambiente e recursos necessários

De forma a criar um ambiente adequado e confortável para a realização da massagem devem estar garantidas as seguintes condições e recursos materiais:

A): temperatura ambiente adequada, entre os 24-25°C;

B): almofadas e toalhas de diferentes tamanhos, para realizar os posicionamentos necessários e cobrir as zonas que foram massajadas durante o procedimento;

C): loção ou óleo, preferencialmente de origem vegetal, que seja de fácil aplicação, que não contenha químicos e que seja inócuo à pele da pessoa;

D): local calmo e com privacidade que disponha de uma maca ou marquesa que seja confortável para a pessoa e também para o profissional que irá realizar a massagem.

Figura 2. Preparação do ambiente e recursos materiais



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

4.3. Locais e zonas a evitar

Na planificação da massagem deve-se ter em conta os locais ou zonas a evitar. Assim, deve-se evitar a massagem:

- I)- nas proeminências ósseas, tais como a coluna vertebral, devendo a pressão ser exercida apenas nos músculos e tecidos adjacentes;
- II) em áreas com feridas abertas ou zonas inflamadas, com eritema ou com sinais de irritação;
- III)- no local de implantação de dispositivos médicos, tal como o cateter totalmente implantado (CTI);
- IV) nos membros inferiores, pelo risco acrescido de trombose venosa periférica e profunda nos doentes oncológicos (Walton,2011; Versagi, 2012).

Figura 3. Locais ou zonas a evitar durante a massagem



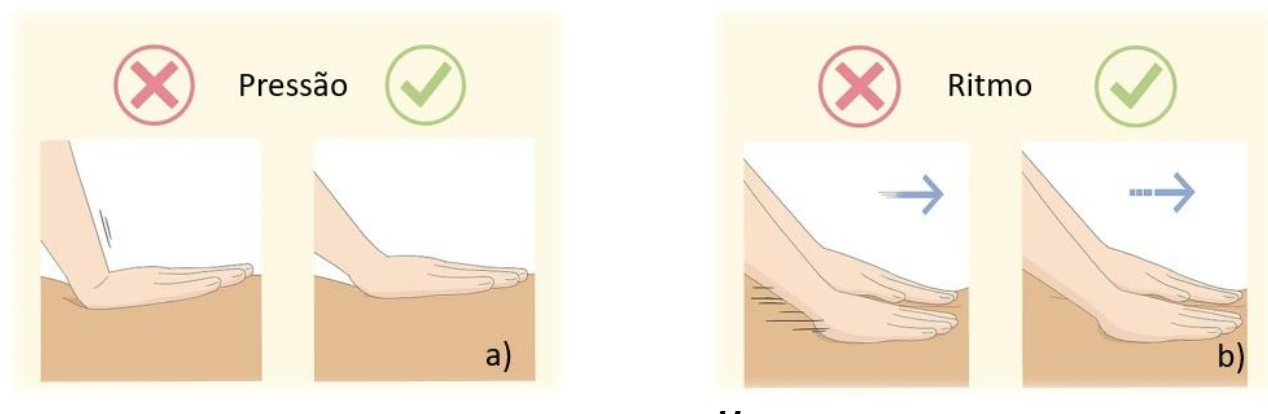
Fonte: <https://pt.wikihow.com>; www.google.pt;

4.4. Pressão e ritmo da massagem

Pela presença de metástases ósseas, osteoporose ou fragilidade cutânea, a massagem na pessoa com doença oncológica deve garantir a segurança e a prevenção do risco de complicações. Assim deve ser aplicada:

- a) - uma pressão leve sobre a pele e os tecidos;
- b) - um ritmo lento durante a massagem e evitar a utilização de movimentos rápidos e bruscos (Penny et al, 2021).

Figura 4. Pressão e ritmo da massagem



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

4.5. Técnicas básicas de massagem

Na massagem tradicional ou sueca (técnica que se menciona neste manual) podemos dividir os movimentos de massagem em dois grandes grupos: movimentos de *effleurage* e os de *petrissage*.

O movimento de *effleurage* é o mais simples e instintivo de todos os movimentos de massagem. Também chamado de deslizamento é usado no começo de todas as rotinas de massagem, sendo o primeiro contato com a pessoa. Este primeiro contato é crucial para a relação enfermeiro-doente uma vez que o resultado positivo da massagem depende também da forma como a pessoa percebe esse toque (Cassar, 2001). Dentro das técnicas de *effleurage* destacam-se: o deslizamento superficial, o deslizamento profundo e o deslizamento com o polegar.

O termo *petrissage* define qualquer movimento de pressão sobre os músculos usando o polegar e os dedos. A *petrissage* inclui várias manobras tais como, compressão, amassamento, torção, percussão ou tapotagem, fricção e vibração (Salvo, 2007).

As técnicas de tapotagem não são aconselhadas na massagem da pessoa com doença oncológica uma vez que, estes movimentos mais rápidos e mais vigorosos

podem lesar os tecidos já fragilizados ou provocar risco de fratura no caso de metástases ósseas. (Galamaga et al, 2021).

Figura 5. Técnicas básicas de massagem



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

4.6. Posicionamentos durante a massagem à pessoa com doença oncológica

Os posicionamentos na massagem da pessoa com doença oncológica devem ser adaptados tendo em conta a condição clínica e os sintomas que a pessoa manifesta nesse momento. Por exemplo, após uma cirurgia recente como é o caso das mastectomias e/ou reconstrução mamária deve evitar-se o decúbito ventral. O mesmo acontece na presença de ostomia de eliminação, como é o caso da colostomia. (Walton, 2011).

O decúbito lateral é muitas vezes utilizado na presença de CTI, posicionando-se a pessoa para o lado contrário ao local de inserção do cateter (Penny et al, 2021). Além disso, o enfermeiro deve estar atento aos sintomas reportados pela pessoa na avaliação inicial antes da massagem. Por exemplo, se a pessoa se refere a sintomas como sensação de falta de ar, náusea ou tontura de forma muito intensa pode optar-se por uma massagem na posição de sentado minimizando o agravamento destes sintomas (Walton, 2011).

Devem ser utilizadas almofadas, rolos ou toalhas para dar suporte e apoio a algumas zonas do corpo de forma a posicionar a pessoa de uma forma segura e confortável. No entanto, o enfermeiro deve estar atento a sinais de desconforto que a pessoa possa expressar e questionar diretamente se aquela posição é ou não confortável (Walton, 2011; Penny et al, 2021).

Atendendo às condições e sintomas mais comuns na pessoa com doença oncológica, normalmente os posicionamentos mais utilizados durante a massagem são:

- 1)- decúbito lateral (esquerdo ou direito, dependendo do lado em que se encontra o CTI);
- 2) posição sentado;
- 3) decúbito semi-ventral (com recurso a almofadas para proteger o local o CTI);
- 4) decúbito dorsal.

Figura 6. Posicionamentos durante a massagem



Fonte: <https://pt.wikihow.com>; www.google.pt;

5. SEQUÊNCIA BÁSICA DE MASSAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

A experiência da doença oncológica é única e varia de pessoa para pessoa e ao longo da sua trajetória de doença, o que impossibilita a elaboração de um protocolo de massagem pré-estabelecido. A massagem deve, sobretudo, atender às necessidades, individuais, ao objetivo terapêutico e às preferências da pessoa (Penny et al, 2021).

Para que o procedimento seja abrangente e possa produzir um efeito de relaxamento, bem-estar e conforto, sugere-se a seguinte sequência básica de massagem.

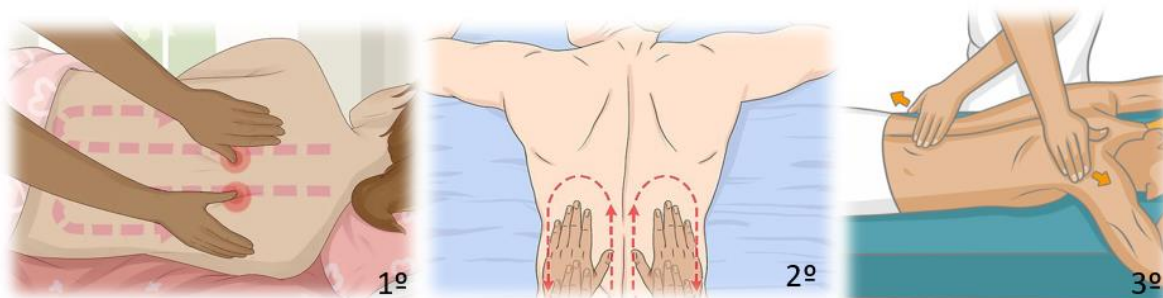
5.1. Tórax posterior

1º- Comece a massagem com deslizamentos superficiais em toda a extensão do tórax posterior, aumentando gradualmente a pressão (nível 1 da WPS). Estabeleça o contato com a palma e com os dedos de cada mão, realizando as manobras de deslizamento na direção cefálica (rumo à cabeça). Mantenha as mãos relaxadas durante toda a manobra, de forma a palpar e a examinar os tecidos, bem como monitorizar a resposta da pessoa. Repita o procedimento 3-4 vezes.

2º- Posicione as mãos na região lombossagrada, com uma mão em cada lado da coluna. Faça deslizamentos profundos em movimentos alternados até à região torácica. Repita o procedimento 3-4 vezes.

3º- Realize a manobra de deslizamento com movimentos cruzados. Uma das mãos desliza sobre o lado contralateral da coluna na direção cefálica e a outra mão desliza no lado ipsilateral da coluna na direção sagrada. Repita o procedimento 3-4 vezes. O ritmo do deslizamento deve ser lento e relaxante.

Figura 7. Deslizamentos superficiais: tórax posterior



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

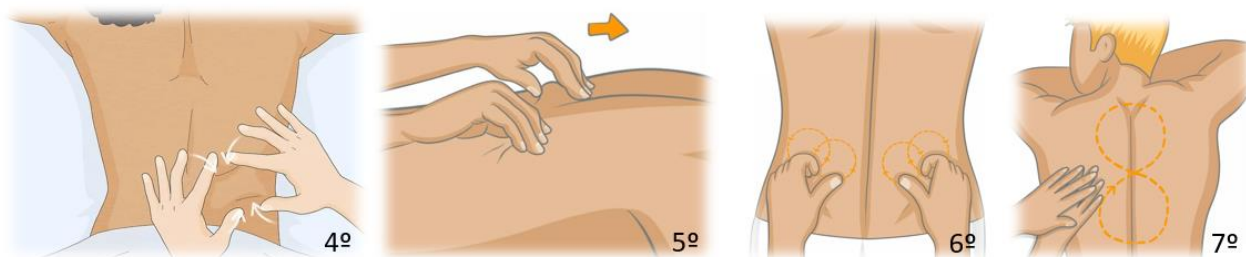
4º- Aplique movimentos de *petrissage* como o amassamento na região lateral dorsolombar. Com o polegar e o indicador realize o “pinçar” dos tecidos deslizando sobre toda a superfície do tórax posterior de forma ascendente, levantando as estruturas adjacentes. Repita o procedimento em ambos os lados da coluna vertebral até à região inferior das omoplatas.

5º- Realize movimentos de deslizamento dígito-polpar alternados no sentido ascendente ao longo da coluna. Desça com deslizamentos superficiais e repita o procedimento 3 vezes.

6º- Realize movimentos de amassamento nodular com as mãos em movimentos ascendentes alternados, desde a região lombossagrada até à região inferior das omoplatas. Repita o procedimento 3-4 vezes.

7º- Coloque uma mão em cima da outra e realize movimentos circulares em “8” de forma a aquecer a zona das omoplatas e trapézios com aumentando progressivamente a velocidade e a pressão.

Figura 8. Deslizamentos profundos: tórax posterior



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

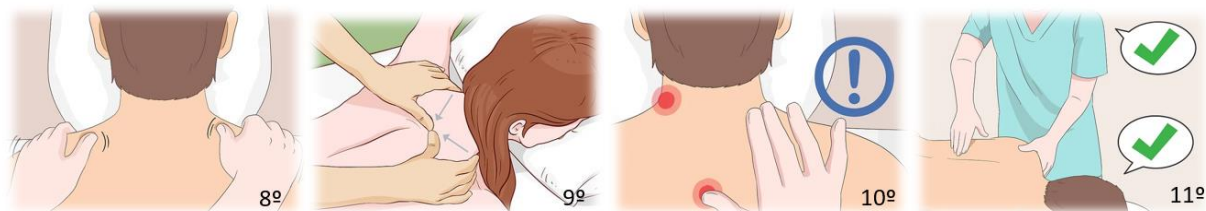
8º- Realize movimentos de amassamento nos trapézios e esternocleidomastóideo com a região tenar e hipotenar;

9º- Realize movimentos de deslizamento dígito-polpar na região dos trapézios e paravertebrais;

10º- Tome atenção a locais que quando pressionados podem desencadear dor na pessoa. Não exerça pressão e/ou movimentos mais vigorosos na região das jugulares, nem no lado de inserção do CTI;

11º- Comunique com a pessoa ao longo do procedimento e valide expressões de dor ou desconforto: “Está tudo bem?”, “Sente dor neste local?” “Está confortável?”

Figura 9. Deslizamentos superficiais e profundos: ombros e cervical



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

12º- Prossiga a massagem colocando-se à cabeceira da maca. Comece com as mãos na região torácica, uma em cada lado da coluna. Mantenha os dedos e o polegar fechados e deslize com a palma e os dedos, aplicando pressão uniforme com toda a mão na direção caudal (na direção dos pés). Quando chegar à parte mais longínqua, deslize as mãos para a borda lateral do tronco, com uma mão em cada lado

13º- Repita o procedimento anterior 3-4 vezes;

14º- Termine a massagem no tórax posterior com movimentos de deslizamento superficial, diminuindo progressivamente a pressão.

Figura 10. Finalização da massagem: tórax posterior



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

5.2. Ombros, cervical e couro cabeludo

As técnicas apresentadas a seguir são utilizadas para eliminar a rigidez e tensão muscular e promover o relaxamento. Com a pessoa deitada em decúbito dorsal, garanta que esta se sente confortável sugerindo-se a utilização de uma ou duas almofadas (consoante a preferência da pessoa) sob os joelhos e outra sob a cabeça.

Todas as outras regiões do corpo devem estar cobertas com uma toalha ou manta para manter a temperatura corporal e salvaguardar a privacidade. Na

massagem do tórax e pescoço não se devem aplicar movimentos de deslizamento profundo no lado onde se encontra inserido o CTI.

15º- Coloque-se na cabeceira da maca de tratamento. Segure e apoie a cabeça da pessoa com uma das mãos e com a região tenar e hipotenar da outra mão realize movimentos de deslizamento profundo desde o ombro até à região occipital. Repita o procedimento 3-4 vezes em cada lado;

16º- Posicione as mãos uma em cada lado da cabeça da pessoa. Com as mãos abertas pressione com as pontas dos dedos a região dos ossos parietais e temporais e realize pequenos movimentos circulares ao longo do couro cabeludo.

17º- Continue a massagem na região frontal com pequenos movimentos circulares utilizando a ponta dos dedos e deslizando até às têmporas;

18º- Posicione as mãos na região superior dos ombros. Com as eminências tenar e hipotenar deslize sobre os trapézios e termine na extremidade superior dos braços.

Figura 11. Massagem nos ombros, cervical e couro cabeludo



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

5.3. Membros superiores e mãos

A massagem nos membros superiores, mais concretamente nas mãos, pode ser facilmente aplicada pelos enfermeiros no contexto diário de cuidados. Os movimentos de deslizamento superficial e profundo utilizados nesta técnica induzem o relaxamento, ao mesmo tempo, melhoram a circulação e facilitam a drenagem linfática.

19º- Continue a massagem com a pessoa em decúbito dorsal. Após a massagem nos ombros realize amassamentos nos deltóides e continue com deslizamento superficial ao longo do braço e na direção da mão.

Nos casos em que haja risco de linfaedema, a técnica deve ser executada com deslizamento ao longo do braço e na direção da axila para auxiliar o retorno venoso.

20º- Levante o braço da pessoa a uma pequena distância da maca e mantenha o punho seguro com uma das mãos, enquanto a outra mão desliza de forma superficial ao longo da parte lateral do antebraço e braço. Repita o procedimento 3-4 vezes;

21º- Com o cotovelo da pessoa apoiado na maca, realize uma leve pressão com os seus polegares e deslize com movimentos circulares ao longo do braço. Desça com deslizamentos superficiais e repita o procedimento;

Figura 12. Deslizamentos superficiais: braços



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

22º- A massagem centra-se agora nas mãos. Com a mão em pronação efetue um movimento ascendente com os polegares no dorso da mão que começa no espaço interdigital de todos os dedos e acaba na zona do punho;

23º- Repita os deslizamentos no dorso da mão com movimentos circulares dos polegares;

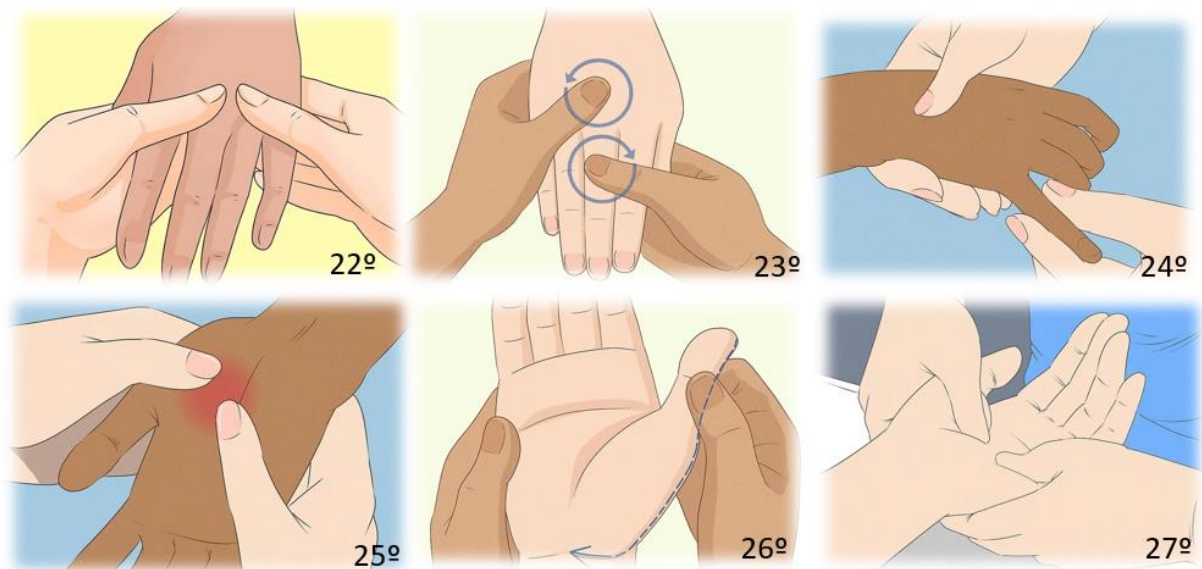
24º- Exerça uma pressão intermitente ao longo de cada um dos dedos desde a raiz até à extremidade ao mesmo tempo de realiza um deslizamento com o dedo indicador e o dedo médio;

25º- Coloque a mão da pessoa em supinação (virada para cima) e efetue movimentos circulares na zona palmar com especial destaque nas zonas tenar e hipotenar;

26º- Realize deslizamentos profundos ao longo das eminências tenar e hipotenar;

27º- Exerça uma leve pressão na palma da mão dorso da mão com movimentos circulares dos polegares.

