



**4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em
Enfermagem**

Área de Especialização
**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente
Enfermagem Oncológica**

Relatório de estágio

*A música como intervenção de enfermagem no controlo
da dor aguda no doente oncológico no pós-operatório
imediato*

Catarina Sofia Silva Valente

Lisboa

Dezembro de 2014



**4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em
Enfermagem**

Área de Especialização
**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente
Enfermagem Oncológica**

Relatório de estágio

*A música como intervenção de enfermagem no controlo
da dor aguda no doente oncológico no pós-operatório
imediato*

Catarina Sofia Silva Valente

Professor Orientador: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

Dezembro de 2014

*O sofrimento só é intolerável
quando ninguém cuida.*

Cicely Saunders

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa pela sua compreensão e incentivo ao longo deste processo.

Ao professor Jorge Eurico Gonçalves de Sousa Ferreira a minha gratidão pela preciosa ajuda, sem a qual eu dificilmente chegaria até aqui.

Aos enfermeiros orientadores que me acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos e que fizeram de mim uma enfermeira melhor e mais atenta.

A todos os doentes que participaram e colaboraram neste trabalho e em particular a toda a equipa de enfermagem do bloco operatório que comigo colaborou na concretização deste relatório, saibam que é um privilégio e satisfação trabalhar e aprender convosco todos os dias.

A todos aqueles que me apoiaram, acompanharam e incentivaram ao longo deste tempo, e cuja página é pequena para os nomear, a minha mais profunda gratidão.

A toda a minha família e em particular ao meu marido, pelo seu apoio, compreensão, paciência e carinho.

Um bem-haja.

LISTA DE SIGLAS

- AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- AINEs - Anti-inflamatórios não esteróides
- APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
- ASA - *American Society of Anesthesiologists*
- BO - Bloco operatório
- COX-2 - Ciclo-oxigenase-2
- DGS - Direção Geral da Saúde
- EN - Escala numérica
- EONS - *European Oncology Nursing Society*
- IASP - *International Association for the Study of Pain*
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- NMDA - N-methyl-D-aspartato
- URPA - Unidade de recuperação pós-anestésica
- WHO - *World Health Organization*
- WFMT - *World Federation of Music Therapy*

RESUMO

O controlo da dor pós-operatória no doente oncológico é um dos aspetos mais importantes para a obtenção de resultados de qualidade em cuidados de enfermagem, no entanto, a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes referido pelos doentes, interferindo com a capacidade de adaptação à doença, prolongando a sua estadia hospitalar e diminuindo a satisfação com os cuidados prestados. O BO onde trabalho revê-se nesta realidade, pelo que este relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos no pós-operatório, através da aplicação sistemática de música, a doentes submetidos a cirurgia tiroideia, como intervenção não farmacológica para o controlo da dor aguda pós-operatória. Assim, foi criado um protocolo de intervenção de abordagem quasi-experimental, com grupo controlo e grupo experimental não equivalentes, com o objetivo de avaliar o efeito da audição de música sobre a intensidade da dor em doentes submetidos a cirurgia tiroideia. Os dados recolhidos foram submetidos a uma análise estatística descritiva simples (frequências simples, média e desvio-padrão) tendo sido utilizado o programa *IBM SPSS Statistics 21 para Microsoft Windows*[®]. Participaram neste projeto 48 doentes, distribuídos pelo grupo controlo (n=26) e pelo grupo experimental (n= 22), concluindo-se que a música pode melhorar o controlo da dor aguda pós-operatória, no entanto são necessários mais estudos e uma avaliação mais pormenorizada dos dados encontrados, para a generalização dos resultados. Verificou-se, também, que os doentes do grupo experimental permaneceram em média menos tempo na URPA e demonstraram uma elevada satisfação face à intervenção realizada ($7,77 \pm 1,875$). A música como intervenção de enfermagem é fácil de implementar, não necessitando de grandes recursos humanos ou materiais, pelo que se recomenda que esta técnica seja incorporada na prática clínica diária como uma intervenção de rotina de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia em contexto de pós-operatório.

Palavras-chave: Dor aguda pós-operatória, cuidados de enfermagem, intervenções não farmacológicas, música.

ABSTRACT

Postoperative pain management of patient with cancer is one of the most important aspect to achieve quality results in nursing care, however the pain persists as the symptom more reported by patients, interfering with their ability to adaptation to the disease, prolonging their internment and giving low satisfaction. This report aims to demonstrate the development of a project which improve the quality of nursing care of patients with cancer in the postoperative period, through the systematic application of music to patients undergoing surgery thyroid, as non-pharmacological intervention for the management of postoperative acute pain. A quasi-experimental design, with control and experimental group not equivalent, was used to evaluate the effect of listening music on the intensity of pain in patients undergoing thyroid surgery. Data analysis by simple descriptive statistics (simple frequencies, mean and standard deviation) were done via IBM SPSS Statistics 21 for Microsoft Windows® program. 48 patients participated in this project, distributed by the control group (n = 26) and the experimental group (n = 22), concluding that music can improve the management of acute postoperative pain, however more research is needed and a more detailed assessment of the data, for the generalization of the results. Patients in the experimental group were less time in unit of post-anesthetic recovery and demonstrated high satisfaction with the intervention performed (7.77 ± 1.875). Music as a nursing intervention is easy to implement and does not require major human or material resources, it is recommended that this technique is incorporated in daily clinical practice as a nursing routine intervention in patients undergoing surgery in the context of post-operative.

Keywords: Acute postoperative pain, nursing care, non-pharmacological intervention, music

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	10
1 – DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1 – A dor no doente oncológico no pós-operatório imediato	19
2.1.1 – Alguns dados epidemiológicos relativos à dor pós-operatória	19
2.1.2 – Fatores que influenciam a presença de dor aguda e suas consequências no doente no pós-operatório.	20
2.2 – As intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente oncológico no pós-operatório	22
2.2.1 – Da (re)avaliação ao registo	23
2.2.2 – Controlo da dor: intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes	25
2.3 – O caso específico da música como intervenção autónoma de enfermagem no controlo da dor do doente oncológico no pós-operatório imediato	29
2.3.1 – Breve percurso histórico da música e da musicoterapia no contexto da saúde	29
2.3.2 – O efeito terapêutico da música no controlo da dor do doente oncológico no pós-operatório imediato.....	31
2.3.3 – A promoção da resposta adaptativa do doente oncológico com dor no pós-operatório imediato com a intervenção de enfermagem música.....	35
3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	38
3.1 – Na unidade de dor crónica nível II	38
3.2 – No serviço de cirurgia geral	42
3.3 – No bloco operatório	46
3.3.1 – Limitações e recomendações	59
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão narrativa da literatura

Apêndice II – Relatório da história e missão e estrutura organizativa e funcional da unidade de dor nível II

Apêndice III – Síntese das escalas unidimensionais de avaliação de dor utilizadas na unidade de dor nível II

Apêndice IV – Reflexão sobre a prática de uma consulta de enfermagem de acolhimento a uma pessoa com dor oncológica não controlada – Ciclo de Gibbs

Apêndice V – Síntese das técnicas não farmacológicas utilizadas na unidade de dor nível dois

Apêndice VI – Verbatim da entrevista semiestruturada a uma musicoterapeuta e respetiva análise de conteúdo

Apêndice VII – Plano da sessão de formação desenvolvida na unidade de dor de nível dois

Apêndice VIII – Estudo de Situação com reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados a uma pessoa em pós-operatório imediato com dor aguda

Apêndice IX – Protocolo para a aplicação de música no controlo da dor aguda pós-operatória

Apêndice X – Instrumento de colheita de dados

Apêndice XI – Autorização para implementação do estudo

Apêndice XII – Imagens dos equipamentos utilizados para aplicação de música

Apêndice XIII – Plano da sessão de formação aos enfermeiros e anestesistas do BO

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por grupos etários	54
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por sexo	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Intensidade de dor previsível por cirúrgica.....	27
Tabela 2 – Caracterização demográfica e clínica da amostra do grupo experimental e do grupo controlo.....	55
Tabela 3 – Interesse e exposição à música no grupo experimental	56
Tabela 4 – Intensidade de dor registada no grupo experimental e no grupo controlo.....	57
Tabela 5 – Tempo de permanência na URPA	58
Tabela 6 – Registo de sinais vitais no grupo experimental e no grupo controlo.....	58

INTRODUÇÃO

O presente trabalho encontra-se inserido na unidade curricular Estágio com Relatório pertencente ao terceiro semestre do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem Oncológica, e descreve o desenvolvimento de um projeto de estágio que decorreu entre o dia 30 Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, com a duração de 450 horas.

O projeto tem como tema “A música como intervenção de enfermagem no controlo da dor aguda no doente oncológico no pós-operatório imediato” e foi desenvolvido num primeiro momento numa unidade de dor crónica nível dois, num segundo tempo num serviço de cirurgia geral oncológica e por último num BO. A elaboração deste projeto teve como principal finalidade desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeira especialista, que melhorem a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos com dor no pós-operatório, particularmente durante o recobro anestésico, e nomeadamente através da integração de intervenções não farmacológicas, com destaque para aplicação de música, para o controlo dessa dor.

Atualmente, as doenças oncológicas, quer pela sua incidência, prevalência, mortalidade, complicações, vulnerabilidade, transcendência social e económica, tornam o cancro um grave problema de saúde pública, pelo que é necessário uma atuação concertada e um esforço organizado de toda a sociedade para prevenir a doença, promover a qualidade de vida da pessoa com cancro e ao mesmo tempo prolongar a sua esperança de vida. Segundo a WHO, o cancro é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e a segunda principal causa de morte nos países em vias desenvolvimento, tendo sido protagonista por 8,2 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012 (WHO, 2014a, 2014b). Na União Europeia, a mesma organização prevê através da sua *International Agency for Research on Cancer* e tendo como base apenas o envelhecimento da população, que até 2030 existirá um aumento de novos casos de cancro em 13,7%.

As previsões para Portugal são ligeiramente diferentes, no entanto, e seguindo a tendência de crescimento apontada para a Europa, prevê-se um acréscimo de novos casos de cancro na ordem dos 12,6% (DGS, 2013). A nível regional, e apesar de não podermos comparar diretamente os dados, pois não se reportam ao mesmo ano, constata-se que tem ocorrido um aumento do número de novos casos de cancro

relativamente a anos anteriores. Na Região Norte, no ano de 2008, foram diagnosticadas 14290 novas neoplasias malignas, o que correspondeu a uma taxa de incidência de cancro de 433,70/100000 habitantes (Registo Oncológico Regional do Norte, 2013). Já na Região Centro, no ano de 2010, foram registados 10961 novos casos, com uma taxa de incidência de 457,64/100000 (Registo Oncológico Regional do Centro, 2012) e na Região Sul, no ano 2007, foram registados 21637 casos, verificando-se uma taxa de incidência de 231,85/100000 habitantes (Registo Oncológico Regional do Sul, 2007).

Como sabemos, o tratamento contra o cancro envolve diferentes alternativas terapêuticas, como a cirurgia, seguida ou antecedida de quimioterapia ou radioterapia, terapêutica hormonal e a imunoterapia. Alguns cancros respondem melhor a um só tipo de tratamento, enquanto outros podem responder melhor a uma associação de medicamentos ou modalidades de tratamento (Nacional Cancer Institute, 2013). A cirurgia é um tratamento quase sempre incluído no plano terapêutico do doente oncológico sendo mesmo o tratamento mais comum (American Cancer Society, 2014).