Figura 13. Técnicas de massagem: mãos



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

Após a massagem da mão, retoma-se novamente a massagem do antebraço e braço com movimentos de deslizamento mais profundos. Esses movimentos

efetua-se sempre no sentido ascendente. Realize todos os movimentos de massagem num braço e mão antes de passar para o outro lado da maca e iniciar a massagem no outro membro.

5.4. Pés

Continue a massagem, verificando que a pessoa está confortável. Mantenha todas as zonas que já foram massajadas cobertas para não arrefecerem.

28º- Peça permissão à pessoa para massajar os pés. Sente-se num banco e ajuste a altura de forma a conseguir apoiar os antebraços na marquesa. Inspeccione os pés e verifique se existe alguma lesão, ferida ou maceração dos tecidos que não possa ser massajada.

29º- Apoie o calcanhar sobre a sua mão em forma de taça de forma que o polegar repouse à volta do tornozelo. Com a outra mão realize movimentos ascendentes no dorso do pé até à região tibiotársica. Repita este movimento 3-4 vezes;

30º- Com uma mão mantenha a parte de cima do pé estável, posiciona o polegar no primeiro dedo do pé e realiza movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio. Repita este movimento para cada um dos dedos do pé;

31º- Mantenha o pé estável com uma mão e com o polegar e indicador da outra mão realize um movimento de estiramento em cada um dos dedos do pé;

Figura 14. Massagem do pé: zona dorsal



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

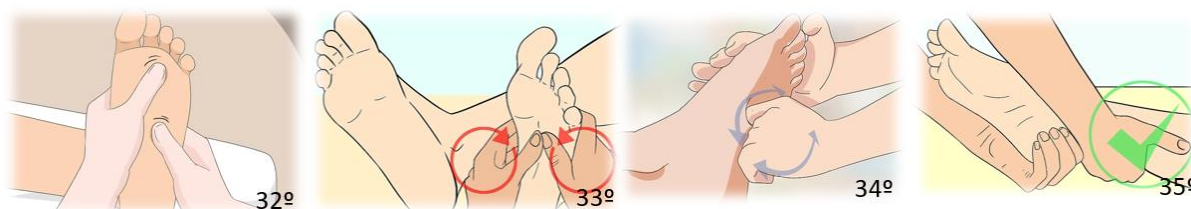
32º- Agarre o promontório do pé abaixo do primeiro dedo e com os polegares realize deslizamentos alternados na região plantar. Repita o procedimento 3-4 vezes;

33º-Aplique pressão com os polegares na região plantar e realize movimentos circulares no sentido do ponteiro dos relógios;

34º- Com uma mão mantenha o pé estável e com o punho cerrado da outra mão efetuam-se movimentos de em ambos os sentidos na área do promontório.

35º- Apoie a região tibiotársica com uma das mãos e com a outra massageie a zona do calcanhar utilizando a zona tenar e hipotenar. Termine o movimento com um ligeiro estiramento do tendão de Aquiles.

Figura 15. Massagem do pé: zona plantar



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

Realize os movimentos anteriores no outro pé, garantindo que o pé que acabou de massajar fica coberto com uma manta ou toalha para não arrefecer.

5.5. Finalização da massagem

Termine a massagem assegurando que a pessoa está confortável. Aproxime-se da pessoa e informe num tom de voz baixo que a massagem terminou e que se irá ausentar por 5 minutos. Peça para que a pessoa não se levante até estar de volta. Recolha o feedback da pessoa: “Como se sente?”, “Está tudo bem?”. Verifique os sinais vitais, tais como pulso, tensão arterial e temperatura. Auxilie a pessoa a levantar-se de forma segura e minimizando o risco de queda.

Figura 16. Finalização da massagem



Fonte: <https://pt.wikihow.com>

5.6. Registos de Enfermagem

A utilização da massagem terapêutica pelo enfermeiro pressupõe uma avaliação prévia da pessoa e uma colheita de dados sendo o registo efetuado ou em formulários próprios, quando garantidas as condições de segurança dos dados pessoais, ou no processo clínico em sistema informático.

Os registos de enfermagem relativos à implementação da massagem devem incluir:

- História de doença oncológica, antecedentes médicos e cirúrgicos;
- Medicação habitual, alergias conhecidas e tratamentos efetuados e/ou em curso;
- Exame físico que relate condição da pele, presença de catéter totalmente implantado ou dispositivos, ostomias, feridas cutâneas, hematomas, etc;
- História de dor e sintomatologia presente, recorrendo-se a Instrumentos de avaliação para avaliar a intensidade dos sintomas antes e após a massagem;
- Monitorização dos parâmetros vitais, antes e após a massagem;
- Contraindicações identificadas, recursos materiais disponíveis e técnicas de massagem aplicadas;
- Avaliação do feedback do doente durante e após a massagem (Cassar,2001 Versagi, 2012; Penny et al, 2021).

Os registos de enfermagem permitem a continuidade dos cuidados e proporcionam segurança à equipa e ao doente, sendo fundamentais para a avaliação da qualidade do serviço prestado e da satisfação do cliente (Ritto & Rocha, 2017)

6. CONCLUSÃO

A massagem, enquanto terapia complementar, contribui de forma significativa na redução dos sintomas relacionados com os tratamentos e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica.

É uma intervenção não farmacológica que pode ser implementada de forma segura por um enfermeiro que detenha as competências específicas que lhe permitam realizar uma avaliação holística das necessidades de conforto da pessoa e treino na adaptação das técnicas de massagem à condição individual da pessoa que está a vivenciar uma situação de doença oncológica.

Considero que a elaboração deste manual pode contribuir para que os enfermeiros reconheçam os benefícios da massagem e que facilite a sua implementação nos cuidados à pessoa com doença oncológica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armstrong, K.; Lanni Jr, T.; Anderson, M.M.; Patricolo, G.E. (2018) - Integrative Medicine and the Oncology Patient: options and benefits. Supportive Care in Cancer. Vol (26). 2267-2273. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4007-y>;

Barros, A.,L.,B.,L; Sanchez, C., G.; Lopes, J.,L.,; Lopes, M.,H.,B.,M; Silva, R.,C., G. (2015)- Processo de Enfermagem. Guia para a Prática. Coren. São Paulo. ISBN: 978-85-68720-01-1;

Braithwaite, C. M.; Ringdahl, D. (2017) - Nurse-administered Hand Massage. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol(21). n(4). 87-92;

Brennan, M.K.; Healey, D.; Tague, C.; Rosenthal, B. (2019) - Hospital based massage therapy specific Competencies. Journal of Bodywork & Movement Therapies. Vol (23). 291-294. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.01.009>;

Cancer Council (2014) - Massage and Cancer. A guide for people with cancer, their families and friends. Cancer Council. Austrália. ISBN 978-1-955136-38-8, disponível em: www.cancerCouncil.com.au;

Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. Revista de Enfermagem Referência, 5(4), e20066. doi:10.12707/RV20066;

Cassar, M.P (2001) - Manual de Massagem Terapêutica. Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta. 1ªed. Brasil. Editora Manole. ISBN 85-204-1023-5;

Collinge, W.; MacDonald, G.; Walton, T. (2012) - Massage in Supportive Cancer Care. Seminars in Oncology Nursing. Elsevier. Vol (28). 45-54;

Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E., Zhang, W., & Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the General Population. *Pain medicine* (Malden, Mass.), 17(7), 1353–1375. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw099>;

Custshall, S. M.; Mahapatra, S.; Hynes, R.S.; Van Rooy, K.M.; Looker, S.A.; Ghosh, A.; Scheck, C.D.; Bauer, B.A.; Wahner-Roedler, D.L. (2017) - Hand Massage for Cancer patients undergoing Chemotherapy as Outpatients: a Pilot Study. *Explore*. Vol (13). No (6). <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.007>;

De Luca, E.; Galizio, M.; Resta, D.; Papaleo, L. (2020) - Integrating massage within Oncology Nursing care: An Italian Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*. Vol (13);

Galamaga, K.M.; Cristian, A. (2021) - Oncology Massage Therapy in Breast and Gynecologic Cancers. In Cristian, A (2021) - Breast Cancer and Gynecologic Cancer Rehabilitation. 1^aed. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-72166-0.00026-8>;

GCMT (2006) - MT1 Principles of Cautions and Contraindications to Massage. General Council for Massage Therapies;

0065-1;

Kolcaba K. (2003) *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, NY: Springer;

Kuon, C.; Wannier, R.; Harrison, J.; Tague, C. (2019) - Massage for Symptom Management in Adult Inpatients With Hematologic Malignancies. *Global Advances in Health and Medicine*. Vol (8). 1-6;

Latte-Naor, S.; Mao, J. (2019) - Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *Journal of Oncology Practice*. Vol (15). <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00554>;

Lima, J., V., F.; Guedes, M. V., C.; Freitas, M., C.; Fialho, A., V., m.; (2016) - Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha enferm.* 37(4), 1-5;

Lyman, G.H.; Greenle, H.; Bohlke, K.; Bao, T.; DeMichele, A.M.; Deng, G.E.; Fouladbacksh, J.M.; Gil, B.; Hershman, D.L.; Mansfield, S.; Mussallem, D.M.; Mustian, K.M.; Price, E.; Rafte, S.; Cohen, L. (2018) – Integrative Therapies during and after Breast cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Oncology.* Vol 36 (25). 2647-2655. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.792721>;

Machado, A., M, M (2018). As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade do Minho;

Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Nursing and Midwifery Studies.* 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19;

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer nº 18/2011. “Quais são as terapias que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseadas na CIPE?” Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf;

Penny, J.; Sturgeon, R.L. (2021) - *Oncology Massage. An integrative approach to cancer care.* 1ed. Springboard. ISBN 13: 978-1-912085-75-0;

Salvo, S.G. (2007) – *Massage Therapy: principles and practice.* Saunders Elsevier. 3ªed. St. Louis;

Ritto, C; Rocha, (2017). Avaliação da Dor. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. *Manual de Dor Crónica.* Lisboa: Eye´C Design Gráfico;

Uysal, N.; Kutluturkan, S.; Ugur, I. (2017) - Effects of foot massage applied two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: randomized

control trial. *International Journal of Nursing Practice*. 23.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12532>;

Versagi, C.M. (2012) - *Step-by-Step Massage Therapy Protocols for Common Conditions*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-8715-4;

Walton, T. (2011). *Medical Conditions and Massage Therapy. A decision Tree Approach*. 1^a ed. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-6922-8;

Apêndice XI- Reflexão crítica de uma situação vivenciada numa Unidade de Tratamento de Dor

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica,
vertente oncológica**

**A promoção do conforto na pessoa com doença
oncológica através da massagem terapêutica**

Reflexão de uma situação vivenciada numa
Unidade de Tratamento da Dor

**Adelaide Catarina Rebelo dos Santos
nº10526**

Docente:
Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
novembro 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	184
1. DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA MASSAGEM NUMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE DOR UTILIZANDO O PROCESSO REFLEXIVO DE GIBBS.....	185
2. CONCLUSÃO	190
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica.

Surge como indicador de resultado em contexto de um estágio desenvolvido numa Unidade de Tratamento da Dor de um Hospital público especializado na área oncológica da região centro do país. Em 2006, esta unidade implementou a massagem terapêutica enquanto intervenção no alívio da dor crónica e na promoção do conforto e bem-estar dos doentes oncológicos seguidos naquela instituição sendo assegurada por um grupo de enfermeiros com formação em massagem e que constituem o Grupo de Terapias Não Farmacológicas.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão, recorrendo-se ao Ciclo de Gibbs, de uma situação onde foi observada a utilização da massagem por um enfermeiro na promoção do conforto de uma pessoa com doença oncológica.

Segundo Ramos & Marques (2017) o Ciclo de Gibbs é um exercício metodológico organizado e sistematizado em seis etapas. Começa com a descrição de uma situação, seguindo-se a exposição dos pensamentos e sentimentos que estiveram envolvidos nessa situação. Segue-se a avaliação do que correu bem e do que poderia ter sido melhor e a análise, onde se procura o sentido a dar à situação. Por fim surge a conclusão e o plano de ação em que fique explícito o que se poderá realizar-se futuramente em situações semelhantes (Ramos et al, 2017).

O trabalho integra três partes fundamentais, a introdução, o desenvolvimento que discorre sobre a descrição, análise e reflexão da situação vivenciada e a conclusão encontrando-se estruturado conforme as normas da ESEL no que respeita à apresentação de trabalhos académicos.

1- DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA MASSAGEM NUMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE DOR UTILIZANDO O PROCESSO REFLEXIVO DE GIBBS

A pessoa com doença oncológica pode experienciar diversos sintomas que comprometem o seu bem-estar físico e psicológico, estando relacionados não só com o cancro, mas também com os tratamentos dirigidos à doença (Cowen, Miccio & Parikh, 2017).

A massagem é uma das intervenções não farmacológicas que pode ser utilizada pelos enfermeiros no alívio dos sintomas decorrentes da doença e dos tratamentos e contribuir na promoção do conforto e bem-estar da pessoa com doença oncológica (Galamaga & Cristian, 2021).

A escolha da situação que irei descrever de seguida prende-se pelo impacto que a observação desta experiência teve não só na doente, mas também em mim enquanto futura enfermeira especialista.

Maria (nome fictício), de 47 anos, casada tinha sido diagnosticada com um carcinoma ductal *in situ* em dezembro de 2020, sendo submetida a uma mastectomia parcial. Era seguida na consulta de dor por um quadro de dor neuropática que terá agravado após os tratamentos de quimioterapia. Tinha iniciado o seu programa de massagens em 12/10/2021, tendo sido referenciada não só pelo benefício da massagem no alívio da dor crónica, mas também com o objetivo de promover a melhoria do seu humor e diminuir o quadro de ansiedade/tristeza que apresentava. Antes de a convidar a entrar na sala, apresentei-me e solicitei a sua autorização para estar presente durante a massagem. A sala tinha sido previamente preparada, encontrando-se aquecida e com o material necessário para o procedimento (toalhas, fronhas, almofadas e lençóis) disposto de forma ordenada numa cama que servia de apoio.

Maria entrou na sala e a enfermeira cumprimentou-a:

- *Como tem estado Maria?* - Perguntou a enfermeira, enquanto Maria ia despindo a roupa.

- *Tenho andado bem... mas este peso aqui no braço é que me incomoda muito*- respondeu enquanto agarrava o braço esquerdo.

Maria, de forma quase intuitiva, posicionou-se em decúbito dorsal enquanto a enfermeira assegurou que esta estava totalmente coberta com a manta. A sala encontrava-se quase às escuras, apenas iluminada por uma luz suave de um candeeiro que tinha sido direcionado propositadamente para a parede.

A enfermeira prosseguiu com a avaliação dos sinais vitais e questionou:

- *Sente que a dor tem aumentado nos últimos dias? Numa escala de 0 a 10 qual é a intensidade de dor que sente neste momento?* - perguntou a enfermeira.

- *Eu nem sei se isto se pode considerar dor. É este peso, que me incómoda. É um desconforto constante principalmente à noite porque esta dormência vai aumentando ao longo do dia. Neste momento tenho um 7 ou 8, não sei muito bem. É algo que me incómoda muito* - Lamentou.

Com um tom de voz sempre baixo e quase melódico, a enfermeira perguntou à doente se podia colocar uma música ambiente e pediu-lhe para esta tentar descontraír. Posicionou-se ao seu lado e começou a mobilizar-lhe lentamente o braço esquerdo de forma a tentar perceber as suas queixas e limitações. Maria esboçou um fâcies de dor durante as mobilizações. Cerrou os olhos manifestando o incómodo que era perceptível na sua respiração.

- *É como se tivesse aí uma queimadura... é uma sensação horrível*- Disse com as lágrimas a correr pelo rosto.

A enfermeira continuou a mobilizar lentamente o braço esquerdo e foi falando com a doente para a tentar distraír. Explicou que aqueles sintomas são característicos de uma dor neuropática e que não os devia desvalorizar. Ensinou alguns cuidados que devia ter ao realizar as tarefas domésticas, como devia posicionar o braço durante a noite e demonstrou alguns exercícios que a doente podia fazer em casa para prevenir o linfaedema. Pouco a pouco a tolerância de Maria aos movimentos aumentou e começou a ficar mais calma e descontraída.

A enfermeira continuou a falar calmamente e pediu à doente para inspirar de forma profunda e expirar lentamente. Utilizou a imaginação guiada até Maria estar

completamente relaxada e com um fâcies descontraído. Neste momento a enfermeira sentou-se ao nível dos pés da doente e também ela manifestava uma expressão de calma e serenidade, quase como se estivesse conectada com a doente. Prosseguiu pressionando alguns pontos específicos dos pés atenta à reação de Maria. Continuou a massajar de forma harmoniosa os membros inferiores com movimentos ascendentes sempre na direção distal para a proximal.

Regressou novamente aos membros superiores e ao braço que tinha sido mobilizado minutos antes.

- *Como é que estamos agora?* - Questionou a enfermeira.

- *Ainda sinto uma impressão, mas não tem nada a ver*- respondeu Maria calmamente.

A enfermeira prosseguiu com a massagem nas mãos e solicitou depois à doente para se colocar em decúbito ventral. Realizou a massagem nas costas, desde a região lombar até à cervical. Aplicou movimentos de deslizamento superficial e profundo nomeadamente na região dos trapézios onde Maria identificou como uma das zonas que sentia maior pressão.

No final a enfermeira assegurou que todas as zonas massajadas se encontravam cobertas com a manta e colocou uma toalha aquecida por cima das costas de Maria. Esta parecia estar a dormir. A enfermeira utilizou um tom de voz baixo e informou calmamente Maria que iríamos sair da sala e pediu-lhe para ficar deitada mais 5 minutos.

Ao regressarmos à sala Maria continuava na mesma posição e aparentemente confortável estando ainda adormecida. A enfermeira auxiliou-a a sentar-se na cama, avaliou novamente os sinais vitais e perguntou-lhe como se sentia, questionando a intensidade da dor. Maria passou insistentemente a mão no braço esquerdo manifestando surpresa e admiração:

- *Estou tão bem! Isto é incrível! É uma diferença gigante. Tenho um braço novo!* - Exclamou, com a voz entorpecida. *Foi uma experiência fantástica. São sempre abordagens diferentes, mas saio daqui muito mais leve, muito mais animada, com uma disposição completamente diferente. Só tenho pena de esta já ser a penúltima sessão. Depois da massagem ando 2 ou 3 dias que não preciso de tomar S.O.S e sinto que em*

termos psicológicos isto me faz muito bem. Obrigada por esta viagem. Suspirou e voltou a agradecer à enfermeira.

Foram vários os sentimentos que surgiram ao longo da massagem, a maioria deles de tranquilidade, satisfação e serenidade. Senti-me incrédula, com a variação dos parâmetros vitais no início e no final da massagem, nomeadamente pela diminuição da FC e diminuição da intensidade da dor percebida pela doente. Esta experiência provocou em mim um sentimento de admiração pela forma como a enfermeira foi capaz de reconhecer as necessidades de conforto individuais daquela pessoa e através da massagem dar resposta a estas necessidades.

Ao refletir sobre esta situação considero que a enfermeira foi capaz de, através da massagem, estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a doente e, deste modo, prestar cuidados de enfermagem de forma holística. Através das manifestações verbais e não verbais de Maria conseguiu identificar as suas necessidades de conforto e conduzir a massagem de uma forma ordenada e sistemática que promoveu uma sensação de relaxamento e bem-estar na doente. Além disso, ao longo da massagem a enfermeira foi transmitindo alguns conhecimentos sobre técnicas e cuidados a ter em casa empoderando Maria no seu processo de gestão da doença.

Estima-se que em 2020 tenham sido diagnosticados cerca de 7000 novos casos de cancro de mama em Portugal sendo o tipo de cancro com maior incidência em Portugal (WHO, 2022). Com a evolução e o progresso dos meios de diagnóstico e tratamentos, tais como a cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia, temos assistido nos últimos anos a um aumento do número de sobreviventes de cancro de mama (SPO, 2020). No entanto, existem sintomas e sequelas que persistem mesmo após os tratamentos, como é o caso da dor social (Gentile, Boseli, Yaguda, Greiner & Bayley-Dorton, 2021).

A dor é um dos sintomas mais temidos pela pessoa com doença oncológica, não só pelo impacto que causa na dimensão física, mas também pelo seu efeito devastador na qualidade de vida destes doentes e família (Diniz & Naves, 2017), levando muitas vezes a sentimentos de tristeza, depressão e isolamento social (Gentile et al, 2021). Nesta perspetiva, é fundamental uma abordagem holística das

necessidades percebidas pela pessoa com dor sendo que toda a equipa multidisciplinar deve assumir o compromisso de dar resposta a estas necessidades desde a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (Diniz et al, 2017).

Os fármacos podem controlar a dor do ponto de vista fisiológico, mas nem sempre conseguem aliviar o sofrimento da pessoa com doença oncológica sendo que esta se manifesta para além da dimensão física no contexto psicológico, social e espiritual (Júnior, Oliveira & Riegel, 2017; Oliveira, Sobrinho & Cunha, 2016). Por conseguinte, o papel dos enfermeiros na implementação de intervenções não farmacológicas deve ser considerado prioritário, pois é nesta vertente que afirmam a sua autonomia e a excelência dos cuidados (OE, 2016).

Nesta Unidade de Tratamento da Dor, todos os doentes que possam beneficiar dos efeitos da massagem ao longo da trajetória da doença, podem ser referenciados pelo médico ao Grupo das Terapias Não farmacológicas. O programa de tratamentos é constituído por 8 sessões de massagem que decorrem semanalmente. A massagem é providenciada por um enfermeiro, num quarto devidamente equipado para o procedimento e são planeadas as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades individuais da pessoa avaliando-se os resultados no final de cada sessão.

Os benefícios da massagem, enquanto intervenção não farmacológica, estão descritos na literatura nomeadamente pela redução de sintomas relacionados com a doença oncológica tais como a fadiga, *stress*, ansiedade e depressão bem como na redução da dor crónica promovendo uma sensação de conforto e bem-estar e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica (Satijja & Bhatnagar, 2017; Braithwait & Ringdalh, 2017; Mardaneh, Jenabian, & Moghaddam, 2021).

De facto, nesta situação em concreto, tive oportunidade de verificar que a massagem teve um efeito positivo não só em Maria, que se encontrava visivelmente mais calma e tranquila no final da massagem, mas também na enfermeira, que manifestava um sentimento de contentamento no final do procedimento. A utilização intencional do toque terapêutico através da massagem é uma oportunidade de o enfermeiro reconhecer a pessoa como um todo e transmitir uma

sensação de calma e tranquilidade que contribui para a promoção do conforto e bem-estar (Braithwait & Ringdalh, 2017)

No que respeita ao plano de cuidados, a enfermeira, tendo em conta a avaliação das necessidades identificadas, construiu diagnósticos de enfermagem que tinham como foco a ansiedade, dor, conforto, tristeza e conhecimento. Para cada um destes diagnósticos foram planeadas intervenções de enfermagem que puderam ser implementadas durante a massagem, tais como, gerir ambiente, escutar, executar técnica de relaxamento, avaliar o conforto, disponibilizar suporte emocional, ensinar sobre exercícios respiratórios, entre outras.

Numa situação futura, considero que os contributos desta aprendizagem irão facilitar a o planeamento e a implementação da massagem na minha prática de cuidados. Refletir sobre esta situação permitiu-me não só identificar as condições e os recursos necessários para implementar a massagem num contexto de cuidados de saúde, mas também reconhecer a importância de alguns atributos manifestados pela enfermeira tais como a presença, a disponibilidade e escuta ativa que contribuíram para os resultados positivos experienciados pela doente.

2- CONCLUSÃO

O enfermeiro tem um papel ativo e primordial na implementação de intervenções não farmacológicas que visam o conforto e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica.

A massagem, tem-se assumido como uma mais-valia nos cuidados de saúde e a sua integração no plano de cuidados da pessoa com doença oncológica tem demonstrado benefícios no controlo de sintomas como é o caso da dor, ansiedade e depressão, na promoção do conforto e bem-estar da pessoa, mas também no estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.

Do ponto de vista pessoal e profissional refletir sobre esta situação revelou-se uma oportunidade muito enriquecedora. Considero que tenho de desenvolver as algumas competências enquanto enfermeira especialista, tais como a capacidade

de avaliar as necessidades da pessoa com doença oncológica de forma holística em todos os contextos de prática clínica que me permitam estabelecer uma relação terapêutica eficaz através da massagem. Tal como Benner (2001, p.17) refere “aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial e ao longo do tempo”, pelo que irei procurar aperfeiçoar as minhas competências nesta área de cuidados ao longo do restante período de estágio.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Braithwaite, C. M.; Ringdahl, D. (2017) - Nurse-administered Hand Massage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol(21). n(4). 87-92;
- Cowen, V.V; Miccio, R.S; Parikh, B. (2017)- Massage Therapy in Outpatient cancer Care: A metropolitan Area Analysis. *Journal of Evidenc-based Complementary &Alternative Medicine*. Vol 22 (4);
- Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Eye ´ C Design Gráfico;
- Galamaga, K.M.; Cristian, A. (2021) - Oncology Massage Therapy in Breast and Gynecologic Cancers. In Cristian. A (2021) - Breast Cancer and Gynecologic Cancer Rehabilitation. 1ªed. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-72166-0.00026-8>;
- Gentile, D.; Boselli, D, Yaguda, S.; Greiner, R.; Bailey-Dorton, C. (2021)- Pain Improvement after healing Touch and massage in Breast cancer: na Observational Retrospective Study. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*. Vol (14). N (1);
- Junior, J.O.; Oliveira, S., B., S.; Migowski, E., R.; Riegel, F. (2017). Nurses’ role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. *Rev Dor*. Vol (18);

- Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Nursing and Midwifery Studies*. 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19.
- Oliveira, A.L.; Sobrinho, N.P.; Cunha, B.A.S. (2016). Chronic cancer pain management by the Nursing team. *Rev Dor. São Paulo* vol 17 (3)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer nº 04/2016. “Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na Unidade de Dor Crónica”. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf
- Ramos, A., Marques, F., G., C., (2017) - Parar-refletir-aprender: o contributo do ciclo de Gibbs para a aprendizagem dos estudantes no CLE. 4º Congresso nacional de práticas Pedagógicas no ensino superior. Setúbal
- Satija, A., & Bhatnagar, S. (2017). Complementary therapies for symptom management in cancer patients. *Indian journal of palliative care*, 23(4), 468.
- SPO. Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). Manual de Oncologia SPO. Abordagem e Tratamento do cancro da mama. 1ªed. Edit.on.lab;
- WHO (2021) World Health Organization. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/featured-news/breast-cancer-awareness-month-2021/>

Apêndice XII- Planeamento das atividades a realizar numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

Local de estágio 3 Unidade de Cuidados Paliativos		
Início: 29.11.2021	Duração: 5 semanas	Término: 14.01.2022
<p>Objetivo Geral 3: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa no âmbito da avaliação, alívio e controlo da dor e promoção do conforto, através da massagem terapêutica.</p>		
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Resultado
<p>3.1- Identificar as INF utilizadas pelos enfermeiros no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação das INF utilizadas pelos enfermeiros no serviço; ▪ Elaboração de uma “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica”, que incorpore dados do doente, história de dor e instrumento de avaliação de dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza notas de campo utilizando a grelha de observação das INF elaborada no primeiro campo de estágio; ✓ Elabora uma “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica”;
<p>3.2- Apresentar à equipa de enfermagem a massagem terapêutica como INF no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão formativa para apresentar o projeto à equipa de enfermagem; ▪ Divulgação em suporte de papel do “Manual de boas práticas na aplicação da massagem à pessoa com doença oncológica”; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza uma sessão formativa para apresentar o projeto; ✓ Disponibiliza à equipa o “Manual de boas práticas na aplicação da massagem à pessoa com doença oncológica”;
<p>3.3- Aplicar a massagem terapêutica como INF no alívio da dor e na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seleção dos doentes que reúnem critérios para a realização da massagem através do algoritmo de decisão previamente elaborado; ▪ Realização da massagem terapêutica para alívio da dor e promoção do conforto; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplica o algoritmo de decisão elaborado no campo de estágio 2; ✓ Realiza a massagem terapêutica a 5 pessoas internadas; ✓ Avalia a eficácia da massagem através do instrumento de avaliação de dor contemplado na “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica” ✓ Realiza um estudo de caso de uma situação de 1 pessoa a quem tenha realizado massagem terapêutica
<p>Recursos: Humanos (Enfermeira-chefe; Enfermeira orientadora, Equipa multidisciplinar; Clientes de enfermagem) Materiais (Documentos do serviço, protocolos, normas, instrumentos de avaliação, algoritmo de decisão; Manual de boas práticas na aplicação da massagem à pessoa com doença oncológica, “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica”; óleo de massagem, toalhas, almofadas); Físicos: (computador, projetor)</p>		

Apêndice XIII- Ficha de anamnese: Avaliação Inicial e Avaliação Subsequente da massagem

MASSAGEM TERAPÊUTICA

Ficha de anamnese | Avaliação Inicial

Nome/ Código: _____ Sessão nº: _____
Data nascimento: _____ Data: _____
Pessoa de referência: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Diagnóstico: _____

Metastização? Sim Não | Localização: _____

Tratamentos efetuados ou em curso:

Cirurgia | Localização: _____ Data: _____

Quimioterapia | Protocolo: _____ última sessão: _____

Via de administração: Oral: _____ IV: _____ SC: _____ Tem CTI? Sim Não

Radioterapia | Local de irradiação: _____ última sessão: _____

Braquiterapia | Local de tratamento: _____ última sessão: _____

Imunoterapia | Protocolo/ via de administração: _____ última sessão: _____

Hormonoterapia | Protocolo/ via de administração: _____ última sessão: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

HTA _____

DM _____

Doença cardíaca _____

Doença pulmonar _____

Doença gástrica _____

Doença renal _____

Doença hematológica _____

Doença neurológica _____

Doença Psiquiátrica _____

Doença Auto-Imune _____

Osteoartrite/ artrose _____

Outras: _____

Alergias: _____

Medicação Habitual

Anti-hipertensores

Anti-diabéticos orais

Anticoagulantes/ antitrombóticos

AINE´s

Opióides (fracos/fortes)

Ansiolíticos

Psicofármacos

Anticonvulsivantes

Outros: _____

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SINTOMAS

Febre	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dores de Cabeça	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tonturas/ desequilíbrio	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Feridas abertas/infetadas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Doenças de pele	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Hematomas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Áreas inflamadas/infeção	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Fraturas recentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Hemorragia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
História/ risco de coágulos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Anemia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Hb: _____ PCR: _____
 Neut.: _____ Ureia: _____
 Plaq: _____ Cr: _____
 Leuc: _____

Cansaço	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Falta de ar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Náusea	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Falta de apetite	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sensação de mal-estar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Ansiedade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Insónia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tristeza	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Obstipação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sonolência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Stress	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dor	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Outros:

HISTÓRIA DE DOR

Caracterização da Dor:

Duração: [< 3 meses] [3-12 meses] [> 12 meses]

Padrão: [contínua] [intermitente] [episódica]

Qualidade: [moinha] [aperto] [facada] [queimadura]
 [dormência] [Guinada] [choque elétrico] [repuxamento]

Intensidade:

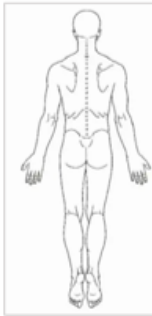
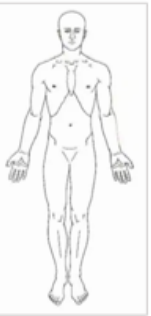
Escala Numérica

Sem Dor

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

 Dor Máxima

Localização:

Fatores de alívio:

Fatores de agravamento:

Resgastes:

Fármaco: _____

Toma EAN= _____ Resultado: _____

Nº resgastes/24h: _____

SINAIS VITAIS E AVALIAÇÃO DE SINTOMAS

Avaliação objetiva pré massagem

Parâmetros vitais	Início da sessão
TA	
FC	
SpO2	
Temperatura °C	
Dor (Escala Numérica)	

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) *		
Pontuação obtida no início da sessão		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea/enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor nível de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar
Sem <i>Distress</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de <i>Distress</i>

* (Preenchimento por parte do cliente, sempre que possível)

Objetivo da massagem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Melhoria do sono | <input type="checkbox"/> Redução da ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Alívio da dor | <input type="checkbox"/> Melhoria bem-estar |
| <input type="checkbox"/> Relaxamento | <input type="checkbox"/> Melhoria estado psicológico e humor |
| <input type="checkbox"/> Alívio náuseas e vômitos | <input type="checkbox"/> Outros. _____ |

O que espera com a realização da massagem? _____

PLANIFICAÇÃO DA MASSAGEM

Restrições locais da massagem:

- Sim. Qual? _____
- Não

Recursos disponíveis:

- Toalhas e lençóis aquecidos
- Almofadas de posicionamento
- Óleo de massagem
- Creme de massagem

Condições ambientais

- Temperatura ambiente adequada
- Música ambiente
- Silêncio
- Privacidade

Locais massajados :

- Costas
- Lombar
 - Dorsal
 - cervical
- Membros inferiores
- Posterior
 - Anterior
- Pés
- Abdómen
- Membros superiores
- Omoplatas
- Mãos
- Face
- Couro cabeludo

Técnicas de massagem utilizadas

- Effleurage*
- Deslizamento superficial
 - Deslizamento profundo
 - Deslizamento com o polegar
- Petrissage*
- Compressão
 - Amassamento
 - Torção
 - Percussão
 - Vibração
 - Fricção

Duração da massagem: _____

Avaliação subjetiva após a massagem.

Como se sente?

Melhor Pior Igual

SINAIS VITAIS E AVALIAÇÃO DE SINTOMAS

Avaliação objetiva pós massagem

Parâmetros vitais	Final da sessão
TA	
FC	
SpO2	
Temperatura ° C	
Dor (Escala Numérica)	

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) *

Pontuação obtida no final da sessão		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea/enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor nível de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar
Sem Distress	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de Distress

* (Preenchimento por parte do cliente, sempre que possível)

Próximas sessões de massagem:

MASSAGEM TERAPÊUTICA Avaliação subsequente

Nome/ Código: _____ Sessão nº: _____
 Data nascimento: _____ Data: _____

Sintomas identificados última sessão:

Dor Náusea Falta de ar Falta de apetite Sensação de mal-estar Cansaço Ansiedade
 Insônia Tristeza Obstipação Sonolência *Distress/angústia*

Como se sentiu depois da última sessão? Melhor Pior Igual

Houve alguma alteração no seu estado clínico desde a última sessão? Sim Não | Qual?: _____

Objetivo da massagem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Melhoria do sono | <input type="checkbox"/> Melhoria bem-estar |
| <input type="checkbox"/> Alívio da dor | <input type="checkbox"/> Melhoria estado psicológico e humor |
| <input type="checkbox"/> Relaxamento | <input type="checkbox"/> Outros. _____ |
| <input type="checkbox"/> Alívio náuseas e vômitos | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Redução da ansiedade | |

O que espera com a realização da massagem? _____

Parâmetros vitais	Início da sessão	
TA	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) *	
FC	Pontuação obtida no final da sessão	
SpO2	Sem dor	Pior dor possível
Temp. °C	Sem cansaço	Pior cansaço possível
	Sem náuseas/enjoo	Pior sensação de náusea/enjoo possível
	Sem depressão	Pior sensação de depressão possível
	Sem ansiedade	Pior sensação de ansiedade possível
	Sem sonolência	Pior sensação de sonolência possível
	Muito apetite	Sem qualquer apetite possível
	Melhor nível de bem-estar	Pior nível de bem-estar possível
	Sem falta de ar	Pior sensação de falta de ar
	Sem Distress	Pior sensação de Distress

PLANIFICAÇÃO DA MASSAGEM

Restrições locais da massagem:

- Sim. Qual? _____
- Não

Recursos disponíveis

- Toalhas e lençóis aquecidos Almofadas de posicionamento Óleo de massagem Creme de massagem
- Temperatura ambiente adequada Música ambiente Silêncio Privacidade

Locais massajados :

- Costas
- Lombar
 - Dorsal
 - cervical
- Pés
- Abdómen
- Membros superiores
- Omoplatas
- Mãos
- Face
- Couro cabeludo

Técnicas de massagem utilizadas

- Effleurage*
- Deslizamento superficial
 - Deslizamento profundo
 - Deslizamento com o polegar
- Petrissage*
- Compressão
 - Amassamento
 - Torção
 - Percussão
 - Vibração
 - Fricção

Avaliação subjetiva após a massagem.

Como se sente?

Parâmetros vitais	Final da sessão	
TA	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) *	
FC	Pontuação obtida no final da sessão	
SpO2	Sem dor	Pior dor possível
Temp. °C	Sem cansaço	Pior cansaço possível
	Sem náuseas/enjoo	Pior sensação de náusea/enjoo possível
	Sem depressão	Pior sensação de depressão possível
	Sem ansiedade	Pior sensação de ansiedade possível
	Sem sonolência	Pior sensação de sonolência possível
	Muito apetite	Sem qualquer apetite possível
	Melhor nível de bem-estar	Pior nível de bem-estar possível
	Sem falta de ar	Pior sensação de falta de ar
	Sem Distress	Pior sensação de Distress

Apêndice XIV- Estudo de Caso: “A massagem como intervenção promotora do conforto na pessoa com doença oncológica em situação paliativa”

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica,
vertente oncológica**

**A massagem como intervenção promotora do
conforto na pessoa com doença oncológica em
situação paliativa**

Estudo de caso

Adelaide Catarina Rebelo dos Santos

Docente:

Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
janeiro 2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEOP- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa

CP- Cuidados Paliativos

ESAS- *Edmonton Symptom Assessment Scale*

IASP- *International Association for the Study of Pain*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PE- Processo de Enfermagem

PEDCP- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

RE- Receptor de Estrogénio

RH- Receptor Hormonal

RP- Receptor Prosgesterona

RM- Ressonância Magnética

SPO- Sociedade Portuguesa de Oncologia

WHO- *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	208
1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA.....	209
1.1- Diagnóstico do estado de saúde e planeamento de cuidados ..	219
2. CONCLUSÃO	222
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica. Trata-se de um estudo de caso, elaborado em contexto de estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Privado, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na área do cuidado à pessoa com doença crónica em situação paliativa.