Como enfermeira num BO, sou todos os dias confrontada com doentes operados por doença oncológica a quem presto cuidados pós-cirúrgicos verificando que o controlo da dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais importantes para a satisfação dos doentes, bem como para a evicção de complicações a curto, médio e longo prazo (Sarmiento *et al.*, 2013). Mas apesar das múltiplas estratégias que hoje dispomos para o controlo da dor, sabemos que menos de metade dos pacientes com dor no pós-operatório ainda não recebe o alívio adequado, sendo muitos os obstáculos que continuam a ser colocados para a implementação de metodologias organizadas na analgesia de todo o período perioperatório (Caseiro, 2004; IASP, 2011a).

O controlo da dor tem vindo a ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, porque é indispensável à sua humanização, desde a implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, em 2001, e que se mantém até aos dias de hoje, tal como enunciado no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013). De facto, o alívio da dor passou a ser considerado como um direito humano fundamental, na Declaração de Montreal, assinada por mais de 50 instituições de todo o mundo, inclusive pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (*International Pain Summit of The IASP*, 2011), sendo, igualmente um dever na prestação de cuidados de saúde, o que implica que os doentes tenham acesso a um alívio eficiente da dor (IASP, 2011a). Quando a atuação médica provoca dor ou sofrimento para alcançar um benefício terapêutico, estamos a “lesar” o doente, pelo que é eticamente inaceitável

não proporcionar a este todos os meios disponíveis para lhe aliviar o sofrimento (DGS, 2001).

Tendo consciência que a compreensão da dor e a aquisição de competências para a sua avaliação, tratamento e gestão integrados num plano analgésico multimodal é fundamental quando se idealiza uma prática avançada da enfermagem, encetei este projeto. A necessidade de aquisição, atualização e desenvolvimento de conhecimentos específicos aliados à prática que confirmam competências é importante, pelo que a formação contínua deve ser encarada como um modo de estar, uma constante, adequada às múltiplas exigências que se colocam diariamente no âmbito da competência profissional, e segundo o qual o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício, refletindo sobre a sua prática, corrigindo as lacunas, e mantendo uma atualização contínua dos seus conhecimentos tal como e refere o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 88º (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, 2009).

O projeto desenvolvido inspira-se num método de investigação-ação, onde ponho em prática as competências adquiridas ao longo da frequência no curso de mestrado em enfermagem, analisando de modo crítico o conhecimento contemporâneo sobre a saúde e sobre a prática de enfermagem. Para a consecução do projeto foi fundamental a passagem em contexto de ensino clínico por uma unidade de dor crónica nível dois, onde pretendi participar na prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório ao doente oncológico com dor crónica não controlada, partindo da avaliação do doente e planeando as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que contribuíssem para a sua adaptação, a passagem por um serviço de cirurgia geral onde pudesse participar na prestação de cuidados ao doente oncológico com dor aguda pós-operatória, adequando as intervenções farmacológicas e não farmacológicas promovendo a adaptação da pessoa à dor e, por último, por um BO onde implementei um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com dor aguda pós-operatória, através da aplicação de música como intervenção autónoma da equipa de enfermagem que resultou na elaboração de um estudo quasi-experimental com grupo controlo e grupo experimental.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro expõe-se a problemática que lhe deu origem, bem como as razões pessoais e científicas da sua escolha.

No segundo apresenta-se o enquadramento teórico que se encontra dividido em três subcapítulos sendo que, no primeiro aborda-se a problemática da dor no doente

oncológico no pós-operatório imediato revendo alguns dados epidemiológicos, bem como os fatores que contribuem para a dificuldade do seu controlo e as consequências da dor aguda para o doente. No segundo subcapítulo abordam-se as intervenções de enfermagem necessárias para o seu controlo, percorrendo o caminho que vai da (re)avaliação ao registo, abordando os métodos de tratamento disponíveis (farmacológicos ou não farmacológicos). No terceiro subcapítulo foquei a atenção na música como intervenção autónoma de enfermagem para o controlo da dor aguda do doente oncológico no pós-operatório imediato, revendo brevemente o percurso da música e da musicoterapia no contexto de saúde, explicando a sua utilização como intervenção autónoma de enfermagem disponível para o cuidado à pessoa e destacando a evidência científica existente sobre a sua influência na dor e finalizando com uma abordagem/reflexão sobre a sua utilização como intervenção de enfermagem, facilitadora da adaptação do doente, de acordo com o pensamento de Callista Roy.

No terceiro capítulo apresenta-se a implementação do projeto no qual se descrevem as atividades realizadas nos três campos de estágio: numa unidade de dor crónica nível dois, num serviço de cirurgia geral, e num bloco operatório central e que se centraram na aquisição de competências conducentes à aquisição do grau de mestre e ao título de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Terminei este relatório pelo capítulo da conclusão, na qual se expõem os resultados encontrados pelo desenvolvimento dos estágios, para o doente oncológico com dor aguda e para a aquisição de competências como futura enfermeira especialista.

O relatório foi redigido tendo em conta as normas da *American Psychological Association* e do novo acordo ortográfico.

1 – DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Enquanto enfermeira de um BO central que presta cuidados diferenciados a doentes submetidos a cirurgia e os acompanha no pós-operatório imediato, sustento a escolha da problemática deste relatório em três pilares. Em primeiro lugar, a curiosidade e o interesse pessoal face ao “mundo” que envolve o cuidado da pessoa com dor, em segundo lugar as constantes indagações sobre os cuidados de enfermagem pós-operatórios ao doente com dor que se levantavam na equipa de enfermagem do meu local de trabalho e em terceiro lugar pelo interesse institucional na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como indicam as orientações nacionais de controlo da dor aguda, e as normas de boas práticas preconizadas para os cuidados de enfermagem (DGS, 2013; OE, 2012).

Como sabemos, as instituições de saúde procuram responder às orientações e normas estabelecidas por entidades de saúde nacionais e internacionais, (WHO, DGS, Conselho Internacional de Enfermeiros e Conselho Nacional da Qualidade da OE) desenvolvendo esforços que promovam a excelência do exercício profissional da enfermagem e consequentemente melhorem a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos. Neste sentido, a instituição onde desempenho funções delineou, através da direção de enfermagem, algumas estratégias tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem criados pela OE em 2012, estabelecendo como um dos objetivos do bloco operatório central, a avaliação da satisfação do doente operado relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. Para isso foi criado um questionário com o título “Satisfação dos utentes submetidos a cirurgia no Bloco Operatório”, constituído por cinco perguntas fechadas, onde são recolhidos dados sociodemográficos para caracterizar a população, uma pergunta que tem como objetivo qualificar o grau de satisfação global dos doentes, onde é aplicada uma escala de Likert de 4 pontos (1- insatisfeito, 2- pouco satisfeito, 3- satisfeito, 4- muito satisfeito), e ainda três perguntas abertas onde indique os aspetos positivos e negativos dos cuidados prestados, assim como sugestões para melhoria. O questionário é aplicado anualmente desde 2012 a alguns doentes submetidos a cirurgia, selecionados por amostra de conveniência tendo em conta a disponibilidade dos enfermeiros do BO em deslocarem-se ao internamento o interesse e disposição do doente em responder ao questionário e que se encontrem internados no hospital, no segundo dia pós-operatório.

Os resultados dos questionários de satisfação foram submetidos a uma análise estatística e de conteúdo, divulgada através do relatório de atividades do BO para o ano 2012 e 2013. Focando-nos apenas nos dados que relatam o grau de satisfação e os aspetos negativos mais referidos, verificou-se que, no ano de 2012, foram inquiridos 60 doentes e que 20% indicaram sentirem-se “muito satisfeito”, 76% “satisfeito” e 4% “pouco satisfeito”, mencionando como aspetos negativos, por ordem de frequência o “frio” a “dor” e “confusão e abandono enquanto aguardava no estacionamento”. Relativamente ao ano de 2013, no qual foram inquiridos 111 doentes verifica-se que 30% dos inquiridos referiu sentir-se “muito satisfeito”, 69% “satisfeito” e 1% “pouco satisfeito”, mencionando como aspetos negativos por ordem de frequência a “dor” o “frio” e “muito tempo em jejum antes da cirurgia”.

Pela análise destes resultados conclui-se que tanto no ano de 2012 como 2013 a dor é um dos aspetos negativos mais vezes referido pelos doentes como motivo de não satisfação aquando da passagem pelo bloco, o que suscita uma necessidade de atuação e modificação de práticas conducentes à melhoria do controlo analgésico. Por este motivo os resultados foram alvo de análise e reflexão pela equipa de enfermagem do BO, que os discutiu em reunião de serviço, no sentido de encontrar estratégias que melhorassem a prática do exercício profissional de enfermagem. Não posso deixar no entanto de fazer a ressalva, que tendo em conta que no ano de 2012 e 2013 foram realizadas 5856 cirurgias programadas no BO (aproximadamente 3000/ano), os questionários de satisfação realizados são pouco representativos da população atendida, mas não deixam de ser indicativos da necessidade de mudança de comportamentos.

Decidi, por isso, proceder a um diagnóstico da situação com os objetivos de avaliar a intensidade da dor manifestada pelos doentes na URPA durante o turno da manhã e identificar as intervenções dos profissionais de enfermagem planeadas para o seu controlo. Assim, após a autorização da enfermeira-chefe, recolhi 88 notas de enfermagem de todos os doentes submetidos a cirurgia e que se encontravam na URPA durante o turno da manhã (das 8 às 16 horas), de uma semana do mês de Novembro do ano de 2012, analisando os dados recorrendo ao programa estatístico, *IBM SPSS Statistics 21* para *Microsoft Windows®*. Da análise dos dados verifica-se que 56,8% das notas analisadas correspondia a doentes do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino, tendo uma amplitude de idades entre os 22 e os 86 anos, tendo sido operados pelas especialidades de cirurgia geral (37,5%), neurocirurgia (23,9%), urologia (15,9%), otorrinolaringologia (8,0%), cirurgia vascular (8,0%) e cirurgia plástica (6,8%). Importa

salientar que 48,9 % das notas de enfermagem analisadas corresponde a doentes que fizeram uma cirurgia oncológica.

Relativamente à intensidade da dor verificou-se que 56,8% dos doentes refere ter dor no pós-operatório imediato (avaliação realizada tendo por base as indicações da escala numérica (EN) para a avaliação de dor), sendo que dos doentes que manifestaram dor 22,2% dos doentes refere sentir dor de intensidade 1, 24,5% intensidade 2, 22,2%, intensidade 3, 15,6% intensidade 4, 11,1%, intensidade 5, 2,2% intensidade 6 e 2,2% intensidade 7, não existindo registo de intensidades superiores.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem realizadas para o controlo da dor, verifica-se que a atuação assenta essencialmente na realização de intervenções farmacológicas (52,0%), seguindo-se uma conjugação de intervenções farmacológicas aliadas a intervenções não farmacológicas (12,0%) sendo que a realização de intervenções não farmacológicas isoladamente ocorreu em 2,0% dos registos. As intervenções não farmacológicas circunscrevem-se à atuação de ordem física (OE, 2008), especificamente pela aplicação de massagens corporais e pelo posicionamento dos doentes. Dos restantes 34% dos doentes que manifestaram dor não se verificou o registo de qualquer intervenção.