Segundo Figueiredo & Amendoeira (2018, p.103) um estudo de caso “é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores”, com vista a uma abordagem holística do objeto de estudo como um todo e não de um acontecimento em particular. Para tal, foi selecionada uma pessoa com doença oncológica em contexto de internamento em Cuidados Paliativos (CP), em concordância com a enfermeira orientadora, com a qual se estabeleceu contato com vista à prestação de cuidados de enfermagem durante o turno da manhã no dia 10/01/2022. As razões que determinaram a sua escolha, prendem-se não só pelas necessidades de conforto manifestadas pela doente, mas também pelas suas preferências individuais em terapias complementares na gestão e alívio dos sintomas.

No sentido de fundamentar a minha prática de cuidados, sistematizei todo o processo de enfermagem de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que se baseia no princípio de que o conforto é uma necessidade básica da pessoa humana e o resultado imediato e desejável de todo o cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003).

A realização deste estudo de caso tem como objetivo: analisar o impacto da doença oncológica e dos efeitos secundários dos tratamentos na vida da pessoa e sua família, aprofundar o conhecimento sobre as necessidades físicas, psicoespirituais, ambientais e sociais subjacentes à vivência da doença oncológica e refletir sobre o efeito da massagem na melhoria do conforto da Pessoa.

Após terem sido apresentados os objetivos do trabalho e garantida a confidencialidade da informação, foi obtido o consentimento verbal da doente

autorizando a implementação da massagem no seu plano de cuidados, bem como a recolha de dados adicionais no processo clínico.

Este trabalho é constituído por uma introdução, seguindo-se a descrição do conhecimento da pessoa, família e contexto de vida, de acordo com processo de enfermagem e, no final, uma breve conclusão e as referências bibliográficas utilizadas como evidência para fundamentar as temáticas abordadas.

1- DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

A realização deste estudo de caso refere-se à Sr^a D. M.A.B, caucasiana, do género feminino, nascida a 03/07/1950 em Lisboa, atualmente com 71 anos de idade.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia utilizada pelos enfermeiros na elaboração de um plano de cuidados holístico baseado nas necessidades da pessoa e família. Trata-se de um processo contínuo, organizado em cinco etapas que, muitas vezes, se relacionam e se sobrepõem: a colheita de dados, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação dos resultados, (Barros, Sanchez, Lopes, Lopes & Silva, 2015). Ao iniciar primeira etapa do PE, é fundamental que o enfermeiro tenha uma compreensão clara do modelo teórico que fundamenta a sua atividade, de forma a facilitar a colheita, análise e interpretação dos dados de forma intencional e sistemática que lhe permitam planear, implementar e avaliar os resultados dos seus cuidados (Barros et al, 2015).

A elaboração deste trabalho foi norteadada pela Teoria de médio alcance desenvolvida por Kolcaba que sustenta que todo o cuidado de enfermagem visa a promoção do conforto (Kolcaba, 2003). Segundo Kolcaba (2003) a Enfermagem é o processo de avaliação intencional que o enfermeiro faz das necessidades de conforto, das intervenções de enfermagem que implementa e dos resultados dessas intervenções (Dowd, 2004; Lima, Guedes, Silva, Freitas & Fialho, 2016). A prática de cuidados fundamentada na Teoria do Conforto garante que o enfermeiro, em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar, identifica as necessidades não satisfeitas do doente ou família, define e implementa as intervenções que vão ao encontro dessas

necessidades e avalia se os resultados das suas intervenções foram ou não promotoras de conforto (Cardoso, Souza, Caldas & Bitencourt, 2020).

Muito mais do que a ausência de dor, o conforto é definido por Kolcaba como a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003)

O *Alívio* diz respeito à condição na qual o doente tem satisfeita uma necessidade específica através do controlo de fatores que produzem desconforto e que pode promover um estado de calma ou contentamento, sendo um resultado holístico imediato que pode ser rapidamente modificado com a mudança das circunstâncias; a *tranquilidade*, refere-se a um estado mais duradouro de calma ou contentamento; e a *transcendência* como a condição em que o indivíduo supera os seus problemas ou sofrimento traduzindo-se no nível mais elevado do conforto (Dowd, 2004; Lima et al, 2016).

De acordo com a autora, o conforto está centrado naquele que necessita de cuidados e os aspetos do conforto são facilmente percebidos pelos destinatários sendo um resultado essencial para os cuidados de saúde (Kolcaba, 2003). Nesta perspetiva, quando a intervenção é eficaz o conforto é alcançado imediatamente e, por conseguinte, a pessoa que recebe os cuidados tem mais probabilidade de se envolver em comportamentos de procura de saúde que promovem ainda mais o conforto (Cardoso et al, 2020).

A Sr^a M.A. (nome pelo qual gosta de ser tratada), é natural de Armação de Pêra, mas reside há mais de 50 anos em Lisboa. É viúva há 4 anos (marido faleceu por neoplasia da bexiga) e tem duas filhas de 33 e 47 anos, que já não coabitam com a doente. Tem 2 netos da filha mais velha. Vive no 2º andar de um apartamento localizado em Lisboa, com saneamento básico e água canalizada, assim como sistema de aquecimento. Refere ter apoio pontual de uma empregada que considera como membro da família “é maravilhosa, de uma fidelidade incrível”. Tem como habilitações literárias o 12º ano, é reformada tendo sido foi secretária. Frequenta a Universidade Sénior há cerca de 15 anos. Gosta de ler, pratica pintura e dança e realiza uma viagem por ano com o grupo de amigos da universidade. No entanto, tendo em conta o contexto pandémico, refere que

nos últimos tempos tem permanecido mais em casa estando por isso mais afastada da sua rede de amigos e das suas atividades de interesse. É católica não praticante refere que “não gosta de missas”.

Como força anímica para viver refere-se às filhas como o grande suporte depois da morte do marido. Considera que ainda tem muito para viver e para dar, relatando com entusiasmo que é madrinha na Associação “Padrinhos do Mundo”, contribuindo mensalmente com uma quota para o pagamento das despesas escolares em Angola de uma menina de 12 anos que deseja vir a tornar-se enfermeira. “Há muitas desigualdades no mundo e se puder ajudar os mais desfavorecidos sinto-me feliz” (sic). Considera-se uma pessoa saudável, que sempre gostou de realizar exercício físico e que até há pouco tempo “realizava caminhadas todos os dias” (sic). Nega alergias alimentares ou a medicamentos. Refere que recorre com frequência às terapias complementares como a acupuntura, massagem e aromoterapia para se sentir mais fortalecida e com mais energia e que só toma medicação quando já não consegue “aguentar mais”. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e/ou de drogas ou estupefacientes.

Neste processo de doença conta, sobretudo, com o apoio da filha mais nova que, pelo facto de ser solteira e não ter filhos, considera “estar mais disponível” (sic), tendo-se mudado recentemente para casa da mãe para poder apoiá-la nesta fase da doença. Manifesta amargura por a sua filha ter alterado a vida por causa dela, mas reconhece que “agora tenho um bocadinho de desequilíbrio e tenho medo de cair” (sic). Tal como Figueiredo & Amendoeira (2018) referem a doença oncológica não é só um acontecimento pessoal, mas também um acontecimento familiar significativo que provoca sofrimento, preocupações e perdas não só no doente, mas também na família que tem de se adaptar no sentido de atender às necessidades de conforto do familiar doente.

A história de doença oncológica da Sr^a M.A iniciou-se em 1994, altura em que, com 43 anos, lhe foi diagnosticado um carcinoma ductal invasivo da mama direita em estadio pT1N1M0, com grau de malignidade 2 (G2). Terá realizado em Londres (onde o marido se encontrava a trabalhar) quimioterapia e radioterapia seguindo-se hormonoterapia com Tamoxifeno durante 5 anos. Refere que nessa altura “tive muita sorte, não me tiraram a mama” (sic), manifestando o medo que sentiu pois “não queria ficar mutilada” (sic).

O cancro da mama é um problema de saúde pública e apesar de não ser dos cancros mais letais foi, em 2020, o cancro mais frequentemente diagnosticado, com cerca de 11,7% de novos casos, seguido pelo cancro do pulmão (11,4%), colorretal (10,0%), próstata (7,3%) e estômago (5,6%) (Global Cancer Observatory, 2020). É o tipo de tumor com maior incidência em Portugal, estimando-se que em 2020 tenham sido diagnosticados cerca de 7000 novos casos provocando a morte a cerca de 1800 mulheres (WHO, 2022).

Existem duas variantes patológicas principais do cancro da mama: o carcinoma ductal e o carcinoma lobular. O carcinoma ductal invasivo é a forma mais comum de cancro da mama, com uma prevalência de 70%. Tem início num ducto galactóforo e cresce através da parede do ducto até ao tecido mamário adjacente, com capacidade de se disseminar para fora da mama (Vieira, 2019). A classificação TMN baseia-se na avaliação de três componentes: T- classifica a extensão do tumor; N- revela a ausência ou presença e extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais; e M- revela a ausência ou presença de metástases à distância (Vieira, 2019; SPO, 2020).

Geralmente, os órgãos mais afetados pela metastização do cancro da mama são os gânglios linfáticos, o fígado, os ovários e os ossos (Vieira, 2019; SPO, 2020) facto que se veio a confirmar no caso da Sr^a M.A, quando em 2015, foi detetada metastização óssea.

Nessa altura, terá realizado uma TAC da bacia e coluna lombar num contexto de quadro algico descontrolado que revelou uma lesão lítica do osso ilíaco à direita e da apófise transversa de L5. A localização da lesão foi confirmada com uma cintigrafia óssea seguindo-se de biópsia óssea cuja análise citológica e imunohistoquímica foi compatível com um adenocarcinoma de padrão glandular, bem diferenciado com marcação positiva para recetores de estrogénio (RE+), HER2+, confirmando-se o diagnóstico de carcinoma da mama (luminal B, RE+, HER2+), com metastização óssea.

A evolução do conhecimento na área da biologia do carcinoma da mama permitiu o reconhecimento de outras variáveis moleculares na sua caracterização biológica (Santos & Lopes, 2014; Vieira, 2019). Atualmente, para além da classificação TMN, o estadiamento do cancro da mama faz-se de acordo com a classificação molecular e o estudo imunohistoquímico. Há três tipos de proteínas cuja presença é avaliada em todos os casos de cancro de mama: o recetor de estrogénio (RE); o recetor de progesterona (RP) e o fator de crescimento epidérmico tipo 2 (HER2) (Vieira, 2019; SPO, 2020). Para além de terem valor prognóstico, a expressão de recetores hormonais (RH) e de HER2, são

considerados fatores preditivos de resposta ao tratamento. Os tumores são designados de RH positivos ou negativos com base na presença ou ausência destes recetores. São considerados tumores luminais os que apresentam expressão de RH, reconhecendo-se, atualmente, cinco subtipos de cancro da mama: luminal A, luminal B, luminal B/ HER2 positivo, HER2 positivo e basal (triplo negativo) (Santos & Lopes, 2014; Vieira, 2019; SPO, 2020).

Quanto ao HER2, trata-se de uma proteína alterada que leva ao desenvolvimento do cancro, ou seja, um proto-oncogene. Esta proteína tem um papel regulador do crescimento nas células e está presente em número de 2 nas células normais. No entanto, um erro aleatório neste gene, leva a um aumento em número e quantidade desta proteína, fazendo com que as células do tumor cresçam e se dividam de modo mais rápido, pelo que, tumores com positividade para o HER2 sejam considerados mais agressivos (Vieira, 2019). Pese embora a agressividade destes tumores, a presença de RH e de HER2 são considerados “alvos terapêuticos”, uma vez que apresentam uma resposta terapêutica à hormonoterapia e à terapêutica anti-HER2, respetivamente (Santos & Lopes, 2014).

O tratamento sistémico do cancro da mama é geralmente indicado para a maioria das doentes e deve incluir tratamento hormonal anti-estrogénio, quimioterapia citostática e tratamento dirigido à proteína HER2 (SPO, 2020).

Esta recomendação vai ao encontro da terapêutica que em 2015 foi proposta à doente que incluía *letrozol*, *paclitaxel* e *trastuzumab*+ *pertuzumab*. Porém, após três meses de quimioterapia com *paclitaxel*, a Sr^a. M.A decide por iniciativa própria abandonar a terapêutica com citostáticos referindo que aquilo que mais a assustou na altura foi a possibilidade de “ficar sem cabelo” (sic).

Durante setembro de 2015 e março de 2020 esteve sob tratamento de *Trastuzumab* e *Pertuzumab*, *letrozol* e *ácido zoledrónico*.

O *Trastuzumab* e *Pertuzumab* são anticorpos monoclonais projetados para se ligarem a um alvo específico. Neste caso, eles ligam-se à proteína HER2 nas células tumorais impedindo o seu crescimento. Podem ser utilizados isoladamente ou em combinação, principalmente se a quimioterapia já foi tentada e, no caso do cancro de mama avançado o tratamento é feito desde que o medicamento seja útil (Santos & Lopes, 2014; SPO, 2020). A hormonoterapia é uma forma de terapêutica sistémica cujo objetivo é bloquear

os recetores das células tumorais que se ligam ao estrogénio (RE+) ou à progesterona (RP+) o que impede o seu crescimento e divisão das células cancerígenas. (Vieira, 2019). Os medicamentos que bloqueiam os recetores de estrogénio mais utilizados são o tamoxifeno e o letrozol. Este último, pertence à classe dos inibidores da aromatase que impede a produção de estrogénio. É mais utilizado nas mulheres após a menopausa onde uma pequena quantidade de estrogénio ainda é produzida pela enzima aromatase na gordura (Vieira, 2019; SPO, 2020). A hormonoterapia é, normalmente, utilizada durante 5 a 10 anos, dependendo de cada situação, de acordo com o risco de recidiva e com a tolerância da doente. Os efeitos secundários relacionados com a hormonoterapia são, geralmente, dores articulares, sintomas semelhantes aos da artrite em diferentes articulações, osteoporose ou mesmo fraturas. Por conseguinte é geralmente associada a prescrição de bifosfonatos, como o ácido zoledrónico, que têm como objetivo prevenir a desmineralização óssea quando é necessária a utilização de inibidores da aromatase (SPO, 2020; Araújo, 2020).

No entanto, em março de 2020, decidiu novamente por sua iniciativa, suspender os tratamentos referindo-se ao impacto dos efeitos secundários deixando de comparecer às consultas de acompanhamento e vigilância desde essa data. “Cheguei ao meu limite, já não aguentava mais” (sic); “Fui eu que pedi à Dr^a M. para me retirar o pertuzumab” (sic); “Sabe o que é ter as unhas todas pretas e sentir vidros nas mãos?” (sic).

Para além dos efeitos secundários normalmente associados aos tratamentos sistémicos para o cancro da mama, como a alopecia, neutropenia, alterações gastrointestinais, como náuseas e vômitos, estes tratamentos podem ter efeitos colaterais também a nível da pele e das unhas (SPO, 2020). Os problemas da pele ocorrem principalmente com a administração de citostáticos, no entanto, quer as terapêuticas anti HER2, quer a hormonoterapia e os bifosfonatos, podem, embora que raramente, provocar alterações tais como descoloração ou escurecimento das unhas, hipersensibilidade à luz solar, rubor e dor nas mãos e pés e prurido generalizado (Vieira, 2019; Frade, 2020; SPO, 2020).

Outro sintoma que pode surgir durante ou mesmo após os tratamentos de quimioterapia é a neuropatia periférica que ocorre por uma disfunção dos neurónios periféricos motores. Pode manifestar-se como alterações sensoriais das extremidades caracterizadas por dor, parestesias e disestesias (Kameo, Sawada & Silva, 2016). Estes

sintomas têm um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes com cancro, podendo levar a incapacidades físicas, cognitivas e psicológicas afetando as atividades de vida diária e comprometendo negativamente os resultados terapêuticos ao levar à descontinuação prematura do tratamento (Kameo et al, 2016).

Em outubro de 2021, A Sr^a M.A terá recorrido à urgência por quadro de lombalgia, tendo sido medicada com analgésicos, anti-inflamatórios e opióides fracos. Apesar da medicação, apresentou agravamento da lombalgia, com dor intensa e incapacitante o que motivou o internamento numa unidade de cuidados paliativos. De acordo com Ferrel; Temel, Temin, Alesi, Balboni, Basch, et al (2016) a referenciação da pessoa com doença oncológica avançada para unidades de cuidados paliativos deve ser realizada o mais precocemente possível de forma a possibilitar a construção de uma relação terapêutica eficaz com o doente, família e/ou cuidadores, gerir e controlar sintomas que possam interferir no *status* funcional do doente, explorar a compreensão da doença e do diagnóstico por parte do doente e família, ajudando a gerir expectativas e a clarificar os objetivos dos tratamentos, avaliar e assistir nas necessidades de conforto e ainda referenciar o doente para outras especialidades médicas sempre que seja necessário para a tomada de decisão de forma coordenada e holística dos cuidados a prestar (Ferrell et al, 2016).

O meu primeiro contato com a Sr^a M.A ocorreu no dia 10 de janeiro de 2022, durante o turno da manhã, na Unidade de Cuidados Paliativos. Encontrava-se internada há 18 dias para controlo sintomático da dor associado à doença oncológica de base. A problemática que desencadeou o internamento da Sr^a M.A vai ao encontro do que a evidência diz indicando a dor como um dos principais sintomas na pessoa com doença oncológica em estado avançado estando, na maioria dos casos, relacionada com a invasão tumoral ou com metastização (Ritto, Naves & Rocha, 2017).

Para esclarecimento da etiologia da dor, realizou uma ressonância magnética (RM) da coluna lombar cujo resultado evidenciou uma “alteração estrutural de múltiplos elementos vertebrais (...) nomeadamente D2 e D6, com infiltração nomeadamente direito de D2 e em especial dos 2/3 posteriores do corpo de D6 bem como pedículo e apófise transversa com expressão igualmente intra-raquidiana por expansão óssea e (...) alteração estrutural do corpo vertebral de L2”. Foi observada pela neurocirurgia que

propôs radioterapia externa paliativa de D6 e L2 com caracter sintomático e preventivo de fratura e compressão medular. A radioterapia é uma abordagem terapêutica que utiliza radiações ionizantes no tratamento de tumores, sendo que a emissão de radiação gera nos tecidos uma série de reações físicas, químicas e biológicas, com produção de radicais livres, que provocam lesões nas cadeias de ADN (Santos & Lopes, 2014). É um tratamento loco regional que complementa o tratamento cirúrgico, mas que, tem também um papel no controlo de sintomas em doentes com carcinoma da mama metastizado, nomeadamente no controlo da dor e redução do risco de fraturas e de compressão medular nos casos de metastização óssea (Santos & Lopes, 2014).

Durante o internamento encontrava-se medicada com o seguinte esquema terapêutico: Pantoprazol 20mg PO (9h); Bisacodilo 5 mg, PO (9h); Dexametasona 4mg, PO (9h); diazepam 5mg PO (9h); gabapentina 100mg PO (9h/15h); tramadol 100mg PO (9h/15h); zolpidem 10mg PO (22h) bisacodilo 10mg retal (SOS); clonazepam 0.5mg (SOS); metoclopramida 10mg SC (SOS); tramadol 50mg PO (SOS).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) uma abordagem farmacológica multimodal, com AINE's, paracetamol e opióides, de forma isolada ou em combinação, é a estratégia mais recomendada com vista a um controlo rápido, eficaz e seguro da dor. Também a utilização de adjuvantes, como corticóides, antiepiléticos ou antidepressivos, usados em conjunto com os opióides, são benéficos no controlo da síndrome dolorosa na pessoa com doença oncológica (WHO, 2018).