Com estes resultados conclui-se que a maioria dos doentes (68,9%) manifesta intensidades de dor que variam entre 1 a 3, o que corresponde a uma dor leve (DGS, 2003) e que a equipa de enfermagem do BO utiliza maioritariamente a administração de analgésicos para o controlo da dor, uma prática que não é desadequada tendo em conta o que é um doente submetido a cirurgia e que se encontra no período de pós-operatório imediato (American Society of Anesthesiologists, 2012). Assim, aparece aqui evidenciada uma janela de oportunidade, no que toca ao fomento e à utilização de intervenções não farmacológicas, como medidas de controlo da dor pelos enfermeiros do BO.

Tendo em conta que, o controlo da dor no período perioperatório baseia-se na reconhecida vantagem da escolha de técnicas analgésicas farmacológicas (cuidados de enfermagem interdependentes) e não farmacológicas (cuidados de enfermagem autónomos) como é recomendado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001), que se possam associar ou complementar e que possibilitem um adequado e eficaz alívio da dor aos doentes operados, a atuação dos enfermeiros nestas duas áreas de intervenção previstas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996) é de incentivar. Os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados pela proximidade, tempo de contacto e

conhecimento, encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Söderhamn & Idvall, 2003). São eles que procedem à identificação de queixa álgica, à caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, à aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, à identificação de fatores que contribuem para a diminuição ou agravamento da queixa álgica e à seleção de alternativas de tratamento, assim como à verificação da eficácia das terapêuticas implementadas (OE, 2008).

Perante estes factos, e tendo em conta que o enfermeiro deve ter um papel ativo que garanta a escolha da oferta analgésica o mais adequada possível, o projeto de intervenção recaiu na aplicação de uma técnica não farmacológica cognitivo-comportamental, nomeadamente a aplicação de música no período pós-operatório, uma intervenção que é capaz de promover o exercício autónomo do enfermeiro, minimizar os problemas de adaptação à dor no doente e melhorar a qualidade do exercício profissional de enfermagem, tendo por base as diretrizes do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001), Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008), Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013) e do Guia orientador de boa prática para a dor da OE (2008). Está ainda comprovado cientificamente que é uma intervenção capaz de reduzir a dor no pós-operatório, melhorando a satisfação dos doentes face aos cuidados prestados (Binns-Turner, Wilson, Pryor, Boyd, & Prickett, 2011).

Para fundamentar a implementação desta técnica, foi necessário proceder a uma revisão da literatura, norteada pela questão de investigação “*Qual o efeito terapêutico da música na dor dos doentes no pós-operatório?*”, por forma a conhecer a evidência científica sobre o conhecimento atual dos efeitos terapêuticos da música na dor em contexto pós-operatório, particularmente nos doentes oncológicos e desenvolver ao longo do estágio competências técnicas, científicas e relacionais que me capacitem a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos com dor aguda no pós-operatório, durante o recobro anestésico, através da integração regular de intervenções não farmacológicas, com destaque para a aplicação de música, ao mesmo tempo que desenvolvia as competências necessárias inerentes ao título mestre e de enfermeira especialista, tal como se encontra consagrado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011b).

As competências clínicas que enquanto enfermeira desejei desenvolver para dar resposta às necessidades sentidas, organizaram-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em enfermagem, por forma a desenvolver boas práticas que configurassem cuidados seguros e de qualidade, uma vez que só mobilizando, integrando e orquestrando recursos (saber, saber-fazer e saber-estar) se descobre a melhor estratégia de resolução do problema. Para desenvolver as competências torna-se necessário, situarmo-nos num patamar de desenvolvimento, pelo que tendo em conta a teoria de Patricia Benner enquadrei-me no início do estágio no nível de competente na tentativa de alcançar o nível de proficiente (Benner, 2001).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença oncológica é acompanhada de um marcado sofrimento físico e psicológico que atinge o doente e a família. O doente enfrenta, a partir do momento do diagnóstico, um conjunto de mecanismos e de tarefas de adaptação à doença, decorrentes dos tratamentos que a acompanham. Nos subcapítulos que se seguem irei abordar alguns desses aspetos, em particular no que toca a presença de dor no doente submetido a cirurgia e que se encontra em recuperação pós-operatória. Perante a bibliografia consultada não evidencio diferenças da dor aguda do doente oncológico face ao doente não oncológico, pelo que a abordagem a esta temática, e apesar de se enunciar nos títulos associada ao doente oncológico, é transversal a ambos os tipos de doentes.

2.1 – A dor no doente oncológico no pós-operatório imediato

2.1.1 – Alguns dados epidemiológicos relativos à dor pós-operatória

A dor é considerada uma experiência individual, subjetiva e multidimensional que envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (OE, 2008) e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), 2011, ¶ 3). Esta é um fenómeno somatopsíquico que é modulada pelo humor, pela moral e significado que assume perante o doente (Twycross, 2003) pelo que só ele a sabe identificar e caracterizar concretamente.

Podemos classificar a dor segundo a sua duração, como crónica ou aguda. A dor crónica tem um carácter patológico, sem uma relação causa-efeito definida, sem função de alerta ou defesa, que é gradativamente incapacitante e que surge por alteração dos mecanismos de nociceção (Ritto *et al.*, 2012). A dor aguda tem um carácter fisiológico de alerta e defesa e é definida como uma “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (DGS, 2001, p. 27), sendo a dor cirúrgica a causa mais frequente de dor aguda (Valentim, 2008). A dor aguda cirúrgica é uma “dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, em regime de internamento ou ambulatorio, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas” (DGS, 2001, p.27).

Os dados relativos à incidência de dor pós-operatória são sugestivos do muito que ainda há a fazer. No Canadá, a incidência de dor pós-operatória varia entre 20,0 a 75,0%, quando a base da analgesia é a administração intramuscular intermitente de opióides (Zimmermann & Stewart, 1993). Em Inglaterra, segundo Dolin, Cashman & Bland (2002), a incidência da dor pós-operatória organiza-se da seguinte forma: 29,7% dos doentes refere ter dor moderada a severa em repouso, 32,2% refere ter dor moderada a severa em movimento, e 10,9% refere dor severa. Nos Estados Unidos da América cerca de 80% dos doentes submetidos a cirurgia manifesta ter dor (IASP, 2011b). Em Portugal, e apesar de sermos um dos poucos países da Europa que já implementaram oficialmente o controlo e tratamento da dor no seu sistema de saúde, verificamos, segundo o estudo de Pozza *et al.* (2010), que 71,0% dos doentes manifesta sentir dor aguda pós-operatória no segundo dia após a intervenção cirúrgica, dos quais 25,0% refere dor moderada a severa, apesar da prescrição regular de analgésicos.

A dor aguda pós-operatória mal controlada irá tornar-se persistente em cerca de 10 a 50% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos comuns (Kehlet, Jensen & Woolf, 2006), transformando-se em dor crónica severa para 2 a 20 % desses doentes (Hinrichs-Rocker *et al.*, 2009) o que leva a uma perda de capacidade total ou parcial a nível laboral, uma recuperação pós-operatória mais lenta do que seria necessária para as funções de vida diária e uma redução da qualidade de vida durante a recuperação, com consequências económicas consideráveis (IASP, 2011c; Ritto *et al.*, 2012; Valentim, 2008).

2.1.2 – Fatores que influenciam a presença de dor aguda e suas consequências no doente no pós-operatório.

Como sabemos, com o progresso da medicina da dor, é possível aliviar a dor em grande parte dos casos, no entanto, é difícil ultrapassar a dicotomia da possibilidade face à realidade, uma vez que existem deficiências que refletem a existência de barreiras na implementação prática da evidência científica (IASP, 2011c). Vários são os fatores que contribuem para a não diminuição da incidência da dor aguda pós-operatória. Segundo Mann & Redwood, (2000), Mendes (2008) e Marques *et al.* (2003) estes podem ser divididos em três tipos: das organizações, dos profissionais de saúde e dos doentes.

A nível organizacional encontramos fatores, tais como, a falta de interesse e de investimento a nível político, excessiva burocratização, lenta implementação da

investigação a nível institucional e presença de rácios desadequados enfermeiro/doente (Mann & Redwood, 2000) que pode provocar um aumento do tempo de permanência nas unidades de terapia intensiva ou no hospital, com maiores taxas de complicações e custos relacionados, resultando numa má qualidade do atendimento prestado, com importantes consequências negativas para a instituição (IASP, 2011a).

Relativamente aos fatores gerados pelos próprios profissionais, identificamos a insuficiente ou inadequada formação teórico-científica, a inabilidade na avaliação e registo da dor, a desvalorização da queixa dolorosa do doente, e a presença de mitos e preconceitos que impedem a utilização adequada de determinados medicamentos analgésicos (Mann & Redwood, 2000; Mendes 2008), pelo que, seria fundamental a existência de serviços organizados com os meios necessários e com protocolos instituídos para o tratamento da dor (Mendes, 2008), para além de se ter profissionais treinados e capazes de efetuar uma boa avaliação da dor, dado que esta é a causa mais comum do seu ineficiente controlo (Davis & Walsh, 2004).

Quanto aos fatores provenientes dos doentes identifica-se a diminuição das suas capacidades cognitivas¹ para caracterizar e identificar a sua dor, a recusa em admitir dor para que o médico se centre no tratamento da doença, o medo que a dor possa significar agravamento da doença, anunciando a morte, ou até que a sua existência possa aborrecer os profissionais (Mendes, 2008; Marques *et al.* 2003). Estes fatores podem ainda ser agravados por três aspetos: fatores inerentes à pessoa (o sexo, a idade, o índice de massa corporal, as expectativas sobre a resolução da sua situação de doença, a informação sobre a cirurgia e grau de educação, a experiência cirúrgica anterior, dor prévia à cirurgia, medicação analgésica já instituída, e a genética), à cirurgia (a cirurgia que é proposta e a que é realmente efetuada, a técnica cirúrgica adotada, a duração da intervenção, e a experiência do cirurgião *versus* cirurgia a realizar) e à técnica anestésica (opióide escolhido no intraoperatório, administração de anestésicos locais, realização de bloqueios nervosos contínuos, entre os demais) (Carroll & Bowsher, 1993; Sarmiento *et al.*, 2013), pelo que as respostas à dor podem não ser especificamente as mesmas em todos os doentes, mas condicionam a capacidade de enfrentamento do doente ao estímulo doloroso, retardando o mecanismo de adaptação.

¹ A capacidade cognitiva dos doentes no pós-operatório pode ser avaliada através da escala de Aldrete & Kroulik (1970), assim como o nível de sedação pela escala de sedação de Wilson (Roelofse & Piercy, 2010).

Exposta a ineficácia no tratamento da dor aguda, há que falar nas consequências da sua presença no doente, quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico. A nível fisiológico, a libertação de catecolaminas no sistema circulatório estimula o sistema nervoso simpático levando ao aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial, aumentando o trabalho cardíaco e o consumo de oxigénio pelo miocárdio com consequente risco de isquémia e enfarte, para além disso o desvio do fluxo sanguíneo do trato gastrointestinal causado pela estimulação simpática continuada compromete a motilidade e afeta a irrigação da mucosa intestinal, podendo ocasionar alterações na flora bacteriana, má absorção e distúrbios eletrolíticos (IASP, 2011a; Valentim, 2008). A nível pulmonar verifica-se o aumento da frequência respiratória podendo levar ao desenvolvimento de atelectasias, causando hipoxémia entre outras complicações pulmonares, a nível metabólico pode dar-se o aparecimento de acidose metabólica, com consequente diminuição da resposta imunitária, pode também ocorrer a diminuição na produção de insulina que provoca um aumento da glicémia, condicionando a possibilidade de ocorrência de fenómenos tromboembólicos, o aumento do risco de insuficiência anastomótica e de atraso na cicatrização da ferida operatória (Palombo & Medeiros, 2001; Valentim, 2008).

Em relação as alterações psicológicas, embora possam ser menos óbvias, elas interagem com os efeitos fisiológicos fazendo muitas vezes parte de ciclo vicioso da dor. Estas alterações, associadas à dor aguda têm recebido menos atenção do que as associadas à dor crónica, porém elas não são menos importantes. A presença de dor aguda não controlada pode levar a um aumento da ansiedade e do medo, desmoralização, sentimento de desamparo, perda de controlo e por fim a depressão condicionando a capacidade do doente em desenvolver raciocínios básicos e de interação com os outros (IASP, 2011a; Valentim, 2008).

2.2 – As intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente oncológico no pós-operatório

Entende-se como controlo da dor as diversas intervenções realizadas pelos enfermeiros com o intuito de prevenir, sempre que se preveja a ocorrência de dor e tratar, sempre que a avaliação evidencie a sua presença, agindo na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

A prestação de cuidados de enfermagem para o controlo de qualquer dos tipos de dor engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996)². É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos.

O adequado controlo da dor do pós-operatório é o fator determinante para o sucesso da recuperação cirúrgico anestésica, sendo também reconhecido como o principal motivo de satisfação do doente (Sarmiento *et al.*, 2013). Por este motivo cabe aos enfermeiros o aperfeiçoamento contínuo dos seus conhecimentos na qualidade de gestão da dor, na alteração de atitudes e crenças que contribuam para a mudança de comportamentos, assim como na promoção e desenvolvimento de investigação que contribua para a inovação dos cuidados de enfermagem tal como refere a OE (2008).

No capítulo seguinte irei abordar alguns aspetos do tratamento da dor aguda do pós-operatório baseado na evidência científica, realçando o papel do enfermeiro, na avaliação, vigilância, e implementação de intervenções, e registo deste processo contínuo e dinâmico que é a analgesia da dor aguda do pós-operatório.

2.2.1 – Da (re)avaliação ao registo

A circular normativa n.º 9 da DGS de 14 de Junho de 2003 equipara a dor a 5º sinal vital, tornando o seu registo obrigatório. Considera-se como boa prática a avaliação, intervenção e o registo regular da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2003).

2 Artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, 1996):

“Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem; Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. (...)”

No período pós-operatório, o controlo da dor aguda é um aspeto fundamental da prestação dos cuidados, onde é enorme a responsabilidade e atuação do enfermeiro que não se resume aos aspetos com a avaliação, mas que envolvem a totalidade da problemática do doente operado (Caseiro, 2004). Para o sucesso do controlo da dor recomenda-se que os enfermeiros tenham em atenção três aspetos fundamentais: a avaliação correta da dor, a adequada utilização de escalas da dor, e a utilização de registos completos (OE, 2008).

Existem algumas particularidades a ter em conta no que toca à dor aguda. Esta dor é muitas vezes descrita pelo doente como contínua e normalmente referenciada à incisão cirúrgica, a sua exacerbação relaciona-se com a presença de tosse, mobilização no leito ou mudança de pensos, e é habitualmente proporcional ao grau de destruição tecidual, desaparecendo com a resolução da lesão, pelo que é normalmente uma situação autolimitada, havendo uma melhoria progressiva num período de tempo relativamente curto (Valentim, 2008).

Tendo por base estas premissas, o enfermeiro deve proceder à avaliação da dor aguda tentando dar resposta às queixas do doente sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos (Metzger, Muller, Martine & Walter, 2002). Para além disso deve reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor e só ele(a) é capaz de a descrever e avaliar com exatidão (Fontes & Jaques, 2007). Deve-se por isso privilegiar a descrição e relato da pessoa da qual deve constar a localização, qualidade, intensidade, duração e frequência da dor (OE, 2008). A avaliação da dor aguda deve ser efetuada de forma regular e sistemática (OE, 2008) de acordo com a situação cirúrgica, o que no período pós-operatório se preconiza que deva ser efetuada à chegada à unidade de recuperação pós-anestésica, sempre que o doente refira dor, após a implementação de intervenções de controlo da dor, não devendo nesta situação exceder mais que uma hora (Fontes & Jaques, 2007) e a cada duas horas, se não existirem alteração do relato da dor, durante o primeiro dia de pós-operatório (Mendes, 2008). Para além destes momentos deve avaliar-se imediatamente se ocorrer o aparecimento súbito ou inesperado de dor associada a alterações de sinais vitais tais como febre, hipertensão ou taquicardia (Mendes, 2008).

Mas a avaliação da dor pós-operatória advoga não só a observação do doente mas também a utilização de escalas de avaliação, que têm como principal objetivo diminuir a subjetividade da avaliação da dor e permitir uma comparação das avaliações que possibilite a otimização da terapêutica (Garcia, 2006). A escala utilizada deve estar

adaptada ao perfil do doente (OE, 2008) preconizando-se a utilização de escalas de autoavaliação unidimensionais (Sarmiento *et al.*, 2013) tais como a escala visual analógica, a escala numérica, a escala de faces e a escala qualitativa.

Por fim, e não menos importante, o enfermeiro deve assegurar o registo dos dados colhidos e das intervenções realizadas para que a informação, garanta a continuidade dos cuidados (OE, 2008). O registo da informação permite, tal como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor “encorajar quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas” (DGS, 2001, p.32), pelo que estes devem ser registados em lugar próprio, fáceis de ler e rapidamente acessíveis (Mendes, 2008) por forma a facilitar a sua análise quanto à qualidade do registo, à obtenção de dados epidemiológicos e facilitar a investigação científica (OE, 2008).

As intervenções de enfermagem preconizadas para o controlo da dor (aguda ou crónica) incluem, para além da avaliação e do controlo, o ensino, a advocação de uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado, a participação na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional, a articulação com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor, defesa das mudanças das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor (OE, 2008). Este é um “processo dinâmico de estratégias e/ou ações coordenadas” (OE, 2008, p.25) que não se extingue num único momento, mas que é cíclico, e que deve ocorrer em intervalos regulares (Folhas, Oliveira, Rato, França & Ferreira, 2007) para garantir que as intervenções realizadas diligenciam uma estimulação positiva no enfrentamento da dor.

2.2.2 – Controlo da dor: intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes

O controlo da dor pós-operatória depende de vários fatores. Como sabemos, e em termos fisiopatológicos, após uma agressão cirúrgica, o organismo desenvolve um estado de sensibilização periférica com tradução central imediata e que se caracteriza por três estádios algícos. Primeiro, a hiperalgesia primária, ou seja, o aumento da resposta ao estímulo agressor, segundo, a hiperalgesia secundária, que se traduz no aumento da área de sensibilização às zonas contíguas ao local da lesão e terceiro a alodínia, que significa a redução do limiar de excitação, ou seja, há uma resposta dolorosa a estímulos que em condições normais não a desencadeariam (Valentim, 2008). É a partir desta

sensibilização periférica, que se dá a sensibilização central, caracteristicamente persistente, e que permanece para além do que a duração do estímulo nódico poderia fazer esperar ou prever, e que ocorre através de quatro processos de nociceção. A transdução, que é o processo pelo qual um estímulo nódico se transforma em atividade elétrica nas terminações nervosas, a transmissão, que é o modo de propagação dos impulsos através do sistema nervoso, a modulação, que corresponde ao processo de modificação da transmissão nociceptiva, através de uma série de influências neuronais (via descendente) atenuando os efeitos da agressão álgica, e a perceção que é o processo de integração de todos os anteriores aliando ainda as características psicológicas, genéticas, cognitivas, culturais e religiosas do doente (Castro Lopes, 2003; Valentim, 2008).

As considerações acima referidas sobre a fisiopatologia da dor aguda, apesar de resumidas, deixam compreender que as causas e os mecanismos de transmissão da dor cirúrgica são múltiplos, o que significa que não há apenas um tipo ou uma forma de dor, assim como não existe apenas um método para a tratar.

Por este motivo, a estratégia de controlo da dor, deve obedecer a um plano integrado de intervenções, adequando os recursos às necessidades individuais do doente (Sakata, Hisatugo, Aoki, Vlainich & Issy, 2003), através de uma atuação organizada, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinares (Sarmiento *et al.*, 2013), tal como se encontra estipulado como objetivo das unidades de dor aguda (Caseiro, 2004). O tratamento deverá incluir estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico (DGS, 2001, Ritto *et al.*, 2012) onde o enfermeiro pode atuar autonomamente ou em complementaridade (OE, 2008 Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, 1996).

Relativamente à implementação de uma estratégia farmacológica esta deve obedecer a um plano analgésico multimodal, que é mais que uma técnica, é uma atitude que permite, a utilização de fármacos de grupos distintos (opióides e não opióides) e de técnicas diversificadas, que interferem nos vários processos da nociceção e nos diversos componentes da dor cirúrgica (somática, visceral e neuropática) (Valentim, 2008; Jin & Chung, 2001). A combinação analgésica selecionada deve ter em conta o local e a agressividade cirúrgica, as diretrizes da escada analgésica da WHO e a evidência científica mais atual e que está estabelecida em protocolos conhecidos (American Society of Anesthesiologists, 2012; Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010).

A escada analgésica da WHO está organizada em três patamares³. No primeiro degrau encontra-se a dor leve (EN: 1-3) e sugere como recomendação de tratamento a administração de analgésicos simples e anti-inflamatórios, no segundo degrau encontramos a dor moderada (EN: 4-6) que deve ser tratada com opióides fracos mais analgésicos simples e anti-inflamatórios e no terceiro e último degrau a dor intensa (EN: 7-10) que deve ser tratada com opióides fortes mais analgésicos simples e anti-inflamatórios. Aos analgésicos preconizados podem ser associados fármacos adjuvantes de outros grupos farmacológicos (WHO, 1996). Para o tratamento da dor aguda pós-operatória, recomenda-se iniciar a atuação pelo terceiro degrau da escada analgésica descendo gradualmente para o patamar inferior até à sua suspensão (Sakata, Hisatugo, Aoki, Vlainich & Issy 2003).