À minha abordagem, apresentava-se calma, orientada no tempo e espaço, referindo estar "entorpecida" (sic), pois não teria dormido bem nessa noite. Necessitava de ajuda parcial nos cuidados de higiene e realizava marcha acompanhada com apoio unilateral e /ou andarilho. Ao exame físico, apresentava discreta palidez cutânea, mucosas coradas e hidratadas. Encontrava-se eupneica (SatO₂ 98% em AA), normotensa (TA= 124/64mmHg), normocardica com FC= 68ppm e apirética (Tauricular= 36,8°C). Apresentava abdómen ligeiramente distendido e timpanizado referindo estar obstipada há 2 dias, situação que lhe provocava desconforto.

Manifestava um fácies de dor, tendo sido questionada acerca da intensidade da dor, através da escala numérica, que varia entre a classificação de 0 "sem dor" e 10 "dor máxima", tendo referido a classificação de 4, que corresponde a uma dor moderada. Referia-se a uma dor tipo moinha na região lombar, que segundo a mesma "já estava

muito mais controlada do que no início do internamento” (sic). Recorda que era uma pessoa totalmente autónoma nas AVD´s até há 3 meses quando deixou de se conseguir levantar por uma dor intensa na região lombar. “No início sentia aquela moinha ali nas costas, mas depois comecei a sentir uma dor fininha pela perna esquerda como se fosse algo a espetar” “Tive dores terríveis antes de ser internada” (sic).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor refere-se a uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial do tecido, acrescentando que a dor é sempre uma experiência pessoal influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020). Tendo em conta as estruturas envolvidas, a dor pode ser classificada de quatro formas: somática, visceral, neuropática ou mista. A dor somática tem origem na pele, nos músculos ou nos ossos. É uma dor fácil de localizar e que pode ser sentida de uma forma contínua ou pulsátil. A dor visceral tem origem no dano ou compressão de um órgão ou vísceras. É uma dor profunda, difícil de localizar, e que pode ser descrita como uma cólica. A dor neuropática surge quando as estruturas do sistema nervoso estão afetadas. Pode ser sentida como uma dor aguda ou lancinante, uma sensação de formigueiro, de queimadura, de picada ou dormência. A dor mista é a denominação atribuída quando um doente experimenta diferentes tipos de dor (Ritto, 2017; AEOP, 2015).

Tendo em conta o carácter individual, subjetivo e multidimensional da dor, um plano de cuidados assente apenas na utilização de fármacos mostra-se claramente insuficiente no alívio do sofrimento causado pela dor na pessoa com doença oncológica, uma vez que este sintoma é vivenciado para além do âmbito fisiológico, estendendo-se para as dimensões psicológicas, sociais e espirituais, assumindo o conceito de dor total (Júnior, Oliveira & Riegel, 2017).

Nesta perspetiva, os Cuidados Paliativos (CP) assumem um papel preponderante ao melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias através da identificação precoce das necessidades físicas, psicológicas, sociais ou espirituais e da implementação de medidas que promovam o conforto e aliviem o sofrimento da pessoa e sua família (PEDCP, 2021-2022; Machado, 2018). Um dos pilares da intervenção em CP, é o controlo sintomático, sendo que, para além da dor, a pessoa com doença oncológica em situação paliativa, vivencia outros sintomas que não devem ser negligenciados (Neto, 2017). Embora se continue a atribuir o significado de conforto à ausência de dor, existem outros

sintomas cuja presença podem ser percebidos pela pessoa como desconforto, pelo que uma correta avaliação e valorização dos sintomas é fundamental numa abordagem holística e centrada nas necessidades individuais de conforto da pessoa (Neto, 2017).

Os enfermeiros, enquanto elementos que integram a equipa multidisciplinar, encontram-se numa posição privilegiada para identificar estas necessidades e promover o conforto dada a proximidade e a relação de confiança que estabelecem com o doente e família (OE, 2008). A valorização das necessidades relatadas pelo doente permite um planeamento de intervenções de enfermagem e a construção de um plano de cuidados individualizado centrado na pessoa e não na doença (Castro, Fuly, Santos & Chagas, 2021).

A identificação das necessidades e a valorização dos sintomas começa com uma correta avaliação. Deste modo, preconiza-se a utilização de escalas privilegiando-se a auto-avaliação, com base na perceção individual do impacto desses sintomas.

Uma das escalas mais utilizadas em CP é a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) que permite avaliar a intensidade dos sintomas mais comuns nestes doentes e cuja presença pode ser indicativa de desconforto. Trata-se de uma escala multidimensional que integra sintomas físicos e psicológicos cuja intensidade do sintoma pode ser classificada entre zero (0) e dez (10) que corresponde à pior sensação possível do sintoma. Permite ainda acrescentar um sintoma cuja necessidade de monitorização seja considerada relevante. Na unidade de CP onde a Sr^a. M. A se encontra internada, esta escala é aplicada de três em três dias a todos os doentes paliativos que reúnam condições para o auto-preenchimento, ou que se encontrem orientados e possam ser auxiliados pelo enfermeiro, com o objetivo de aferir a carga sintomática bem como o impacto e eficácia das medidas terapêuticas aplicadas no bem-estar do doente.

No que respeita à intensidade dos sintomas, a Sr^a. M. A classificou com 4 a dor; com 5 o cansaço; com 4 as náuseas; com 5 a depressão (descrita como tristeza); com 6 a ansiedade; com 7 a sonolência; com 6 o apetite (sendo que 10 corresponde a sem qualquer apetite possível); com 6 o nível de bem-estar (sendo que 10 corresponde ao pior nível de bem-estar possível); com 0 a sensação de falta de ar. Uma vez que a Sr^a. M.A verbalizava angústia relativamente a todo o processo de vivência da doença foi acrescentado para avaliação o *distress* ao qual atribuiu a intensidade de 7.

Quando questionada acerca da intensidade da dor refere que “sente uma moinha” (sic) mas que é uma dor que tolera “comparado com aquilo que tive” (sic). Refere que o

que a assusta mais é “ficar a sofrer assim até ao final dos dias” (sic). Quando questionada sobre o que considera que a faz sofrer, evidencia alguma labilidade emocional respondendo que não se imaginava a viver daquela maneira sem se poder movimentar e, de certa forma, sentia-se culpada por aquilo estar a acontecer “sabe, deixei os tratamentos, foi o mal que fiz” (sic). Refere alguma ansiedade e preocupação relacionada com a dinâmica familiar nomeadamente pelo facto de considerar que, neste momento, a filha mais nova “tem a sua vida em suspenso” (sic). Considera que adormece com facilidade após a toma de zolpidem, 10mg ao deitar, mas que acorda durante a noite e que “a cabeça começa a pensar no que está para vir” (sic). Refere ter conhecimento do diagnóstico e reconhece a importância de retomar vigilância e acompanhamento nas consultas de oncologia, no entanto, manifesta alguma angústia relacionada com a incerteza dos efeitos dos tratamentos com anticorpos monoclonais.

Ao longo da entrevista de recolha de dados a Sr^a M.A manifesta alguma labilidade emocional, nomeadamente quando se refere ao desejo de regressar rapidamente a casa e estar no “seu espaço que é tão acolhedor” (sic). Embora necessite de ajuda parcial na satisfação das AVD´s, concretamente nos cuidados de higiene, mantém o espírito de luta verbalizando que a doença não lhe “tirou a vontade de viver” (sic) e como foco de esperança indica a vontade de regressar a casa e voltar à sua vida normal manifestando o desejo de “voltar a estar com os meus amigos da Universidade” (sic), “sinto falta dessa rotina” (sic). Como objetivo a curto prazo define poder “dar uma caminhada de mão dada com a filha” (sic) e “aproveitar uma boa tarde de sol junto ao mar” (sic), o que evidencia uma expectativa realista face à sua situação de saúde no momento.

1.1- Diagnóstico do estado de saúde e planeamento de cuidados

A avaliação das necessidades manifestadas pela Sr^a M.A permitiu identificar a dor, a mobilidade reduzida, a ansiedade e a tristeza como focos de atenção dos cuidados de enfermagem. A presença destes sintomas pode ser percecionada pela pessoa como uma forma de desconforto, pelo que, as intervenções de enfermagem implementadas visam a obtenção do conforto.

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto é uma experiência subjetiva, percebida de modo individual, quando a pessoa se sente fortalecida por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos onde esta experiência pode ser vivenciada, no contexto físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003). O contexto físico, pertence às sensações do corpo e engloba todas as ramificações fisiológicas dos problemas médicos, que podem ou não resultar em sensações físicas imediatas; o contexto psicoespiritual, está relacionado com a consciência de si próprio e à relação com uma ordem ou um Ser superior, incorporando conceitos como a autoestima e o significado da vida; o contexto ambiental está relacionado com o meio envolvente, com as condições e influências externas, tais como a cor, ruído, luz, ambiente e temperatura; e o contexto sociocultural, no qual se inserem as relações interpessoais, familiares e sociais mas também a relação com a cultura, crenças, e tradições (Kolcaba, 2003).

Identificou-se que a Sr^a M.A manifestava necessidades de conforto no contexto físico referindo-se a uma dor moderada (EN=4) e náusea; no contexto psicoespiritual ao referir ansiedade, medo, tristeza, angústia e preocupação com o regresso a casa; no contexto ambiental, relacionado com o ambiente hospitalar e no contexto sociocultural pela interferência da doença na dinâmica familiar e no afastamento nas suas relações sociais.

Quando o enfermeiro avalia as necessidades da pessoa e implementa intervenções com base nas necessidades sentidas e relatadas pelo doente está a promover o conforto (Machado, 2018). No sentido de dar resposta a estas necessidades, é importante que o enfermeiro inclua no plano de cuidados não só as intervenções farmacológicas decorrentes das prescrições médicas, mas também intervenções não farmacológicas com vista à promoção do conforto. De acordo com Kolcaba (2003), medidas de conforto são intervenções de enfermagem concebidas para dar resposta às necessidades específicas de conforto da pessoa. De acordo com a taxonomia CIPE, as intervenções de enfermagem implementadas no plano de cuidados da Sr^a M.A, incluíam: avaliar o *coping*; ensinar sobre a doença; apoiar no processo de tomada de decisão; avaliar as expectativas; avaliar o controlo de sintomas; encorajar as afirmações positivas; avaliar a dor; ensinar sobre a gestão da dor facilitar capacidade para comunicar sentimentos; promover a esperança; uso de técnicas de relaxamento.

Uma das medidas de conforto proposta à Sr^a M.A foi a integração da massagem no seu plano de cuidados com o objetivo de promover o relaxamento e bem-estar e, conseqüentemente, contribuir para a sua percepção de conforto. A massagem é uma intervenção não farmacológica não invasiva e que pode ser utilizada pelos enfermeiros de forma segura na pessoa com doença oncológica e em situação paliativa (Miladinia, Baraz, Zarea & Nouri, 2016). A massagem produz efeitos a nível fisiológico com resultados ao nível do aumento do aporte sanguíneo para os músculos e pele, aumento da atividade parassimpática e libertação de hormonas de relaxamento; a nível neurológico, com a diminuição da espasticidade e rigidez muscular e a nível mecânico com o aumento da mobilidade das articulações (Miladinia et al, 2016). A sua utilização em complementaridade com as terapias convencionais tem demonstrado benefícios na redução de sintomas relacionados com a doença oncológica, tais como a redução da dor crónica, alívio do stress, alívio da náusea, redução da depressão e ansiedade, melhoria no sono e na percepção de fadiga e prevenção da neuropatia induzida pela quimioterapia (Armstrong, Lanni, Anderson & Patricolo, 2018; Crawford et al, 2016; Mardaneh, Jenabian & Moghaddam, 2021).

Os resultados a alcançar com a implementação da massagem visam melhorar o conforto nos quatro contextos em que este pode ser vivenciado (físico, psicoespiritual, ambiental e social) e, mesmo que o alívio e a tranquilidade não sejam totalmente alcançados com a massagem, o enfermeiro pode intervir com vista à transcendência encorajando e motivando a pessoa através da relação de ajuda que estabelece durante a massagem (Kolcaba, 2003; Machado, 2018).

Para que a Sr^a M.A se sentisse mais segura e confiante relativamente ao procedimento foram explicados os objetivos da massagem e as adequações necessárias, nomeadamente quanto à pressão exercida e aos locais a evitar durante a massagem, atendendo à presença de metástases ósseas e risco de fratura. O quarto foi preparado, assegurando-se o material necessário para a realização da massagem, ajustando-se a temperatura ambiente entre os 24º-25º C e mantida apenas uma luz ténue no quarto salvaguardando a privacidade da doente. A Sr^a M.A foi convidada a deitar-se numa posição confortável e, ao longo da massagem, foi demonstrando um fácies tranquilo e sereno, tendo acabado por adormecer.

Após a massagem, a doente verbalizou que sentia “uma sensação de leveza” (sic) e “relaxamento” (sic), atribuindo “0” à intensidade da dor (EN=0). Expressou ainda muita satisfação ao evidenciar uma melhoria na capacidade da marcha manifestando o seu interesse em partilhar com a filha o facto de ter conseguido “dar uns passos sem o andarilho” (sic). Uma vez que se verificou alívio e tranquilidade pela diminuição da intensidade dos sintomas e melhoria da capacidade funcional, considero que o conforto foi melhorado. A escuta ativa, a presença, a empatia e o toque disponibilizado através da massagem reforçaram a relação terapêutica que se estabeleceu com a doente, ajudando a alcançar o conforto com o propósito da transcendência de forma a inspirar ou motivar a pessoa a aceitar a sua situação e a lidar com o seu sofrimento.

Desta forma, quando a pessoa que recebe os cuidados se encontra satisfeito considera-se que a intervenção foi eficaz e o conforto alcançado aumentando a probabilidade de a pessoa se envolver em comportamentos de procura de saúde, que por sua vez promovem ainda mais o conforto (Kolcaba, 2003; Cardoso et al, 2020).

2- CONCLUSÃO

A evolução das opções terapêuticas na área da oncologia tem permitido um aumento na sobrevivência do doente oncológico e, à semelhança desta evolução, também os Cuidados Paliativos evoluíram de cuidados centrados no fim de vida para uma abordagem diferenciada e holística ao longo da trajetória da doença (Luis, Ribeiro & Sarmiento, 2020).

Também os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com doença oncológica e em situação paliativa são desafiados a acompanhar esta evolução implementando intervenções fundamentadas numa prática baseada em evidência. Para tal, é fundamental a utilização do processo de enfermagem, que tem como objetivo assegurar uma estrutura na qual as necessidades da pessoa possam ser avaliadas e satisfeitas, baseado em teorias que sustentam a sua operacionalização (Barros et al, 2015). A Teoria do Conforto de Kolcaba defende que o enfermeiro deve orientar a sua prática de cuidados com base numa avaliação holística e centrada nas necessidades de conforto que a pessoa

pode manifestar no contexto físico, psicoespiritual, ambiental e social. Assim, as intervenções de enfermagem visam a promoção do conforto sendo este o resultado esperado de todo o cuidado de enfermagem.

A realização deste estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, nomeadamente na identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica em situação paliativa numa abordagem holística; na conceção, implementação e avaliação de um plano de cuidados, com base nas necessidades de conforto manifestadas pela pessoa e família e, ainda, na otimização de um ambiente terapêutico seguro, assente numa relação terapêutica de confiança, de forma a aliviar o sofrimento e preservando a sua dignidade da pessoa.

A integração da massagem no plano de cuidados da doente comprovou que esta intervenção pode ser capaz de dar resposta às necessidades físicas, psicoespirituais, ambientais e sociais da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, contribuindo para a melhoria do conforto e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Uma das dificuldades sentidas na elaboração deste estudo de caso está relacionada com a limitação do tempo de contacto com a doente, que se restringiu apenas a um turno, comprometendo a continuidade dos cuidados. Para além disso subscrevo a opinião de Machado (2018) que realça a necessidade de os profissionais de saúde estarem sensibilizados de que o conforto não é apenas físico, pelo que é necessário determinar quais os fatores que desencadeiam desconforto, conhecer as necessidades da pessoa, implementar intervenções que possam suprimir essas necessidades e avaliar se o resultado dessas intervenções contribuiu para alcançar o conforto.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEOP. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2015). *Entender a Dor oncológica*. AEOP Grupo Dor. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>;

Araújo, J. (2020). Hormonoterapia. In AEOP. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa – Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros. Medesign. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/NocoasBasicasOncologia.pdf>;

Armstrong, K.; Lanni Jr, T.; Anderson, M.M.; Patricolo, G.E. (2018) - Integrative Medicine and the Oncology Patient: options and benefits. *Supportive Care in Cancer*. Vol (26). 2267-2273. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4007-y>;

Barros, A., L.,B.,L; Sanchez, C., G.; Lopes, J.,L.,; Lopes, M.,H.,B.,M; Silva, R.,C., G. (2015)- Processo de Enfermagem. Guia para a Prática. Coren. São Paulo. ISBN: 978-85-68720-01-1;

Castro, M. C.F.; Fuly, P.S.C.; Santos, M.L.S.C.; Chagas, M.C. (2021) - Dor Total e Teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de enfermagem*. (42);

Cardoso, R., B.; Souza, P., A.; Caldas, C., P.; Bitencourt, G., R. (2020) - Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. (5). Nº 4. DOI: 10.12707/RV20066;

Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E., Zhang, W., & Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the General Population. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 17(7), 1353–1375. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw099>;

Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye ´ C Design Gráfico;

Dowd, T., (2004). Teoria do Conforto. In M.R. Alligood & A.M: Tomey, Lusodidacta, Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Loures: Lusodidacta;

Ferrel, B.; Temel, J.; Temin, S.; Alesi, E.; Balboni, T.; Basch, E.; Firn, J.; Paice, J.; Peppercorn, J.; Phillips, T.; Stovall, E.; Zimmermann, C.; Smith, T. (2016) – Integration of Palliative care Into standard Oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. American Society of Clinical Oncology;

Figueiredo, M., C.; Amendoeira, J. (2018) - O estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. Revista da UIIPS- Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém. Vol. (VI). Nº (2), 102-107;

Frade, I. (2020). Terapêuticas-Alvo. In AEOP. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa – Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros. Medesign. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/NocoasBasicasOncologia.pdf>;

Global Cancer Observatory (2020). *Cancer Today*. Acedido em [12/02/2021]. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>;

IASP (2020). International Association for the Study of pain. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>;

Junior, J.O.; Oliveira, S., B., S.; Migowski, E., R.; Riegel, F. (2017). Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. *Rev Dor*. Vol (18);

Kameo, S.Y.; Sawada, N.O.; Silva, G.M. (2016) - Prevalência de neuropatia periférica em pacientes atendidos em um serviço de oncologia: uma análise retrospectiva. *Revista Saúde.com*. 12(2);

Kolcaba K. (2003) *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, NY: Springer;

Lima, J., V., F.; Guedes, M. V., C.; Freitas, M., C.; Fialho, A., V., m.; (2016) - Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha enferm*. 37(4), 1-5;

Luis, M.; Ribeiro, C.; Sarmiento, T. (2020) - Integração dos Cuidados Paliativos ao longo do percurso de Doença Oncológica. *Cuidados Paliativos*. Vol(7). n (1);

Machado, A., M., M. (2018) - *As Intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55881/1/Ana%2BMarisa%2BMarques%2BMachado.pdf>;

Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Nursing and Midwifery Studies. 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19;