A gama terapêutica disponível para o tratamento de dor pós-operatória é muito ampla e o planeamento analgésico deve ser efetuado no pré-operatório, uma vez que a cirurgia a realizar influencia a intensidade e a duração da dor, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Intensidade de dor previsível por cirúrgica

DURAÇÃO	DOR GRAVE	DOR MODERADA	DOR LIGEIRA
Inferior a 48 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomia laparotômica • Prostatectomia retropúbica • Histerectomia abdominal • Cesariana 	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicectomia • Hérnia inguinal videocirurgia torácica • Histerectomia vaginal • Cirurgia ginecológica <i>minor</i> • Laparoscopia ginecológica • Mastectomia • Hérnia discal • Tireoidectomia • Neurocirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomia laparoscópica • Recessão trans-uretral prostática • Cirurgia urológica <i>minor</i> • Circuncisão • Curetagem • Cirurgia oftálmica
Superior a 48 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia abdominal supra e infra mesocólica • Esofagectomia • Hemorroidectomia • Toracotomia • Cirurgia vascular • Cirurgia renal • Cirurgia articular exceto anca • Fixação da coluna • Amigdalectomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia cardíaca • Anca • Cirurgia otorrinolaringologia (laringe, faringe) 	

Fonte: Garcia (2006, p. 20)

³ Existem autores que sugerem uma adaptação da escada analgésica da WHO, incorporando um quarto patamar que inclui intervenções como bloqueio de nervos periféricos, bloqueio epidural e utilização de PCA, recomendado como tratamento inicial no controlo da dor aguda (Vargas-Schaffer, 2010).

O plano analgésico farmacológico multimodal inclui analgésicos não opióides classicamente usados como o paracetamol e os AINEs ou AINEs-COX-2, opióides fracos como o cloridrato de tramadol ou a codeína, opióides fortes como a petidina, morfina, fentanil, sufentanil, remifentanil e alfentanil, aos quais devem juntar-se, sempre que possível, anestésicos locais de longa duração de ação como a ropivacaína ou a bupivacaína através de técnicas locais ou locorregionais mais ou menos complexas. Para além destes preconiza-se a associação de fármacos pertencentes a outras classes, como os glucocorticóides através da dexametasona, agonistas α_2 como a clonidina e a dexmedetomidina, os antagonistas da NMDA que inclui a ketamina e o destrometorfano, anticonvulsivantes tais como a gabapentina ou pregabalina, e os β bloqueadores em associação com AINEs. (American Society of Anesthesiologists, 2012; Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010).

Apesar da dor aguda no pós-operatório requerer a administração de terapia farmacológica, a importância do uso de técnicas não farmacológicas não pode ser esquecida.

De acordo com Dias (2007) e Graner, Junior & Rolim (2010) as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, podem ser adjuvantes úteis na redução da dose de medicação administrada, auxiliar a redução da dor e melhorar a adaptação do doente em etapas pós-cirúrgicas, um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa, sem os efeitos secundários muitas vezes associados aos tratamentos farmacológicos. Estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, sendo o risco de complicações mínimo, para além de promoverem a sensação de controlo e incentivarem a participação e responsabilização do doente no tratamento (Pimenta, Santos, Chaves, Martins & Gutierrez, 2001).

Segundo a OE (2008) as intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. Dentro das intervenções físicas identificamos algumas técnicas como a termoterapia, o exercício, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea, nas intervenções cognitivo-comportamentais podemos recorrer à distração (como é o caso da aplicação de música de que falaremos em seguida), à imaginação, a estratégias de confronto e reestruturação cognitiva e nas intervenções de apoio emocional temos o toque terapêutico e o conforto (OE, 2008; Pimenta, 2001; Sarmiento *et al.*, 2013).

2.3 – O caso específico da música como intervenção autónoma de enfermagem no controlo da dor do doente oncológico no pós-operatório imediato.

A utilização da música como expressão artística e cultural universal encontra-se presente em todos os espaços do nosso quotidiano, influenciando a nossa vida (Bergold, Aparecida, Alvim & Cabral, 2006).

Definir música não é fácil, no entanto é mais ou menos unânime que esta é um processo de arte de combinar harmoniosamente vários sons e silêncios, de forma frequente e de acordo com regras definidas (Porto Editora, 2013).

2.3.1 – Breve percurso histórico da música e da musicoterapia no contexto da saúde

A música tem acompanhado o homem na sua viagem pela história apresentando-se como um recurso terapêutico quase sempre presente, seja como manifestação de alegria, de prazer ou em rituais de cura (Grout & Palisca, 1994).

Ao longo dos tempos, encontramos vários registos da sua utilização. Na civilização Suméria e Babilónica a música era utilizada nos ritos de cura e nas celebrações nos templos. No Egito era utilizada como recurso terapêutico para a reabilitação física, psíquica e emocional sendo até considerada capaz de aumentar a fertilidade da mulher (Grout & Palisca, 1994). O povo hebreu utilizava-a em caso de problemas físicos ou mentais, mas é na antiga Grécia que a música começa a ser encarada mais racionalmente de forma terapêutica (American Music Therapy Association, 2014; Grout & Palisca, 1994). Para Pitágoras a "música e a dieta são os dois principais meios de limpar a alma e o corpo e manter a harmonia e a saúde de todo o organismo" (Grout & Palisca, 1994, p. 21). No mesmo sentido Platão recomendava a utilização de música para ajudar a cura de problemas mentais tais como terrores e fobias. Para Hipócrates, pai da medicina ocidental, a música podia estabelecer o equilíbrio da saúde, obter depuração catártica das emoções promovendo a mente a dominar-se (Grout & Palisca, 1994).

No entanto o verdadeiro interesse da música como recurso terapêutico surge a partir da primeira guerra mundial quando músicos profissionais eram contratados para tocar em hospitais de veteranos de guerra. A partir desta experiência iniciam-se vários estudos relacionados com a aplicação de música em doentes com problemas mentais e em crianças, que culmina com a fundação da Associação Americana de Musicoterapia em 1950 (American Music Therapy Association, 2014).

Em Portugal a história da música como recurso do cuidado de saúde inicia-se em 1960, e tal como no resto do mundo, o interesse principal vai para os doentes com perturbações mentais e crianças, como relata alguma imprensa da época (Agência Lusa, 2008). Em 1973 é criada a Associação Portuguesa de Educação Musical com o objetivo de dinamizar a colaboração de profissionais na área da musicoterapia, ou com interlocutores interessados no tema sejam eles apenas curiosos, estudantes ou profissionais (Associação Portuguesa de Educação Musical, 2006). Em 1996 é fundada a Associação Portuguesa de Musicoterapia, com o objetivo de reunir os profissionais de disciplinas ligadas à música e promover o desenvolvimento da musicoterapia em Portugal. Para a concretização deste objetivo promoveu o estabelecimento de critérios de qualificação para a prática e para a formação profissional em musicoterapia, organizando congressos, conferências, *workshops* e cursos de musicoterapia (Associação Portuguesa de Musicoterapia, 2014).

Relativamente à profissão de enfermagem o seu interesse pela música como um recurso terapêutico não é de agora e tem vindo a crescer ao longo dos tempos. Já em 1859 Florence Nightingale, ao defender a teoria da manipulação do ambiente físico como componente principal do trabalho assistencial de enfermagem, referia a utilização de instrumentos de sopro e de corda, assim como da voz humana, como forma de cuidado de enfermagem com efeito benéfico para a saúde (Nightingale, 2011).

Importa no entanto estabelecer a diferença entre musicoterapia e o uso da música como um recurso na prestação de cuidados. Segundo a *World Federation of Music Therapy* (WFMT), a musicoterapia

“é o uso profissional da música e de seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida.” (WFMT, 2011, ¶ 2).

Um musicoterapeuta utiliza a música de forma estruturada de acordo com um objetivo delineado enquanto o uso da música como um recurso na prestação de cuidados é mais uma estratégia complementar colocada ao serviço dos profissionais de saúde no cuidado humano (Vicente, 2011), segundo o qual o enfermeiro procura reduzir as respostas ineficientes do doente, ampliando a consciência do processo saúde-doença com vista à sua adaptação (Roy & Andrews, 2001). Este recurso pode tornar-se valioso para o enfermeiro e para a sua prática, constituindo-se como um auxiliar que rapidamente

poderá ser disponibilizado aos doentes, tanto no hospital como em casa, permitindo que este tenha uma participação ativa no seu tratamento.

Independentemente das suas diferenças, a aplicação de música nos contextos de saúde tem como objetivo o restabelecimento da saúde e da qualidade de vida da pessoa (McCaffery, 1990; Monteiro, 2010) exercendo influência nos neurotransmissores, na circulação, na nutrição, na respiração, no sistema imunitário, no alívio a dor, na redução dos níveis de stresse e ansiedade, no encorajamento e facilitação do movimento, na melhoria do estado cognitivo e emocional (WFMT, 2011; Cardoso, 2010; Salles & Silva, 2011, McCaffery, 1990; Monteiro, 2010) .

A música apresenta-se como uma terapia de tratamento eficiente e imediata, um tratamento não invasivo e não doloroso, a sua aplicação revela-se como uma técnica segura simples de executar, económica, pois não apresenta custos tão elevados como outras terapias (Binns-Turner *et al.*, 2011; Cardoso, 2010; Nilsson, 2008) permitindo reduzir o custo de cuidados médicos (Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp, 2011; Whitaker, 2010), sem exigir recursos humanos extra e sem apresentar efeitos secundários (Özer, Karaman Özlü, Arslan & Günes, 2013; Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2011) facilmente incorporada num programa de gestão analgésico multimodal (Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp, 2011; Whitaker, 2010), que possibilita o aumento da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados a que são submetidos (Binns-Turner *et al.*, 2011; Cutshall *et al.*, 2011).

A OE considera que a música pode ser utilizada como uma ferramenta útil no cuidado de enfermagem e enquadra-a nas técnicas não farmacológica cognitivo-comportamental (OE, 2008; Wells, Pasero & McCaffery, 2008), sendo mais indicada no controlo da dor leve a moderada (Bernatzky *et al.*, 2011). Esta apresenta-se como um recurso que promove a autonomia da enfermagem na prestação e gestão dos cuidados (Özer, Karaman Özlü, Arslan & Günes, 2013).

2.3.2 – O efeito terapêutico da música no controlo da dor do doente oncológico no pós-operatório imediato

Para a elaboração e desenvolvimento deste capítulo efetuei uma revisão narrativa da literatura onde pretendi dar resposta à seguinte questão: *Qual o efeito terapêutico da música na dor dos doentes no pós-operatório imediato?*” (Apêndice I). Uma vez mais importa referir que os achados encontrados no que toca ao efeito terapêutico da música

não apresentam diferenças no doente oncológico face ao doente não oncológico, pelo que a abordagem a esta temática foi tratada de forma semelhante para ambos os tipos de doentes.

Ainda antes de apresentar os resultados principais que se revelaram pela revisão, considere importante apresentar algumas teorias e explicações que têm sido avançadas no sentido de compreender o efeito da música no organismo.

Segundo a Teoria do Portão de Melzack (1996), quando ouvimos música a mente distrai-se, resultando numa atenção mediada pelo tálamo que alerta o córtex pré-frontal para o som ao invés do estímulo doloroso, provocando uma modulação ou inibição da dor. Para Carrer (2007) as diferentes frequências de onda produzidas pela música, estimulam o sistema nervoso autónomo, provocando um efeito ansiolítico, analgésico e relaxante. De acordo com Economidou, Klimi, Vivilaki & Lykeridou (2012) a música suave tende a reduzir a tensão muscular e mental, reduzindo a estimulação simpática do hipotálamo que provoca a ativação dos opiáceos endógenos no sistema nervoso central, modulando os componentes sensoriais e afetivos da dor e alterando a forma como os sinais de dor são interpretados pelo doente. Para Kream *et al.* (2010), citado por Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp (2011, p.1996) a música atua no sistema nervoso central provocando uma sensação de bem-estar generalizada que pode ajudar a ativar os “mecanismos de autorregeneração cerebral, promovendo a cura e manutenção da saúde mental”.