Miladinia, M.; Baraz, S.; Zarea, K.; Nouri, E. (2016) - Massage Therapy in Patients With Cancer Pain: A review on Palliative Care. Jundishapur J Chronic Dis Care. Vol (6) (1);

Neto, I.G. (2017) - Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>;

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: guia orientador de boa prática. Acedido a 30/06/2021. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>;

PEDCP. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf;

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., B., Pina, P., R., Milhomens, R., Faustino, S., A. (2017) - Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye´C Design Gráfico;

Santos, L.L.; Lopes, B. (2014) - Cancro da mama. O que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento. Lidel. ISBN: 978-989-752-058-7;

SPO. Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020) - Manual de Oncologia SPO. Abordagem e tratamento do cancro da mama. Edit.on.lab. 1ª ed. Disponível em: https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf;

Vieira, E. (2019) - O que faço? Tenho cancro da mama. Perguntas e respostas para enfrentar a doença e esclarecer todas as suas dúvidas. A esfera dos livros. 1ª ed. ISBN: 978-989-626-879-4;

WHO. World Health Organization (2018) - WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf>;

WHO. World Health Organization (2022). Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Apêndice XV- Planeamento das atividades a realizar no Hospital de Dia Oncológico (HDO)

Local de estágio 4
Hospital de Dia Oncológico

Início: 17.01.2022

Duração: 6 semanas

Término: 25.02.2022

Objetivo Geral 4: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica implementando a massagem terapêutica como intervenção não farmacológica no alívio da dor e promoção do conforto numa Unidade de Hospital de Dia.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Resultado
4.1- Envolver os enfermeiros da equipa no projeto de intervenção;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de uma sondagem de opinião à equipa que aborde a importância da temática da dor na pessoa com doença oncológica; ▪ Apresentação dos resultados da sondagem de opinião; ▪ Realização de uma sessão formativa para apresentar o projeto à equipa de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplica um questionário escrito sobre a temática da dor à equipa de enfermagem; ✓ Apresenta os resultados do questionário escrito e o projeto de intervenção à equipa ✓ Realiza uma sessão formativa para apresentar o projeto
4.2- Promover a capacitação da equipa de enfermagem na avaliação e gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de sessão formativa sobre a temática da dor e as IF e INF; ▪ Divulgação do material de apoio elaborado nos campos de estágio anteriores, após validação da enfermeira coordenadora; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza uma sessão de formação a 60% da equipa; ✓ Cria um <i>Dossier do Projeto</i> que integra o material de apoio das sessões formativas e das pesquisas elaboradas em campos de estágio anteriores;
4.3- Implementar a massagem terapêutica como intervenção no alívio da dor e promoção do conforto da pessoa com doença oncológica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecimento de parcerias com as <i>Nurse Navigator</i> como <i>stakeholders</i> na referenciação de doentes com dor; ▪ Seleção dos doentes para a realização da massagem; ▪ Implementação de um programa de massagem terapêutica a 5 doentes selecionados; ▪ Avaliação da eficácia do programa de massagem terapêutica; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplica o algoritmo de decisão elaborado no campo de estágio 2; ✓ Realiza um programa de massagem terapêutica de 3 sessões a 5 doentes; ✓ Avalia a eficácia da massagem através do instrumento de avaliação de dor contemplado na “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica”;

Recursos: Humanos (Enfermeira-chefe; Enfermeira orientadora, Equipa multidisciplinar; *Nurse Navigator*; Clientes de enfermagem) **Materiais** (Algoritmo de decisão; Manual de boas práticas na aplicação da massagem à pessoa com doença oncológica, “Ficha de Avaliação para a massagem terapêutica”; óleo de massagem, toalhas, almofadas); **Físicos:** (computador, projetor, quarto ou gabinete para a massagem);

Apêndice XVI- Sessão de formação realizada no serviço de Hospital de Dia Oncológico

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da formação	Massagem Terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto à Pessoa com Doença Oncológica		
Âmbito	12º Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica		
Docente Orientador	Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá	Enfermeira orientadora	Enfermeira Marisa Pinheiro Falé
Destinatários	Equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico. Hospital da Luz, Lisboa		
Local	Hospital de Dia Oncológico	Data	18/02/2022
		Duração	45 minutos
Objetivo Geral	Envolver a equipa de enfermagem no projeto de intervenção "Massagem Terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da Pessoa com doença Oncológica"		
Objetivos específicos	<p>Que os formandos sejam capazes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar 2 aspetos a ter em conta na intervenção do enfermeiro na gestão da dor na pessoa com doença oncológica; 2. Relacionar o conceito de Dor Total com o conceito de Conforto de Kolcaba; 3. Citar 3 benefícios da massagem na pessoa com doença oncológica; 4. Nomear as principais adaptações da massagem à pessoa com doença oncológica; 		
Etapas	Conteúdos	Metodologia e recursos	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Sumário da sessão • Objetivos da sessão • Contextualização do projeto: A problemática Diagnóstico da situação análise do questionário 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Apresentação em Power point 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de dor • Conceito de Dor Total • A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor da pessoa com doença oncológica As intervenções não farmacológicas • A massagem como intervenção na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica • O que é o conforto? O processo de enfermagem e a Teoria do conforto de Kolcaba • Os benefícios da massagem na pessoa com doença oncológica As contra-indicações As principais adaptações da massagem 		
Conclusão e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da temática • Esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate com os participantes • Questionário de avaliação da sessão de formação 	

Massagem Terapêutica:

intervenção de enfermagem na promoção do conforto da Pessoa com Doença Oncológica

Adelaide Catarina Rebelo dos Santos

Orientadoras

Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá
Enfermeira Marisa Conceição Pinheiro Falé



Lisboa
18 Fevereiro de 2022

Sumário

1. Contextualização do **projeto**

- A problemática
- Diagnóstico de situação | análise do questionário

2. **Definição** de dor

- Conceito de Dor Total

3. A **intervenção do enfermeiro** na avaliação e gestão da dor da pessoa com doença oncológica

- As intervenções não farmacológicas

4. A **massagem** como intervenção na **promoção do conforto** na pessoa com doença oncológica

- O que é o Conforto?
- A Teoria do Conforto de Kolcaba
- Os benefícios da massagem
- As contra indicações da massagem
- Principais adaptações da massagem

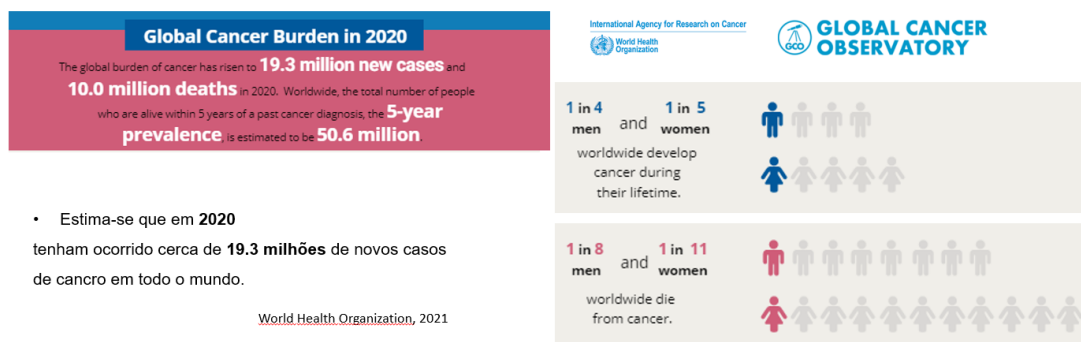
Objetivos

Envolver a equipa de enfermagem no Projeto de Intervenção “Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica”

No final da sessão os formandos sejam capazes de:

1. **Identificar** 2 aspetos a ter em conta na intervenção do enfermeiro na gestão da dor na pessoa com doença oncológica;
2. **Relacionar** o conceito de Dor Total com o conceito de Conforto de Kolcaba;
3. **Citar** 3 benefícios da massagem à pessoa com doença oncológica;
4. **Nomear** as principais adaptações da massagem à pessoa com doença oncológica.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO



Fonte: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

A PROBLEMÁTICA

- A **dor** é um dos sintomas mais comuns nos **doentes com cancro**
- Está presente em 59% dos casos ao **longo do tratamento**
- 64% das pessoas com **doença avançada**
- 33% das pessoas **após os tratamentos curativos**.

Swarm, Paice, & Anghelescu, 2019

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

A PROBLEMÁTICA

- Circular normativa nº9/2003 da DGS instituiu a dor como **5º sinal vital**
- **Avaliação** sistemática da **presença de dor** e da sua **intensidade** apresenta-se como um **direito das pessoas** e um **dever dos profissionais** de saúde.

Direção Geral da Saúde, circular normativa nº9/2003



- É fundamental uma **abordagem holística** das necessidades percecionadas pela pessoa com dor, sendo que toda a equipa multidisciplinar deve assumir o compromisso de dar resposta a estas necessidades desde a sua **avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento**.

Diniz et al, 2017

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Qual a percepção dos enfermeiros do HDO sobre esta temática?

A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica

Caro(a) enfermeiro(a)

Encontro-me a frequentar o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a realizar um projeto, intitulado "A intervenção do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa com doença oncológica", que visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no serviço onde desempenhamos a nossa atividade. É importante conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente à pertinência da temática. Deste modo, solicito-lhe que responda a este questionário, sendo desde já garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Grata pela colaboração.

Adelaide Santos

- Aplicação de um questionário via *Googleforms*
- Período: 11-05-2021 e 18-05-2021
- Respostas obtidas: 14

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

Como classifica a avaliação da dor na sua prática de cuidados quanto à sua importância: *

- Muito importante **100%**
- Pouco importante
- Não prioritário

Considera importante a recolha de outros dados para uma melhor compreensão do impacto da dor na pessoa? *

- Sim **100%**
- Não

Porquê?

14 respostas

Porque a dor tem um **impacto psicossocial** importante

Porque para além **da dor física** poderá estar associado uma dor psicológica

É importante saber os fatores que desencadeiam e aliviam a dor, qual o tipo de dor, se a dor limita ou não as atividades de vida diárias.

Porque a dor tem **impacto nas outras esferas do bem-estar e da qualidade de vida**

Porque os clientes com dor ou as pessoas no geral não estão familiarizados com o facto de quantificar um sintoma. A dor muitas vezes é inespecífica, tem várias componentes, Emocional, física.

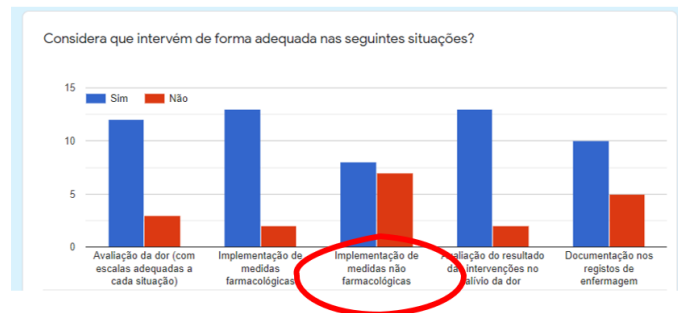
Porque a dor **é muito subjectiva/pessoal** e pode ser/ relacionada cm vários factores

Para perceber se coincide

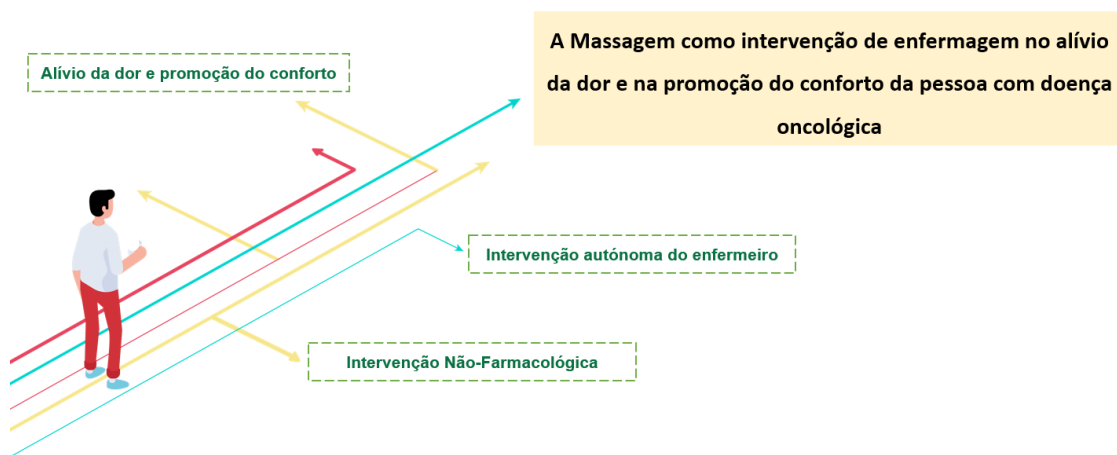
Para uma **melhor compreensão da dor** e, consequentemente, melhor atuação no alívio da dor.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO



DEFINIÇÃO DE DOR

O QUE É A DOR?

“**experiência** sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial do tecido, acrescentando que a **dor** é sempre uma **experiência pessoal** influenciada por vários fatores **biológicos, psicológicos e sociais**”

IASP, 2020

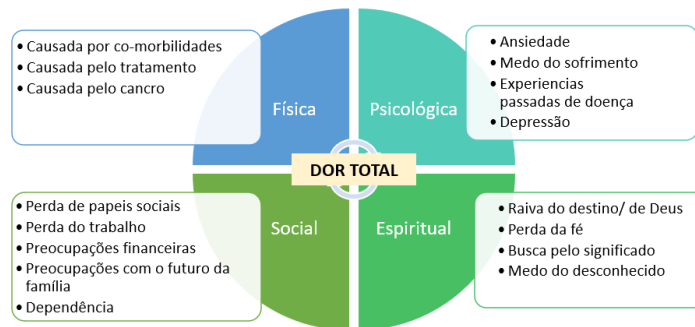


A DOR NO CONTEXTO DA PESSOA ONCOLÓGICA

CONCEITO DE DOR TOTAL

- Pela sua persistência no tempo e pelo efeito devastador na qualidade de vida da pessoa, a **dor** é referida como um dos **sintomas mais temidos** pela pessoa com doença oncológica e é vivenciada numa **dimensão física, psicológica, social e espiritual** e sentida como uma doença ou uma forma de sofrimento global assumindo o **conceito de Dor Total**

Diniz & Naves, 2017



A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR

No contexto de **atuação multidisciplinar**, o **enfermeiro**, que se encontra numa **posição privilegiada** pela proximidade de tempo e contacto com o doente e família, é o profissional de saúde mais capacitado para **promover e intervir no controlo da dor**.



Ordem dos Enfermeiros, 2016



A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR



- A **avaliação** é fundamental para o **controlo** da dor
- Carácter **subjetivo** deve ser privilegiado o **auto-relato**

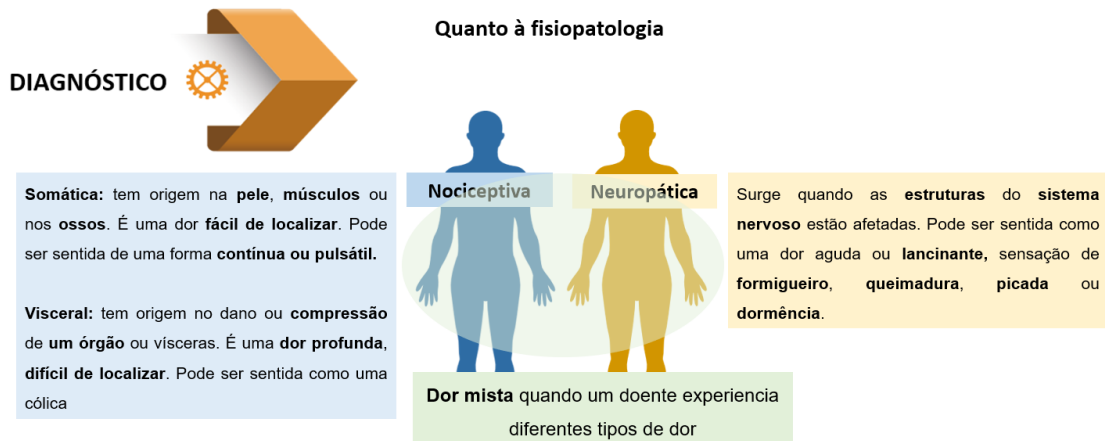
A dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe

Conhecer a **história de dor**



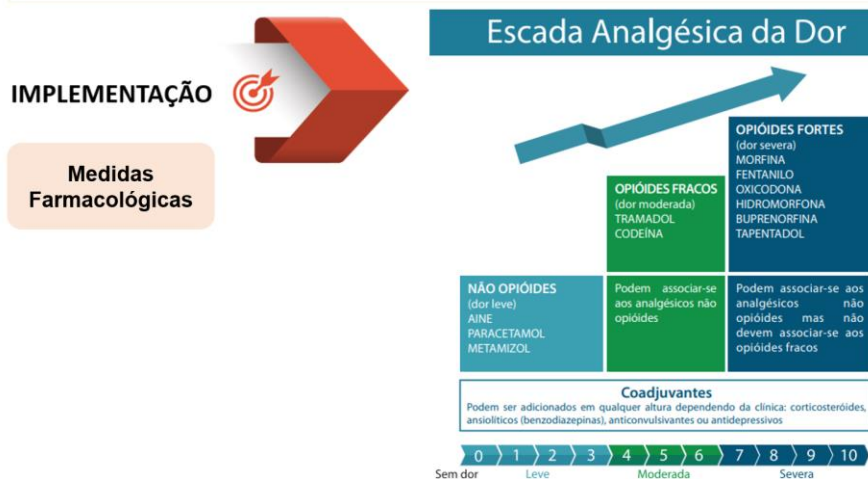
Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2008)- Dor: Guia orientador de Boa Prática

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR



AEOP, (2015): Entender a Dor Oncológica. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR



World Health Organization. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance. Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR

- Os fármacos podem tratar a dor, mas não todo o contexto que envolve a pessoa com doença oncológica.

Oliveira et al, 2016

- A utilização em **complementaridade** de intervenções não farmacológicas pode servir como um acréscimo valioso às terapêuticas farmacológicas, sendo que a **integração** destas modalidades tem por base uma **tomada de decisão informada**.

NCCN Guidelines, 2019

- A implementação de **medidas não farmacológicas** deve ser considerado prioritário, pois é nesta vertente que os **enfermeiros** têm uma **responsabilidade** acrescida, transmitindo a **autonomia** e excelência dos cuidados com base nos conhecimentos técnicos e científicos que detêm e de acordo com a **evidência científica** disponível.

OE, 2016

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR



Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2008)- Dor: Guia orientador de Boa Prática

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

O que é o conforto?

Teoria do Conforto de Kolcaba

Todo o **cuidado em enfermagem** visa a promoção do **conforto**



Kolcaba (2003); Dowd, 2004; Lima et al, 2016

3 TIPOS DE CONFORTO:

- Alívio
- Tranquilidade
- Transcendência

VIVENCIADO EM 4 CONTEXTOS:

- Físico
- Psicoespiritual
- Ambiental
- Sociocultural

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

O Processo de Enfermagem e a Teoria do Conforto de Kolcaba

A aplicação da **Teoria do Conforto na prática** garante que o **enfermeiro**, em conjunto com outros elementos da **equipa multidisciplinar**, **identifica** as **necessidades não satisfeitas** do doente ou família; **define e implementa** as **intervenções** que vão ao encontro dessas necessidades e **avalia** se os **resultados** das suas intervenções foram ou não **promotoras de conforto**

Cardoso et al, 2020



A **massagem** terapêutica surge na literatura como uma das técnicas não farmacológicas que pode ser utilizada pelos enfermeiros no controlo da dor e para atender às necessidades de **conforto da pessoa com doença oncológica**.

Mardaneh, Jenabian & Moghaddam, 2021

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

BENEFÍCIOS DA MASSAGEM NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA



Estudos recentes demonstram os **efeitos positivos** da massagem na **redução dos sintomas** relacionados com a **doença oncológica**

- fadiga
- *stress*,
- ansiedade e depressão
- redução da dor crónica
- melhora a qualidade de vida dos doentes com cancro
- sensação de bem-estar e conforto

Kinkead, Schettler & Larsson, (2018); Satijja & Bhatnagar, (2017); Crawford, Boyd & Paat, (2016); Mardaneh et al, (2021).

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

*Massage therapy is not contraindicated in cancer patients.
Massaging a tumor is, but there is a great deal more to a person than the tumor.*

Bernie Siegel

- Avaliação prévia
- Condição clínica da pessoa
- Tipo de tratamento em curso
- Dispositivos médicos presentes
- Efeitos secundários dos tratamentos
- Sintomas presentes



A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

Contraindicação absoluta

- situação na qual a massagem não está indicada;

Contraindicação local

- situação na qual uma área ou local específico do corpo não deve ser massajado ou manipulado. Pode realizar-se a massagem noutras áreas do corpo;

Precaução

- Situação que necessita de modificação da técnica ou da pressão durante a massagem tendo em conta a condição clínica do cliente.

Contraindicação absoluta	Contraindicação local	Precaução
<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Doenças de pele (eczema severo; Psoríase) • Feridas infetadas; • Dores de cabeça intensa • Tonturas • Doença infecciosa/contagiosa • Trombose Venosa periférica (TVP) • Tromboembolismo pulmonar (TEP) • Hemorragia 	<ul style="list-style-type: none"> • Zonas de inflamação • Cirurgia recente • Dispositivos médicos implantados • Fraturas • Hematomas • Tumores sólidos • Metástases ósseas • Zonas sujeitas a radiação/ radioterapia • Neuropatia periférica induzida por quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença cardiovascular • HTA • Diabetes • Linfedema • Trombocitopenia (<100,00 plaquetas) • Neutropénia (<500 neutrófilos) • Dor de origem desconhecida • Osteoporose • Doença respiratória

Fonte: Cancer Council, 2014; GCMT, 2006; Walton, 2011; Versagi, 2012; Penny & Sturgeon, 2021

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO



Oncology Massage

- Adaptação das técnicas de massagem no sentido de se **adaptar às condições especiais da pessoa** que vivencia a experiência do cancro e/ou o seu tratamento.

Collinge et al, 2012

Em 2008 foi fundada, a **Society for Oncology Massage (S4OM)** com o objetivo de providenciar educação, suporte e treino especializado, criar **recomendações** e garantir formação contínua aos profissionais nesta área.

S4OM Society for Oncology Massage

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

PRINCIPAIS ADAPTAÇÕES DA MASSAGEM NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

01	Pressão e ritmo	
02	Local	
03	Posicionamento	

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Seleção da amostra	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3
	<p data-bbox="563 1256 639 1285">2ª feira</p> <p data-bbox="563 1301 639 1330">3ª feira</p> <p data-bbox="563 1346 639 1375">5ª feira</p> <p data-bbox="715 1249 847 1391">Avaliação inicial + Escala do Conforto Holístico + ESAS e SV antes intervenção</p> <p data-bbox="738 1406 815 1473"></p> <p data-bbox="715 1496 847 1554">+ ESAS e SV após intervenção</p>	<p data-bbox="922 1249 1102 1272">Avaliação subsequente +</p> <p data-bbox="946 1301 1078 1352">ESAS e SV antes intervenção</p> <p data-bbox="970 1406 1046 1473"></p> <p data-bbox="946 1496 1078 1554">+ ESAS e SV após intervenção</p>	<p data-bbox="1153 1249 1334 1272">Avaliação subsequente +</p> <p data-bbox="1177 1290 1310 1391">Escala do Conforto Holístico + ESAS e SV antes intervenção</p> <p data-bbox="1217 1406 1294 1473"></p> <p data-bbox="1177 1496 1310 1554">+ ESAS e SV após intervenção</p>

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

MASSAGEM TERAPÊUTICA

Nome: Código: _____
 Data nascimento: _____
 Pessoa de referência: _____

OUTRAS CONDIÇÕES DE SA

Falta: Sim Não
 Dor de Cabeça: Sim Não
 Tonturas/desquilíbrio: Sim Não
 Fatores estressantes: Sim Não
 Dorça de pescoço: Sim Não
 Heranções: Sim Não
 Área infartada/infarto: Sim Não
 Osteoporose: Sim Não
 Fatores sociais: Sim Não
 Hemorragias: Sim Não
 História de uso de anticoagulantes: Sim Não
 Anestesia: Sim Não
 HI: _____
 Hb: _____
 Pla: _____
 Leu: _____

HISTÓ

Diagnóstico: _____
 Metastização? Sim Não Localização: _____
 Tratamentos efetuados ou em curso: _____
 Quimioterapia / Protocolo: _____
 Via de administração: _____
 Radioterapia / Local de irradiação: _____
 Cirurgia / Local de tratamento: _____
 Imunoterapia / Protocolo / Via de administração: _____
 Hormonioterapia / Protocolo / Via de administração: _____

AN

HCA:
 DI:
 Dorça cardíaca:
 Dorça pulmonar:
 Dorça gástrica:
 Dorça renal:
 Dorça hematológica:
 Dorça neurológica:

Caracterização da Dor:
 Duração: < 3 meses: 3-12 meses: > 12 meses:
 Padrão: contínuo: intermitente: episódico:
 Qualidade (piorar: melhor: neutro: imprevisível:
 (semelhante: diferente: inusitado: incompreensível:
 Intensidade: _____
 Escala Numérica: _____
 Der epífora: [positiva: negativa:
 Fatores de risco: N° respostas: _____
 Fatores: _____
 Tema EA: _____ Resultado: _____
 N° respostas: _____

SINAIS VITAIS E AVALIAÇÃO DE SINTOMAS

Avaliação objetiva pré-massagem

Parâmetros vitais	Início da sessão
TA	
FC	
SpO2	
PR	
Temperatura $^{\circ}$C	
Dor (Escala Numérica)	

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonson (EAS) *

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso	
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Por via de acesso

* (Painho/Intensidade por ponto de acesso, sempre que possível)

Objetivos da massagem:

Melhoria do sono Redução da ansiedade
 Alívio da dor Melhora bem-estar
 Relaxamento Melhora estado psicológico e humor
 Alívio náuseas e vômitos Outros: _____

Que espera com a realização de massagem? _____

Escala de Conforto Holístico HCQ-PT-DC®

Nome: _____ Sessão n°: _____
 Data nascimento: _____ Data: _____

Restrições locais da m: Sim, Qual? _____
 Não

Recursos disponíveis: Tatuagem e tatuagem: _____
 Amuleto de proteção: _____
 Que de massagem: _____
 Crede de massagem: _____

Local de massagem: Casa: _____
 Lar: _____
 Hospital: _____
 Outros: _____

Como se sente? Melhor Pior

	1	2	3	4	5	6
1. Estou preocupado com a minha família						
2. A minha enfermidade(s) dá-me esperança						
3. Neste momento a minha vida tem significado/valor a pena						
4. Sei que sou amado						
5. Este lugar é agradável						
6. Tenho dificuldade em descansar						
7. Ninguém me compreende						
8. É difícil aguentar a minha dor						
9. Sinto-me em paz						
10. Durmo bem						
11. Sinto-me relaxado						
12. Gosto de aqui estar						
13. Fiz a minha conta ao escolher este local						
14. Tenho medo do que está para vir						
15. Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado/querido						
16. Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado						
17. Sinto-me bem com as minhas relações pessoais						
18. Estou constantemente a pensar no meu mal-estar						
19. Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas						
20. Sinto-me desolado						
21. Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado						
22. Sinto-me só						
23. Estou desanimado						
24. Encontro o sentido da minha vida						
25. Olhando para trás tenho tido uma vida boa						
26. O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste						

©Versão portuguesa traduzida e adaptada por Ana Queirós e Maria dos Anjos Divo

A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

“Relaxante”

“sinto-me tão bem”

“Torna o Hospital de Dia mais humanizado”

“contribui para o bem-estar”

“Foi muito agradável e reconfortante”

“Por momentos esqueci-me que estava no hospital”

“torna esta fase dos tratamentos menos penosa”



A MASSAGEM COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A **massagem** no doente oncológico deve ser **individualizada** considerando a pessoa como **única** e com **necessidades individuais** e atendendo a aspetos tais como a **localização do tumor**, o **tipo de tratamento** em curso e os **efeitos secundários** provocados pelos tratamentos.
- O **Enfermeiro** encontra-se numa **posição privilegiada** uma vez que detém os **conhecimentos técnicos e científicos especializados** na área da **oncologia**, bem como as **competências éticas, profissionais e deontológicas** inerentes à sua profissão, para **planear, implementar, gerir e avaliar os resultados** da massagem enquanto intervenção terapêutica e o âmbito dos cuidados à pessoa com doença oncológica

Galamaga & Cristian, 2020

Penny & Sturgeon, 2021.

VISIBILIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEOP. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2015)- Entender a dor oncológica. Informação de apoio para doentes. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ff:911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>.
- Cardoso, R., B.; Souza, P., A.; Cladas, C., P.; Bitencourt, G., R. (2020)- Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba;
- Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E., Zhang, W., & Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the
- Dowd, T., (2004)- Teoria do Conforto. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Lisboa Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6;
- Hahn, H., M.; Jeong, KS, Park MC, Lee, Ij (2018)- Analysis of prognostic factors affecting poor outcomes in 41 cases of Fournier gangrene. Ann Sur Treat Res, 95 (6): 324-32
- Kolcaba K. (2003) Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York, NY: Springer;
- Diniz, L.; Naves, F. (2017). Dor Crónica. In C. Ritto, F. Naves, F., D., Rocha et al. Manual de Dor Crónica. Lisboa: Eye C Design Gráfico;
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº 9. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Global Cancer Observatory (2020). *Cancer Today*. Acedido em [12/02/2021]. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-ple>
- Kinkead, B. Schettler, P., J., Larson, E.R., Carroll, D., Sharenko, M., Nettles, J. et al (2018). Massage therapy decreases cancer-related fatigue: results from a randomized early phase trial. Cancer. Vol (124);
- Mardaneh, N.; Jenabian, A., Moghaddam, L. (2021). The Effects of Thai Massage on Comfort and Symptoms among Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Nursing and Midwifery Studies. 10. 20. 10.4103/nms.nms_110_19.
- NCI. National Cancer Institute. (2021) Acedido em 22/06/2021. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-pdq>
- Oliveira, A.L.; Sobrinho, N.P.; Cunha, B.A.S. (2016). Chronic cancer pain management by the Nursing team. Rev Dor. São Paulo vol 17 (3)
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: guia orientador de boa prática. Acedido a 30/06/2021. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documentos/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer nº 18/2011. "Quais são as terapias que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseadas na CIPE?" Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer nº 04/2016. "Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na Unidade de Dor Crónica". Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf
- Satja, A., & Bhatnagar, S. (2017). Complementary therapies for symptom management in cancer patients. Indian journal of palliative care, 23(4), 468.
- Swarm, R. A., Paice, J. A., Anghelescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., et al (2019). Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw, 17(8), 977-1007. Retrieved Aug 30, 2021, from <https://nccn.org/view/journals/jncon/17/8/article-p977.xml>
- World Health Organization. Acedido em [15-02-2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>



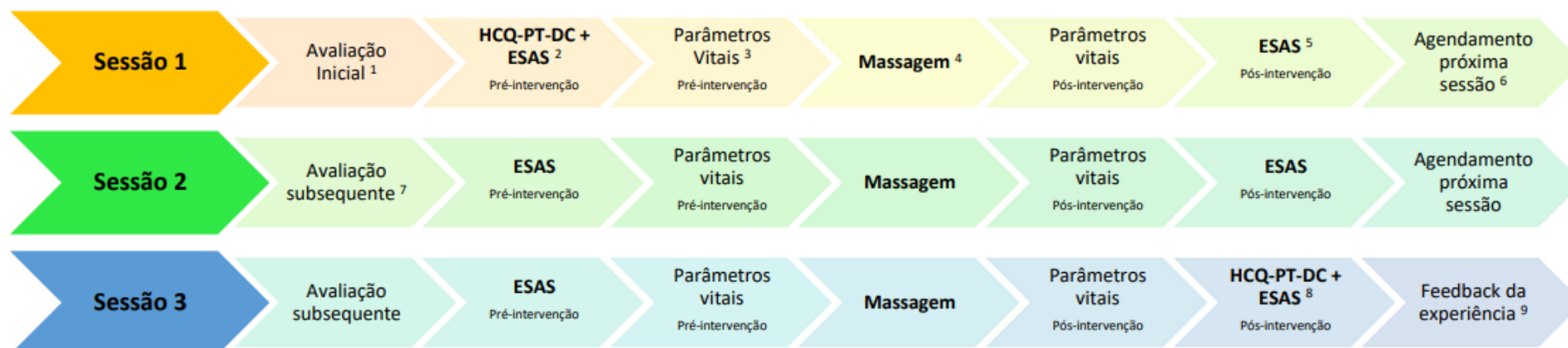
O BEM-ESTAR DO
DOENTE
ONCOLÓGICO
É ESSENCIAL
PARA VENCER.

Obrigado pela
presença!

Apêndice XVII- Protocolo de intervenção: Programa de Massagem Terapêutica (PMT)

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Programa de Massagem Terapêutica (PMT)



- 1- Colheita de dados sobre diagnóstico oncológico, antecedentes médicos e cirúrgicos, medicação habitual, alergias conhecidas, tratamento em curso, data do último tratamento, exame físico (inspeção da pele, presença de cateter ou dispositivos, feridas cutâneas, hematomas, etc), sintomatologia presente;
- 2- Avaliação do conforto antes do programa de massagens. Avaliar os 26 itens da escala (varia entre "1"- discordo totalmente e "6"- concordo totalmente); Escala ESAS preenchida de forma autônoma pelo participante antes da intervenção, questiona a intensidade dos sintomas nas últimas 24 horas;
- 3- Parâmetros vitais: avaliação da T° auricular, TA, FC e SatO2 antes e após cada sessão de massagem;
- 4- Execução da massagem; duração de aproximadamente 30 minutos; adaptação das técnicas, posicionamentos, pressão e locais a massajar de acordo com sintomatologia apresentada, condição clínica, e preferências do participante;
- 5-ESAS pós-intervenção: preenchida de forma autônoma pelo participante após a intervenção, questiona a intensidade dos sintomas no momento (pode ser preenchida durante a realização do tratamentos no Hospital de Dia);
- 6- Agendamento da próxima sessão: confirmação do dia e hora da próxima sessão junto do participante;
- 7- Avaliação Subsequente: avaliar alterações no estado de saúde do participante, ocorrência de alterações após a última massagem, como se sentiu nos dias seguintes à massagem, exame físico, sintomatologia presente
- 8- Avaliação do conforto no final do programa de massagens. Escala ESAS preenchida de forma autônoma pelo participante após a intervenção, questionada a intensidade dos sintomas no momento;
- 9- Feedback do participante: Como avalia o serviço prestado no final do programa de massagens? ("0" nada satisfeito- "10" totalmente satisfeito); Como se sente quanto aos resultados da massagem na promoção do seu conforto? ("0" nada satisfeito- "10" totalmente satisfeito); Qual a probabilidade de recomendar a massagem a um amigo ou a outra pessoa? ("0" nada provável- "10" Extremamente provável.

Apêndice XVIII- Consentimento informado entregue aos participantes do Programa de Massagem Terapêutica (PMT)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Adelaide Catarina Rebelo dos Santos, estando a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estou a realizar um estudo subordinado ao tema “*Massagem terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica*”.

O presente estudo tem como objetivo principal identificar os efeitos da aplicação da massagem pelos enfermeiros na promoção do conforto e no alívio de sintomas tais como dor, fadiga, ansiedade, insónia e depressão, que podem afetar o bem-estar físico e psicológico da pessoa com doença oncológica.

Assim, convido-o(a) a participar neste estudo, onde serão realizadas 3 sessões de massagem de aproximadamente 30 minutos e onde será solicitado o preenchimento de 2 Questionários de Avaliação- A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e a Escala de Conforto Holístico (HCQ-PT DC), cujo preenchimento será de aproximadamente 10 minutos. A participação no estudo será voluntária e sem qualquer custo associado. A não participação não terá qualquer encargo ou prejuízo.

Mais se informa que serão tidos em conta todos os procedimentos éticos, nomeadamente os respeitantes ao anonimato e à confidencialidade dos dados recolhidos e que os resultados apurados serão apenas utilizados para os fins académicos acima descritos. Estarei disponível para esclarecimento de qualquer questão relacionada com o estudo através do contato 968716259.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

A Investigadora

Adelaide Catarina Rebelo dos Santos

- Declaro que concordo em participar no estudo “*Massagem Terapêutica: intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica*”, e que fui informado e devidamente esclarecido quanto aos objetivos do mesmo e garantias na participação no estudo.

O Participante

Apêndice XIX- Análise dos resultados do Programa de Massagem Terapêutica (PMT)

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE MASSAGEM TERAPÊUTICA

Os resultados apresentados correspondem à análise dos dados obtidos ao longo do Programa de Massagem Terapêutica (PMT), que se realizou entre 31 de janeiro de 2022 e 24 de fevereiro de 2022. Recorreu-se à estatística descritiva sendo os dados tratados em programa Excel®. Os parâmetros vitais foram avaliados em cada uma das sessões, antes e após a execução da massagem. Foram aplicados 2 instrumentos de avaliação:

- Escala de Conforto Holístico (HCQ-PT-DC©), no início e no final do PMT;
- Escala de *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), em cada uma das sessões antes e após a realização da massagem.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 10 pessoas, cujas idades variam entre os 31 e 72 anos ($X=52,1$ anos). Na amostra predomina o género feminino (70%) e o diagnóstico oncológico mais frequente foi a neoplasia da mama (60%), cólon (20%), reto e pâncreas (10% respetivamente). A maioria (70%) não apresentava metastização à distância. No período em que decorreu o PMT verificou-se que todos os participantes se encontravam a realizar quimioterapia, sendo que 5 (50%), realizavam quimioterapia combinada com imunoterapia, 3 (30%) realizavam quimioterapia isolada e 2 (20%) se encontravam a realizar quimioterapia combinada com hormonoterapia (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

		n=10	%
Gênero	Masculino	3	30
	Feminino	7	70
Idade	[31-72]	52,1 \bar{X}	
Diagnóstico oncológico	Mama	6	60
	Colón	2	20
	Reto	1	10
	pâncreas	1	10
Metastização à distância	Sim	3	30
	Não	7	70
Tipo de tratamento	QT	3	30
	QT+ Imunoterapia	5	50
	QT+ Hormonoterapia	2	20

VARIAÇÃO DOS PARÂMETROS VITAIS AO LONGO DO PMT

Foram avaliados os parâmetros vitais antes e após cada sessão de massagem. Os dados obtidos revelam em cada sessão revelam que houve uma redução do valor médio da pressão arterial sistólica (PA_s), da pressão arterial diastólica (PA_d) e da frequência cardíaca (FC), após a realização da massagem. Não se verificaram alterações quanto aos valores médios registados da $SatO_2$ e da T° auricular.