As explicações encontradas pelos investigadores não são coincidentes, no entanto, e apesar de não se conseguir compreender efetivamente de que forma a música interfere sobre o organismo, vários estudos debruçaram-se sobre esta temática.

Pela elaboração da revisão narrativa da literatura foi possível selecionar 13 artigos, com diferentes desenhos metodológicos, quatro artigos são estudos quasi-experimentais, sete experimentais e dois revisões sistemáticas da literatura, que pretendiam avaliar os efeitos da aplicação música sobre a dor no pós-operatório. Para além deste efeito os estudos avaliaram também outras variáveis tais como a prescrição de analgésicos, a ansiedade, a prescrição de ansiolíticos, parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória), os efeitos da música sobre o cortisol, norepinefrina e epinefrina, a satisfação com a intervenção e a diminuição do tempo de internamento.

Transversal a todos os estudos é a utilização de composições musicais, com sons de baixa amplitude, com o mínimo de precursores, ritmo musical simples e relaxante com frequências de tempo de aproximadamente 60 a 80 batimentos por minuto. O tipo de música e o tempo de exposição à música pelos participantes dos diferentes estudos também variou, no entanto, em todos os estudos foi dada a opção ao participante em escolher a música de uma seleção musical, previamente preparada, que mais gostaria de ouvir.

Olhando em particular para cada um dos artigos e apresentando os resultados mais significativos, verificamos que Good & Ahn (2008), através de um estudo quasi-experimental com grupo controlo e grupo experimental, aplicado às mulheres coreanas submetidas a cirurgia abdominal, na qual lhes era dada a possibilidade de escolherem música americana (composições de piano ou de orquestra) ou coreana (baladas, canções religiosas e populares), constatou que a música (avaliada através da escala visual analógica) é eficaz na redução da dor no pós-operatório, independentemente do tipo de música escolhida pelas participantes.

Hook, Songwathana & Petpichetchian (2008) através um estudo experimental, a mulheres submetidas a cirurgia ginecológica às quais foi aplicado música (*Western*, Chinesa, ou da Malásia) no dia anterior à cirurgia e durante os três dias seguintes após cirurgia, concluíram que a música reduz a ansiedade e a dor provocadas pela cirurgia. Relativamente à quantidade de analgésicos administrados para o controlo da dor os dados não foram conclusivos.

Nilsson (2008), pela realização de uma revisão sistemática, na qual analisou 42 artigos e concluiu que aplicação de música possibilita a redução da ansiedade e da dor do doente no período perioperatório, constatado pela análise positiva dos resultados em aproximadamente 50% dos estudos incluídos na revisão.

Allred, Byers & Sole (2010), através de um estudo experimental com doentes a quem foi colocada uma prótese total do joelho, e que ouviram música durante 20 minutos antes e após a cirurgia, concluíram que a esta possibilitou a redução da dor ($p= 0.001$), e da ansiedade ($p= 0.011$) avaliadas através da escala visual analógica para a dor e para a ansiedade. Concluíram também que 88% dos doentes a quem foi aplicada música sentiram-se satisfeitos com a intervenção.

Sen *et al.*(2010) num estudo experimental com mulheres submetidas a cesariana e que ouviram música durante 1h após a cirurgia à escolha da participante, concluíram

que a dor pós-operatória diminuiu durante as primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia enquanto e o consumo de analgésicos (cloridrato de tramadol) reduziu nas primeiras quatro horas. A satisfação das participantes que foram submetidas à aplicação de música foi mais elevada ($p < 0.05$).

Binns-Turner *et al.* (2011) realizaram um estudo quasi-experimental com dois grupos de mulheres submetidas a mastectomia por apresentarem cancro da mama, tendo aplicado no grupo experimental música durante 1h de um dos seguintes géneros musicais: música clássica, música pop, música relaxante e new age, concluíram que existiu uma redução dor (avaliada através da escala visual analógica) ($p = 0.007$), da ansiedade (avaliada através da escala visual analógica para a ansiedade) ($p < 0.001$) e da tensão arterial média ($p = 0.003$). A satisfação das participantes que foram submetidas à aplicação de música também foi mais elevada do que no grupo sem música e o tempo decorrido no pós-operatório na unidade de recuperação anestésica também foi menor.

Cutshall *et al.* (2011), através de um estudo experimental, a doentes que foram submetidos a cirurgia cardíaca, na qual lhes era dada a possibilidade de ouvirem música à escolha de entre quatro composições musicais (canções de verão, canções de outono, canções de pássaros e canções de noite) concluiu que a música é eficaz na redução da dor no pós-operatório ($p = 0.001$), independentemente do tipo de música selecionado pelos participantes e que para além disso tem uma influência positiva na redução da ansiedade, no grau de satisfação com o atendimento geral apesar de os resultados não se revelarem estatisticamente significativos.

Segundo Lin, Lin, Huang, Hsu & Lin (2011) que realizaram um estudo quasi-experimental com dois grupos de doentes submetidos a cirurgia à coluna vertebral, na qual era dada, ao grupo experimental, a possibilidade de ouvirem música à escolha de entre quatro composições musicais (música pop, música clássica, sons encontrados na natureza e música sacra), foram aplicadas a escala visual analógica para a dor e para a ansiedade, demonstraram que a música diminui os níveis de ansiedade (t -teste: $p = 0.018 - 0.001$), de dor pós-operatórios ($p = 0.001$) e da tensão arterial sistólica ($p = 0.007$). No entanto não se encontraram alterações estatisticamente significativas na tensão arterial diastólica, pressão arterial média, frequência cardíaca, níveis de cortisol, norepinefrina e de epinefrina.

Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2011), publicaram três artigos sobre um estudo experimental que realizaram com doentes submetidos a cirurgia abdominal, no qual lhes era dada a possibilidade de ouvirem música à sua escolha, e

concluíram que a música reduziu a intensidade da dor ($p=0.001$), avaliada pela escala visual analógica para além disso reduziu significativamente a pressão arterial sistólica ($p=0,04$) e a frequência respiratória ($p=0.001$) no período pós-operatório (Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2011) para além de melhorar a qualidade da estadia hospitalar durante o tempo que precedeu a recuperação cirúrgica (Vaajoki, Kankkunen, Pietilä, Kokki & Vehviläinen-Julkunen, 2012).

Ignacio, Fai, Li, Marie & Goy (2012), no seu estudo experimental, com doentes submetidos a cirurgia ortopédica, concluíram que a música não se apresenta estatisticamente significativa na redução da dor, administração de analgésicos e diminuição da ansiedade, no período pós-operatório. No entanto os doentes a quem era aplicado música manifestavam-se mais satisfeitos do que aos que não era aplicada música.

Economidou, Klimi, Vivilaki, Lykeridou (2012) efetuou uma revisão sistemática, na qual analisou 6 artigos e constatou que dos seis artigos analisados apenas um não apresentava diferenças estatisticamente significativas na redução da dor pela aplicação de música aos doentes que se encontravam em recuperação pós- operatória.

2.3.3 – A promoção da resposta adaptativa do doente oncológico com dor no pós-operatório imediato com a intervenção de enfermagem música

A música como intervenção de enfermagem é capaz de provocar uma resposta adaptativa ao estímulo doloroso do doente, tendo como meta a sua adaptação que pode ser entendida segundo a teoria da adaptação de Roy & Andrews (2001).

O modelo Teórico de Roy é abrangente, dinâmico e contínuo. Permite ter uma visão holística da pessoa, família ou comunidade, que é encarada como um sistema em constante adaptação, sujeito a *inputs* e *outputs* (Roy & Andrews, 2001).

Segundo esta teoria, “o nível de adaptação é o nome dado ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente” (Roy & Andrews, 2001, p. 23) à doença e a pessoa, mediante estímulos de situações stressantes, desencadeia respostas, ora positivas ora negativas. A **pessoa** é entendida como um sistema adaptativo, um ser biopsicossocial com constante exposição a estímulos, os quais desencadeiam mecanismos de enfrentamento inatos ou adquiridos, conferindo-lhe habilidades para adaptar-se às possíveis mudanças. O **ambiente** é descrito como as circunstâncias, situações e influências que circundam e afetam o desenvolvimento de comportamentos individuais e grupais. A **saúde** é considerada um estado e um processo

de ser e de se tornar uma pessoa integrada no meio e adaptada em relação ao alcance de metas. Esta acontece quando os seres humanos se adaptam continuamente. A **enfermagem**, por sua vez, tem como finalidade promover respostas adaptativas da pessoa e minimizar as respostas ineficazes (Roy & Andrews, 2001).

A adaptação da pessoa é influenciada por estímulos, que induzem comportamentos determinantes no processo saúde-doença. Esses estímulos são denominados focais, contextuais e residuais. Os **estímulos focais** podem ser internos ou externos, mas ambos que provocam mudanças ou eventos que afetam diretamente a pessoa captando a sua atenção. Os **estímulos contextuais** são todos aqueles estímulos presentes no ambiente interno ou externo que influenciam a resposta ao estímulo focal, não sendo o centro da atenção da pessoa. Os **estímulos residuais** são características inerentes à pessoa, capazes de influenciar a situação e a resposta ao estímulo focal, dos quais a pessoa não tem consciência (Roy & Andrews, 2001).

O surgimento constante de estímulos leva à necessidade de respostas adaptativas ou ineficazes por parte do indivíduo. Este tem quatro modos adaptativos: o fisiológico, o autoconceito, a função de papel e a interdependência. O **modo fisiológico** identifica as necessidades básicas para a manutenção da integridade fisiológica, tais como: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção. O **modo de autoconceito** tem em atenção as necessidades psíquicas, focando-se nos aspetos psicológicos e espirituais. O **modo de função de papel** reflete as necessidades de integridade social, e o **modo de interdependência**, refere-se às necessidades afetivas, tais como a amizade e o amor (Roy & Andrews, 2001).

O cuidado de enfermagem é necessário quando o sistema adaptativo da pessoa não é suficiente para enfrentar e responder aos estímulos e por isso, cabe ao enfermeiro implementar ações de cuidado que favoreçam respostas adaptativas nos seus quatro modos adaptativos. O **processo de enfermagem**, que guia a ação do enfermeiro, apresenta as seguintes fases de desenvolvimento: avaliação de comportamentos, avaliação de estímulos, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de metas, desenho das intervenções e avaliação (Roy & Andrews, 2001).

Na prática clínica, quando o enfermeiro faz uso desta teoria e a aplica no processo de enfermagem, diagnostica a dor como um desequilíbrio no modo adaptativo fisiológico, na subcategoria dos sentidos. O desenho das intervenções levantadas para o seu enfrentamento, deve ser adaptado tendo em conta os estímulos focal, contextual ou residual individual que o possa estar a comprometer. Deste modo deverão ser

estabelecidas estratégias (farmacológicas e não farmacológicas), que irão desencadear uma estimulação positiva no enfrentamento da sensibilidade alterada (Roy & Andrews, 2001).