Tabela 2. Variação dos parâmetros vitais ao longo do PMT

		Parâmetros vitais (valores médios)				
		PA_s mmHg	PA_d mmHg	FC ppm	$SatO_2$ %	T auricular $^\circ C$
1ª sessão	Pré	119,5	77	84,5	96,5	36,5
	Pós	117	65	73,5	98	36,6
2ª sessão	Pré	130	74	85	98	36,6
	Pós	113,5	69,5	76,5	98	36,6
3ª sessão	Pré	131	75	82	98	36,7
	Pós	124	68	71,5	98	36,6

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AOS SINTOMAS AVALIADOS COM A ESCALA ESAS

A escala de ESAS é uma escala numérica que permite avaliar a intensidade dos sintomas sendo que a pontuação varia entre [0-10], em que zero significa ausência de sintoma e dez a pior intensidade possível. Quanto mais altas as pontuações, pior é a sensação da pessoa relativamente a esse sintoma. Os sintomas avaliados por esta escala são: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar, falta de ar, podendo ser acrescentado um sintoma relevante para a população em estudo, tendo sido acrescentado o *distress*. Foi aplicada a escala ESAS em cada uma das sessões sendo feita uma avaliação pré massagem e uma avaliação pós massagem. Na **tabela 3** são apresentadas as pontuações médias obtidas em cada uma das sessões, pré e pós massagem, bem como a variação da pontuação obtida para cada um dos sintomas avaliados.

No início do PMT, verificou-se que os sintomas que obtiveram pontuações médias mais elevadas foram: a ansiedade (4,5), a sensação de mal-estar (4,4), o *distress* (3,7) e o cansaço (3,5), o que sugere que estes eram os sintomas mais descontrolados no início do PMT. Após a 1ª sessão de massagem verificaram-se reduções nas pontuações médias obtidas em quase todos os sintomas, exceto na sonolência que aumentou 0,2 pontos e no apetite onde não se verificou alterações na pontuação média obtida. O sintoma onde se verificou maior redução após a 1ª sessão de massagem foi no *distress*, com uma redução média de 1,9 pontos seguindo-se o cansaço e a dor ambos com redução média de 1,5 pontos. Na 2ª sessão de massagem os sintomas com pontuação média mais elevada foram a sensação de mal-estar (4,4), o apetite (4,3), a ansiedade e o cansaço, ambos com 3,6 pontos, seguindo-se a dor com 3,5 pontos. Após a 2ª sessão de massagem verificou-se uma redução da pontuação média nestes sintomas à exceção do apetite onde se verificou um aumento médio de 0,2 pontos, o que sugere que após a massagem a percepção do apetite foi prejudicada. A dor foi o sintoma onde se registou um maior alívio verificando-se uma redução média de 2,1 pontos após a massagem. Na 3ª sessão de massagem a ansiedade (3,6), o cansaço (3,3) e o apetite (3,3) foram os

sintomas que obtiveram uma pontuação média mais elevada, seguidos da sensação de mal-estar (3) e do *distress* (3). Após a massagem verificou-se uma redução da pontuação média obtida nestes sintomas, sendo o apetite aquele em que se verificou uma redução mais expressiva após a massagem (2,9).

O **Gráfico 1** ilustra o impacto cumulativo obtido ao longo das 3 sessões, sendo que, no final do PMT, os sintomas que apresentaram uma variação cumulativa mais expressiva, ou seja onde houve, maior diminuição da pontuação média foram: a ansiedade (-6,5), o cansaço (-5,6), o *distress* (-5,2) e a dor (-5).

Gráfico 1. Variação cumulativa das pontuações médias ao longo do PMT

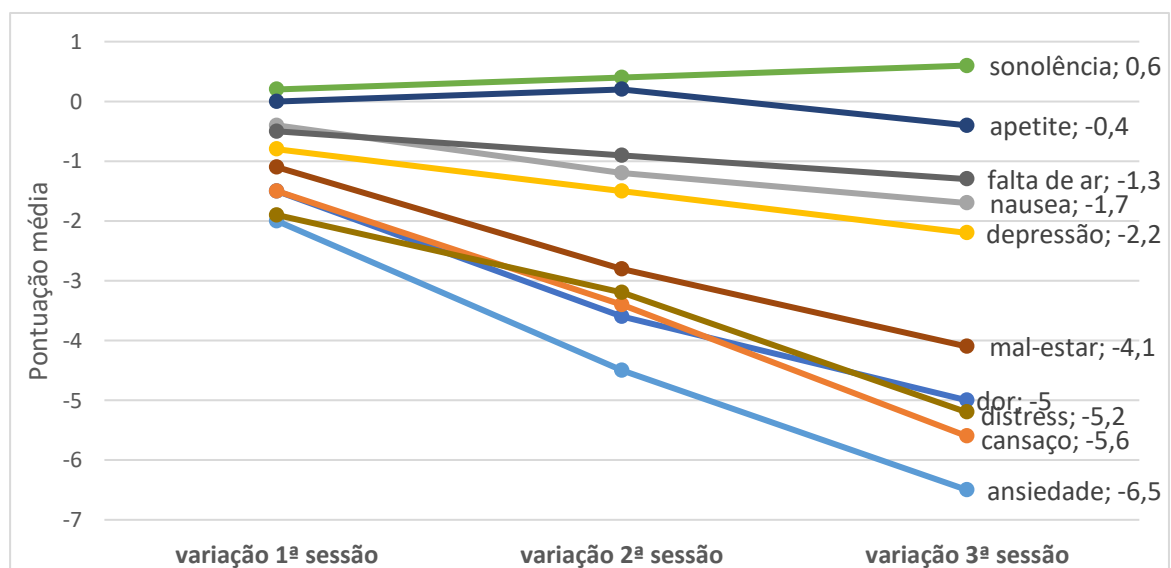


Tabela 3. Pontuação média dos sintomas avaliados com a Escala ESAS

Sintomas	1ª sessão					2ª sessão					3ª sessão				
	pré massagem		pós massagem		diferença	pré massagem		pós massagem		diferença	pré massagem		pós massagem		diferença
	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	
Dor	3,3	3,4	1,8	2,5	-1,5	3,5	3,3	1,4	2,2	-2,1	2,6	2,8	1,2	1,4	-1,4
Cansaço	3,5	2,9	2	2,0	-1,5	3,6	2,4	1,7	1,8	-1,9	3,3	1,8	1,1	1,6	-2,2
Náusea	1,7	2,1	1,3	1,7	-0,4	0,8	1,5	0	0	-0,8	0,8	1,3	0,3	0,7	-0,5
Depressão	2,5	1,8	1,7	1,6	-0,8	1,5	1,7	0,8	0,8	-0,7	1,2	1,0	0,5	0,7	-0,7
Ansiedade	4,5	2,9	2,5	2,1	-2	3,6	2,9	1,1	1,9	-2,5	3,6	1,8	1,6	2,0	-2
Sonolência	2,1	1,8	2,3	2,9	0,2	2,3	1,9	2,5	2,0	0,2	1,4	1,3	1,6	1,9	0,2
Apetite	3,4	2,5	3,4	2,5	0	4,3	2,5	4,5	1,8	0,2	3,3	1,6	2,9	1,5	-0,4
Mal-estar	4,4	2,2	3,3	2,6	-1,1	4,4	2,5	2,7	2,6	-1,7	3	1,7	1,7	2,5	-1,3
Falta de ar	1,5	1,9	1	1,6	-0,5	0,5	0,7	0,1	0,3	-0,4	0,5	0,5	0,1	0,3	-0,4
<i>Distress</i>	3,7	2,2	1,8	1,5	-1,9	2,9	2,6	1,6	2,1	-1,3	3	1,7	1	1,6	-2

\bar{X} (média); DP (desvio padrão)

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AOS ITENS DE CONFORTO AVALIADOS COM A ESCALA HCQ-PT-DC©

A Escala de Conforto Holístico para os doentes crónicos (HCQ-PT-DC©), validada para a população portuguesa por Querido e Dixe (2013), avalia o conforto segundo o modelo conceptual de Kolcaba, sendo composta por 26 itens que avaliam o conforto em três estados: alívio (AL), tranquilidade (TQ) e transcendência (TR). Os estados de conforto ocorrem em quatro contextos avaliados pelos itens da escala: físico (FIS), psicoespiritual (PSI), sociocultural (SOC) e ambiental (AMB). Cada item da escala pontua de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente), sendo que no total as pontuações variam entre [26-156]. Os itens identificados por (*) apresentam-se redigidos de forma negativa face ao conforto, pelo que, para efeitos de tratamento estatístico, a pontuação atribuída a estes itens foi invertida. Assim, quanto maior for a pontuação, maior o índice de conforto.

A aplicação da HCQ-PT-DC© foi realizada no início do PMT, antes da realização da massagem e no final do PMT, após a realização da 3ª sessão de massagem. As pontuações médias obtidas no início e no final do PMT são apresentados na **Tabela 4**.

No início do PMT, verificou-se que o estado de conforto “alívio” obteve uma pontuação média mais baixa, o que sugere que é neste estado que a amostra apresenta maiores necessidades de conforto (**Gráfico 2**). (Os itens onde se verificou uma pontuação média mais baixa foram: “1*-*Estou preocupado com a minha família*” que obteve uma média de (1,3); “14*-*Tenho medo do que está para vir*”, com pontuação média de (1,4); “6*-*Tenho dificuldade em descansar*” e “16*- *Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado*” ambos com pontuação média de (2,4).

No final do PMT verificou-se um aumento no índice do conforto da amostra nos três estados de conforto- alívio, tranquilidade e transcendência, tendo sido no “alívio” o estado onde se verificou maior benefício da massagem, com aumento da pontuação média em 6,5 pontos.

No final do PMT, os itens onde se verificaram maiores aumentos na pontuação média foram "6*- *Tenho dificuldade em descansar*", "18*- *Estou constantemente a pensar no meu mal-estar*" e "14*- *Tenho medo do que está para vir*".

Gráfico 2. Pontuação média obtida dos itens de conforto avaliados com a Escala HCQ-PT-DC©

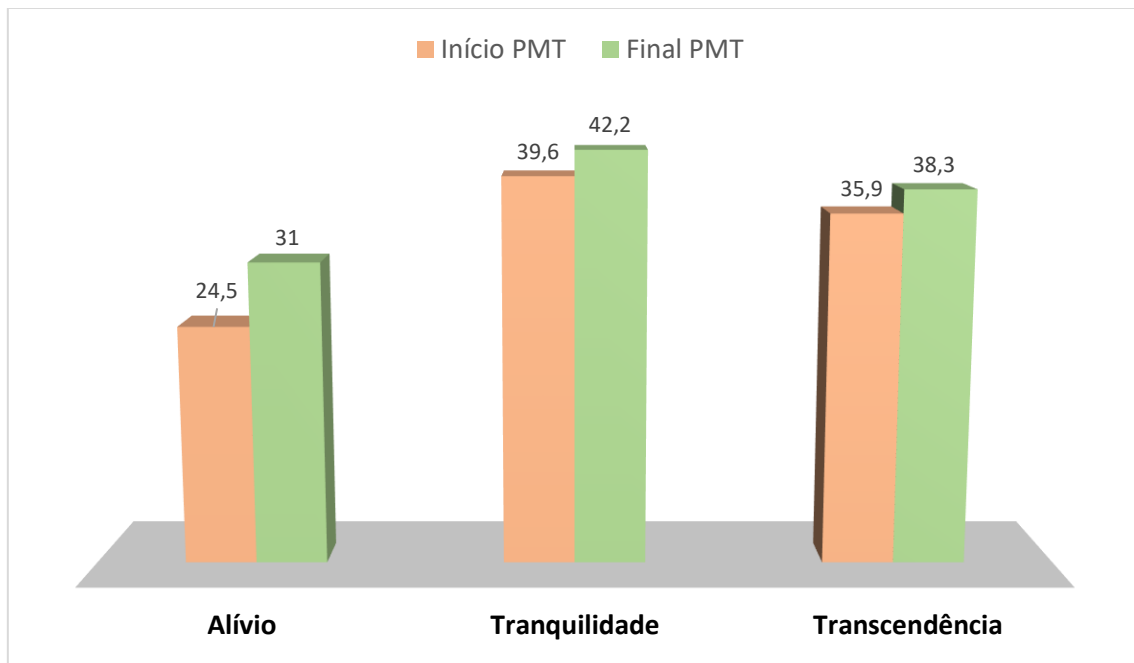


Tabela 4. Pontuação média obtida em cada item da Escala HCQ-PT-DC© no início e no final do PMT

Estado	Contexto	Item	\bar{X} início PMT	\bar{X} final PMT	Diferença
Alívio	SOC	1*- Estou preocupado com a minha família	1,3	2,3	1
	FIS	6*- Tenho dificuldade em descansar	2,4	3,6	1,2
	SOC	7*- Ninguém me compreende	3,7	3,9	0,1
	FIS	8*- É difícil aguentar a minha dor	2,6	3,5	0,9
	FIS	10- Durmo bem	3,9	3,9	0
	PSI	14*- Tenho medo do que está para vir	1,4	2,4	1
	PSI	16*- Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado	2,4	2,9	0,5
	SOC	21*- Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado	3,4	4,3	0,3
	PSI	23*- Estou deprimido	3,4	4,2	0,8
Σ das pontuações médias do conforto - "alívio"			24,5	31	6,5
Tranquilidade	SOC	4- Sei que sou amado	5,7	5,8	0,1
	PSI	9- Sinto-me em paz	3,4	4,1	0,7
	PSI	11*- Sinto-me culpado	4,3	4,4	0,1
	SOC	15- Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado/querido	5,7	5,7	0
	SOC	17- Sinto-me bem com as minhas relações pessoais	5,3	5,1	0,2
	FIS	18*- Estou constantemente a pensar no meu mal-estar	3,6	4,1	1,1
	SOC	19-Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas	4,9	5,2	0,3
	PSI	22*- Sinto-me só	3,8	4,3	0,1
	PSI	24- Encontrei o sentido da minha vida	2,9	3,5	0,6
Σ das pontuações médias do conforto - "tranquilidade"			39,6	42,2	2,6
Transcendência	SOC	2-A minha enfermeira (enf ^o) dá-me esperança	4,8	5,5	0,7
	PSI	3- Neste momento a minha vida tem mérito/vale a pena	5,5	5,7	0,2
	AMB	5- Este lugar é agradável	4,8	4,8	0
	AMB	12- Gosto de aqui estar	3,4	4,3	0,9
	AMB	13- Fiz a escolha certa ao escolher este local	5,2	5,4	0,2
	AMB	20*- Sinto-me deslocado	4	4,2	0,2
	SOC	25- Olhando para trás tenho tido uma vida boa	5,3	5,4	0,1
	AMB	26*- O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste	2,9	3	0,1
Σ das pontuações médias do conforto - "transcendência"			35,9	38,3	2,4

*itens invertidos

Apêndice XX- Opinião dos participantes do Programa de Massagem Terapêutica (PMT)

Temas	Opinião
RELAXAMENTO, SENSÇÃO DE BEM-ESTAR E CONFORTO	<p>[P2s1] <i>“terrivelmente relaxada. Tão bom. Sinto-me nova”;</i></p> <p>[P5s3] <i>“Após as sessões de massagem sinto-me sobretudo bastante relaxado (o que em condições normais não é fácil), reduzindo-se significativamente os meus níveis de ansiedade (tendencialmente elevados). Em suma, uma sensação de bem-estar muito apreciável”;</i></p> <p>[P3s2] <i>“Isto é mesmo bom para relaxar e para o bem-estar das pessoas”;</i></p> <p>[P4s3] <i>“Sinto-me muito bem. Considero que a massagem tem efeitos excelentes no meu bem-estar”;</i></p> <p>[P6s2] <i>“Senti-me muito bem. A massagem ajudou a ficar mais calma para a conversa que tive com o cirurgião, ajudou a gerir os níveis de ansiedade que aparecem nestas alturas. É uma ótima terapia complementar. Cria tempo e espaço para o paciente oncológico. Dá uma sensação de bem-estar”;</i></p> <p>[P7s3] <i>“A massagem terapêutica fez com que o meu nível de bem-estar aumentasse incrivelmente. O relaxamento e o toque nas zonas mais sensíveis ou com dor traz um nível de conforto maior em vez de maior tensão ou dor”;</i></p> <p>[P8s2] <i>“Na massagem acho que o mais positivo é conseguir relaxar”;</i></p> <p>[P8s3] <i>“Ao longo das três sessões senti uma diferença enorme na ansiedade. Acredito que estas sessões melhoraram o meu bem-estar e penso que seria benéfico a implementação deste serviço”;</i></p> <p>[P9s2] <i>“A massagem é um momento muito relaxante no contexto do tratamento. Ajuda a contribuir para o bem-estar físico e psicológico, tornando a situação mais confortável e permitindo que a mente fique mais tranquila e relaxada”;</i></p>
ALÍVIO DOS SINTOMAS	<p>[P3s2] <i>“tão bem. As dores de barriga já nem as sinto”;</i></p> <p>[P4s3] <i>“O corpo fica leve, descomprimido, as mãos melhoraram imenso da falta de sensibilidade que já sentia”;</i></p> <p>[P9s2] <i>A sensação no corpo é a de que removem toneladas de tensão que estavam acumuladas nos músculos”;</i></p>
DISTRAÇÃO	<p>[P2s3] <i>“É tudo o que precisamos quando aqui chegamos. Momento de desligar a ficha”;</i></p> <p>[P4s3] <i>“Para além disso ajuda imenso a passar o tempo de espera, que assim não é na sala de espera e até passa com maior rapidez”;</i></p> <p>[P8s3] <i>“não estar sempre a pensar no cancro. Sentir que tenho um momento de descanso e um miminho”;</i></p> <p>[P9s1] <i>“Muito melhor. Foi ótima para corpo e mente. A massagem transportou-me para momentos e lugares felizes”;</i></p>

SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS	<p>[P2s3] <i>“Tenho pena que hoje tenha sido a última, esperando que muito brevemente estes serviços sejam inseridos neste hospital de dia. Agradeço toda a atenção e carinho” P2S3</i></p> <p>[P6s3] <i>“As sessões de massagem têm ajudado e foram uma experiência muito positiva que teria gostado muito que estivesse presente desde o primeiro dia. Os 20/30 minutos de massagem ajudam a ter tempo para mim, a re-alinhar corpo e alma, a focar no importante. tornam o hospital de dia mais humano. Estou muito grata de ter tido a oportunidade de participar nesta experiência”;</i></p> <p>[P7s3] <i>Recomendaria sem dúvida que o hospital disponibilizasse este serviço aos seus pacientes eu aderiria sem qualquer dúvida.”;</i></p> <p>[P8s1] P8S1 <i>“Sinto-me tão bem. Acho que toda a gente devia ter direito a isto. Tem umas mãos mágicas”;</i></p> <p>[P8s3] <i>“Senti-me à vontade e a enfermeira fez por isso. Superou as minhas expetativas e agradeço tanto à enfermeira pela disponibilidade e carinho”;</i></p>
-------------------------	---

P= participante; s= sessão