Ora no que concerne à aplicação de música, como intervenção não farmacológica para o controlo da dor ao doente oncológico no pós-operatório imediato, a sua aplicação tem em vista a modulação da dor, incidindo como um estímulo contextual (mudança de um fator ambiental) que permite a diminuição da atenção do doente sobre o estímulo focal (realização de cirurgia) que afeta o doente e que conseqüentemente leva à alteração da percepção da dor. No entanto, o enfermeiro deve avaliar frequentemente o resultado da aplicação da música na promoção de uma resposta adaptativa positiva, uma vez que esta pode variar de acordo com a capacidade de enfrentamento individual, onde a influência do estímulo contextual (como por exemplo a prestação de outros cuidados de enfermagem necessários, o medo do doente pelo desconhecido, as suas expectativas face à situação de doença, etc.) e residual (experiências pessoais passadas, como a realização de outras cirurgias ou a vivência de situações semelhantes com familiares ou amigos) pode influenciar a adaptação. Importa estar atento e ir avaliando passo a passo a eficácia da intervenção, para que, caso esta medida não seja eficaz se reajustem as estratégias, podendo até serem substituídas por outras, mas que sejam mais adequadas à pessoa e que por sua vez promovam a adaptação eficaz do doente.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo pretendo relatar o caminho feito para a implementação do projeto ao longo do semestre e pelos três campos de estágio: numa unidade de dor crónica nível dois, num serviço de cirurgia geral, e num BO central. A sequência de realização dos estágios visava permitir a evolução na aquisição de competências que promovessem a capacitação eficiente para a implementação e desenvolvimento do projeto de intervenção em contexto de trabalho, assim como do grau de enfermeiro especialista e de mestre.

3.1 – Na unidade de dor crónica nível II

O estágio na unidade de dor crónica nível II, realizou-se entre os dias 30 de Setembro e 8 de Novembro de 2013 num total de 180 horas, tendo como objetivo geral: participar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor crónica não controlada em ambulatório, partindo da avaliação do doente e planeando as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que contribuíssem para a adaptação da pessoa, com destaque para a musicoterapia. O estágio foi orientado pela enfermeira responsável da unidade de dor, enfermeira especialista, autora da tese de mestrado em comunicação em saúde no âmbito da dor crónica e de outros artigos na área da dor aguda, detentora de um *know-how* excecional, a quem apresentei o projeto que me possibilitou atingir com sucesso os objetivos traçados.

A unidade de dor, como todas as unidades de dor deste nível, tem como missão prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários que lhe são referenciados por intermédio do médico assistente de medicina geral e familiar (se referência extra-hospitalar) ou pelo médico assistente da especialidade (se referência intra-hospitalar), por apresentarem uma dor crónica (oncológica ou não oncológica) não controlada e desde que pertençam à área de influência do hospital. Para cumprir esta missão a unidade é composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por dezasseis elementos, entre eles, quatro anestesistas, cinco enfermeiras, uma psicóloga, uma dietista, uma assistente social, um neurocirurgião, uma oncologista, duas auxiliares de ação médica e uma assistente administrativa. Da equipa fazem ainda parte, em regime de voluntariado, uma musicoterapeuta, um especialista em *Reiki* e uma médica especialista em medicina geral e familiar que realiza mesoterapia.

Selecionei este local de estágio porque esta unidade desenvolve grande atividade no controlo e avaliação da dor através da utilização de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, apoiando doentes em regime de ambulatório e de internamento e porque incorpora um projeto de musicoterapia, desenvolvido por uma musicoterapeuta, que se revelou uma interlocutora importante no desenvolvimento do meu projeto e da minha formação.

Com vista a alcançar o objetivo geral estabeleci quatro objetivos específicos que facilitaram o desenvolvimento e o alcançar de competências. Como primeiro objetivo específico pretendi identificar o modo como a missão e a estrutura organizativa e funcional da equipa de saúde da unidade de dor, responde aos problemas da pessoa com dor crónica (de origem oncológica ou não oncológica). Daqui resultou a elaboração do Apêndice II, que foi construído ao longo do estágio, com recurso à pesquisa em documentos escritos (Site do hospital, panfletos informativos da unidade de dor e Regulamento Interno de Funcionamento da Unidade de Dor), complementado pela visita que fiz ao serviço, assim como por conversas informais, em particular às enfermeiras da unidade de dor, onde ia colocando as minhas dúvidas. Pela elaboração deste apêndice, destaco dois aspetos que me pareceram relevantes para a minha aprendizagem, no que toca à capacidade de auto-conhecimento, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2011a). Deste modo pude constatar que a equipa de enfermagem preconiza o método de trabalho em equipa, o que a meu ver facilita o melhor atendimento ao doente com dor crónica, para além disso alguns membros da equipa multidisciplinar da unidade de dor (médicos, enfermeiros e psicóloga), realizam diariamente uma reunião onde em conjunto e antes de iniciarem as suas atividades, debruçam-se sobre os doentes que estão previstos serem atendidos nesse dia, partilhando ideias sobre o tratamento mais adequado a seguir, promovendo deste modo uma maior eficácia e eficiência dos cuidados e diligenciando uma atitude integrada e holística no atendimento ao doente tal como é referido pela *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2013).

Como segundo objetivo específico pretendi melhorar o meu conhecimento sobre a avaliação e caracterização regular e sistemática da dor crónica, particularmente da pessoa com doença oncológica. Para alcançar este objetivo participei ao longo do estágio em doze consultas de acolhimento de enfermagem, acompanhando as enfermeiras da unidade de dor e colaborando depois com elas no desenrolar das mesmas. Esta atividade revelou-se verdadeiramente enriquecedora uma vez que me permitiu refletir sobre a minha prática pessoal, levando-me a perceber que a avaliação da dor que realizava junto

dos meus doentes era insuficiente. Reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais sobre as escalas de avaliação da dor, elaborei uma revisão da literatura sobre as escalas unidimensionais de avaliação de dor utilizadas na unidade de dor nível II (Apêndice III) por forma a cimentar a minha prática na evidência científica, no entanto circunscrever-me às escalas unidimensionais de auto avaliação da dor, dado que estas se revelavam mais adequadas à minha realidade laboral, onde maioritariamente lido com doentes com dor aguda e tendo em conta os objetivos do projeto que pretendo implementar no meu local de trabalho. Os instrumentos de avaliação enunciados foram sendo por mim utilizados ao longo do estágio, possibilitando manusear as escalas sob orientação e apoio das enfermeiras peritas, ao mesmo tempo que procedia ao registo em notas de enfermagem e transmitia as informações mais relevantes ao médico que iria fazer o seguimento do doente.

Como terceiro objetivo específico, desejei identificar as práticas do enfermeiro perito, na abordagem ao doente oncológico com dor crónica e para isso desenvolvi, uma reflexão de acordo com o modelo reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003) (Apêndice IV) no qual reflito sobre a prática de enfermagem que é desenvolvida na unidade de dor no momento da consulta de enfermagem de acolhimento a uma doente surda. Este momento de reflexão revelou-se muito importante como forma de análise da minha própria prática de cuidado no que toca a estratégias de comunicação para avaliação da dor aguda a doentes com alterações da comunicação. Com esta atividade pude desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, principalmente no que respeita às unidades de competência, que refere que o enfermeiro é capaz de avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão, e suporta o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico.

Como quarto objetivo específico pretendi adquirir competências científicas e técnicas na aplicação de medidas não farmacológicas no tratamento da dor, com destaque para a aplicação de música, para tal e à semelhança do que tinha realizado para o segundo objetivo, sistematizei numa tabela, as diferentes técnicas não farmacológicas mais comumente utilizadas na unidade (de acordo com a consulta ao registo de agendamento dos doentes da unidade) para o tratamento da dor crónica, identificando as suas indicações e contra-indicações (Apêndice V), revelando-se este documento facilitador para a sistematização de conhecimentos e para a elaboração de planos de intervenção dos doentes na consulta.

No que aludia à aplicação de música como técnica não farmacológica de controlo da dor, desenvolvi através da realização de uma entrevista semiestruturada à musicoterapeuta, a identificação dos objetivos, benefícios/malefícios da aplicação de musicoterapia junto dos doentes com dor crónica e ao mesmo tempo que analisei formas de desenvolvimento do meu projeto no qual a música fosse um recurso no cuidado para o controlo da dor pós-operatória. A entrevista (Apêndice VI) revelou-se, um momento único de partilha de conhecimentos que em muito contribuíram para o delinear de estratégias que foram fundamentais para a implementação do projeto de música no pós-operatório.

Realizei ainda uma formação em serviço, proposta pela orientadora de estágio, abordando o tema do meu projeto de estágio. Esta atividade abriu uma janela de oportunidade e levou-me a desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011a) em particular na área de competência que diz que o enfermeiro especialista atua como facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, de acordo com a área da especialidade. O tema da sessão de formação teve como título “A música como intervenção não farmacológica no controlo da dor” e baseou-se no artigo de revisão científica que tem como título “*Emotional foundation of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine*” (Bernatzky et al., 2011). A apresentação foi dirigida a todos os elementos da equipa multidisciplinar da unidade de dor, que se traduziu no final da apresentação num debate construtivo onde foi possível evidenciar claramente que a música como recurso do cuidado ao doente com dor crónica ou aguda é muito relevante e que deveria ser continuamente aplicada em todos os locais de prestação de cuidados. Esta troca de experiências e partilha de conhecimentos, possibilitou-me também ficar alerta para alguns aspetos práticos da implementação do projeto de intervenção no BO (Apêndice VII).

Em sùmula e tendo em conta tudo o que foi exposto, considero que este estágio contribuiu para que me sinta hoje em dia mais preparada pessoal e profissionalmente, para dar resposta as diversas situações que envolvem a avaliação da dor do doente com dor crónica, tendo sistematizado informações relevantes em especial sobre a aplicabilidade de algumas técnicas não farmacológicas que possam ser garante de um melhor adaptação do doente, em especial a música.

3.2 – No serviço de cirurgia geral

O estágio no serviço de cirurgia geral decorreu entre os dias 11 de Novembro e 19 Dezembro 2013 com um total de 180 horas, tendo como objetivo geral: participar na prestação de cuidados ao doente oncológico com dor aguda pós-operatória, adequando as intervenções farmacológicas e não farmacológicas à adaptação da pessoa à dor presente. O estágio foi orientado por um enfermeiro generalista, com onze anos de experiência, detentor de uma vasta experiência no cuidado ao doente oncológico cirúrgico, a quem apresentei o meu projeto de intervenção assim como os objetivos de estágio, tendo em conjunto negociado um plano de atividades que me possibilitasse atingir os objetivos delineados.

Para alcançar com sucesso o objetivo geral delineado para este estágio elaborei três objetivos específicos segundo os quais pretendi, em primeiro, identificar a missão, a estrutura organizativa e funcional da equipa de saúde do serviço de cirurgia geral em particular da equipa de enfermagem.

O serviço de cirurgia geral insere-se num centro oncológico multidisciplinar de referência, atendendo mais de 1000 doentes por ano com diversas patologias oncológicas e tem como missão a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos diferenciados, em particular no tratamento de doentes com tumores do aparelho digestivo, mama, tecidos moles, pulmão e mediastino. Para responder a esta missão o serviço apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por com 19 médicos, 47 enfermeiros dos quais 5 elementos exercem funções na Clínica Multidisciplinar da Mama, 21 auxiliares de ação médica, 1 nutricionista (tempo parcial), 1 assistente social (tempo parcial), 1 psicóloga (em regime de chamada), 1 psiquiatra (em regime de chamada) e 4 secretários, que em conjunto são capazes de proporcionar ao doente cirúrgico oncológico um acompanhamento adequado que promova a sua adaptação.

O serviço de cirurgia geral está organizado em duas áreas. Uma enfermaria com 42 camas, distribuídas por 13 quartos de internamento, acolhendo doentes previstos para realização de cirurgia a quem são prestados todos os cuidados pré e pós-cirúrgicos até à alta clínica, e uma SO com um total de 10 camas, utilizada como sala de recuperação pós-operatória imediata, que tem como objetivo prestar os cuidados necessários a todos os doentes operados do dia monitorizando atentamente a recuperação cirúrgica – anestésica.

Em relação ao método de trabalho da equipa de enfermagem, esta utiliza o método de trabalho individual que tem por base o conceito de cuidado global segundo o qual o enfermeiro fica responsável por um determinado número de doentes, que tem a responsabilidade da totalidade da prestação de cuidados durante o seu horário de trabalho. A prestação de cuidados é também organizada tendo como modelo teórico a Teoria das Necessidades Básicas de Virgínia Henderson (Tomey & Alligood, 2004) que se reflete em todos os documentos de registos de enfermagem tais como a folha de colheita de dados, a folha de sistematização de problemas, a folha de registo diário de enfermagem, a folha de transferência e de nota de alta.

A escolha deste campo de estágio teve em atenção a prestação de cuidados em exclusivo a doentes do foro oncológico cirúrgico, a presença de um espaço físico, designado como SO, com dez camas, onde se prestam essencialmente cuidados a doentes que se encontram em recuperação pós-operatória imediata, e a existência de uma unidade de dor aguda na instituição por quem o serviço é apoiado.

A unidade de dor aguda existente na instituição encontra-se dependente do serviço de anestesiologia, não apresentando um espaço físico definido, uma vez que toda a sua atividade decorre pelos locais onde circulam os doentes cirúrgicos. Tem como missão a promoção de programas de ação interdisciplinares para controlo da dor, que envolvam anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e farmacêuticos e a criação de protocolos de atuação analgésica, onde é indispensável o desempenho do enfermeiro, a quem caberá a observação permanente dos doentes e a avaliação da dor em intervalos regulares, a interpretação contínua da eficácia analgésica, a atuação em conformidade com os protocolos analgésicos o cumprimento da continuidade das terapêuticas instituídas, a deteção dos efeitos secundários e o registo dos acontecimentos (Caseiro, 2004), para que deste modo se assegure uma intervenção terapêutica individualizada ao doente oncológico pós-cirúrgico com dor aguda. A atuação da unidade de dor aguda é desenvolvida de acordo com o modelo europeu descrito por Rawal em 1997 (Saraiva, 2008) segundo o qual o enfermeiro assume o papel principal na monitorização e vigilância da dor, ajudado e supervisionado pelo anestesista. Fica no entanto a faltar o papel do enfermeiro na avaliação de resultados, uma vez que esta atividade está a cargo exclusivo dos anestesistas da unidade de dor. Demonstro aqui o sentimento de pena por esta atividade não incluir os profissionais de enfermagem, dado que sendo eles a pedra basilar do funcionamento da unidade de dor, poderiam ter um papel ativo nesta avaliação

integrando-a permanentemente na melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes, já para não falar na produção regular de investigação científica.

O segundo objetivo foi prestar cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor aguda no pós-operatório tendo em vista a adaptação da pessoa e em terceiro identificar práticas de enfermagem, baseadas na evidência científica, relativas ao controlo da dor aguda no doente oncológico com vista à sua adaptação.

Para alcançar estes objetivos, prestei cuidados a dezasseis doentes que se encontravam em recuperação pós-operatória no SO, assumindo-me como enfermeira responsável pelos seus cuidados. Caracterizando-os sumariamente, 7 doentes eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idades que iam desde os 30 aos 65, submetidos a diferentes intervenções cirúrgicas entre as quais: cirurgia abdominal supra e infra mesocólica, gastrectomia, omentectomia, timectomia e pneumectomia, que em comum apresentavam um potencial de intensidade dor pós-operatório elevado.

Não descurando nenhum aspeto da atividade assistencial, foquei a minha atenção na avaliação da dor aguda, e nas intervenções de enfermagem necessárias para o seu controlo. Considerei fundamental que a avaliação dor aguda não passasse despercebida aos meus olhos, e para isso necessitaria de apropriar conhecimentos e experiência. Para responder a este objetivo promovi um diálogo frequente com os doentes onde fosse possível conhecer a sua personalidade e captar o essencial da avaliação da dor, comparando depois a sucessão de relatos que o mesmo ia fazendo (Caseiro, 2004), depois utilizei as escalas de avaliação da dor adequadas ao doente e situação clínica (DGS, 2003), seguidamente conheci os protocolos de analgesia instituídos na instituição pela unidade de dor aguda, e apliquei-os tendo em conta as suas recomendações. Os protocolos, são guias práticos e fáceis de consultar onde se encontram descritos os fármacos analgésicos prescritos, o método e via de administração, o modo de preparação, a posologia, os analgésicos de resgate em caso de dor e as normas de atuação perante efeitos secundários indesejados, garantindo dentro de certos limites a autonomia enfermeiro, o que funciona como uma estratégia eficaz no agilizar do tratamento da dor aguda, evitando o pedido de comparência do médico de escala para reavaliar o tratamento, desde si um procedimento mais demorado. Aliado a tudo isto, a monitorização da dor foi complementada com a vigilância de outros parâmetros vitais, tais como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória que em conjunto podem dar indicações valiosas sobre a existência de dor aguda (IASP, 2011a). Todas as atividades de avaliação e controlo da dor aguda foram sempre adaptadas ao doente

através de intervenções farmacológicas mas complementadas sempre se necessário com intervenções não farmacológicas tais como suporte emocional, aplicação de massagens ou recorrendo ao posicionamento do doente.

Com estas atividades pude desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2011a) em particular quando entrevi no processo de cuidar (prestando os cuidados necessários ao doente), estabelecendo diagnósticos de enfermagem, e desenvolvendo soluções adequadas de avaliação da dor, baseadas na evidências científica, adaptando-me ao papel e funções dos membros da equipa em particular da equipa de enfermagem, equipa médica cirúrgica e equipa da unidade de dor aguda, possibilitando um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados tal como refere a EONS (2013).

Para além das atividades descritas, alarguei a minha ação ao período pré-operatório, tendo acompanhado uma doente desde a sua admissão ao serviço (pré-cirurgia) e a durante a sua estadia na SO (período de pós-operatório imediato). Daqui resultou a elaboração de um apêndice que tem como título “Estudo de situação com reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados a uma pessoa em pós-operatório imediato com dor aguda” (Apêndice VIII), onde pretendi demonstrar o meu desempenho na prestação de cuidados a esta doente, elaborando um plano de cuidados tendo por base a teoria de adaptação de Callista Roy, ao mesmo tempo que efetuei uma reflexão crítica sobre as práticas de enfermagem que identifiquei no serviço de cirurgia, relativas ao controlo da dor aguda da pessoa com vista à sua adaptação, baseadas na evidência científica. A doente escolhida, para este estudo, apresentava um diagnóstico de carcinoma do cancro do colón e reto, ao qual foi operada, tendo sido selecionada por apresentar o tumor mais frequente em Portugal (Miranda *et al.*, 2013) reiteradamente tratado no serviço de cirurgia geral, e pelo qual é expectável a ocorrência de uma elevada intensidade de dor no período de pós-operatório (Garcia, 2006).

Para fundamentar a redação do estudo de situação, observei as práticas de enfermagem, recorri à pesquisa documental do processo da doente, pesquisei bibliografia científica sobre o assunto, efetuei pesquisas na intranet do hospital e ainda realizei entrevistas informais aos profissionais de enfermagem do serviço, com os quais esclareci dúvidas que iam surgindo.

Com o desenvolvimento do estudo de situação, pude adquirir conhecimentos teórico-práticas para o cuidado ao doente oncológico, mas também do ponto de vista da gestão emocional. Qualquer doente oncológico apresenta por si só uma elevada

complexidade. A doença traz incerteza em relação ao futuro, sofrimento e dor física, dependência dos outros, perda de controlo sobre os acontecimentos, necessidade constante de tratamentos, separação dos entes mais queridos, e uma constante presença velada da iminência da morte, que provoca nos doentes a necessidade de grandes adaptações emocionais, mas também nos profissionais, no qual eu também me incluo, onde há que aprender a gerir as reações emocionais, face ao sofrimento da pessoa doente.

Para além disso, considero que desenvolvi competências comunicacionais e relacionais, (informando, explicando, ensinando o doente e prestando apoio emocional) necessárias à avaliação da pessoa com dor aguda no pós-operatório imediato e, ao mesmo tempo, desenvolvi competências no domínio das aprendizagens profissionais (constatando a complexidade de uma pessoa que vive com uma doença oncológica), no que respeita ao desenvolvimento do auto conhecimento e assertividade pessoal (OE, 2011a), para além disso cumpro com um dos requisitos do perfil de competências da EONS (2013) segundo o qual o enfermeiro em oncologia deve saber construir um plano de cuidados com base nas características individuais da pessoa doente com cancro.

3.3 – No bloco operatório

O estágio no BO decorreu entre os dias 6 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2014 com um total de 180 horas, tendo como objetivo geral: otimizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com dor aguda pós-operatória, através da implementação de uma intervenção não farmacológica para promover a adaptação da pessoa, nomeadamente a aplicação de música. Para a concretização do objetivo geral estabeleci quatro objetivos específicos. Primeiro, elaborar um protocolo de aplicação de música para o controlo da dor aguda no pós-operatório do doente cirúrgico, segundo, sensibilizar a equipa multidisciplinar para a utilização da música no controlo da dor, terceiro, implementar o protocolo de aplicação de música e quarto analisar os resultados da implementação do protocolo. Assim desenhei um estudo quasi-experimental, com grupo controlo e grupo experimental não equivalente, que tem como principal objetivo avaliar o efeito da audição de música sobre a intensidade da dor em doentes submetidos a cirurgia tiroideia. Apesar de todo o projeto envolver o espaço físico e humano do bloco, a ação principal teve lugar na URPA e envolveu mais diretamente os profissionais de enfermagem que desempenham funções neste local.

O estágio foi orientado pela enfermeira chefe do BO, enfermeira especialista na área da saúde comunitária, a quem apresentei o meu projeto de intervenção e que desde logo se mostrou muito interessada na sua implementação, por o considerar uma mais-valia para o serviço e para a melhoria da qualidade de prestação de cuidados de enfermagem ao doente pós-cirúrgico. Ao longo do estágio mostrou-se sempre disponível e atenta ao desenrolar do projeto, garantindo-me apoio e as condições necessários à sua concretização, para que pudesse atingir os objetivos delineados.

O BO insere-se num centro hospitalar multidisciplinar de referência na área da grande Lisboa, e é definido de acordo com a AESOP como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2012, p. 20). Recebe os doentes inscritos para cirurgia programada e de urgência interna (com patologia do foro oncológico e não oncológico), provenientes dos serviços de cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, otorrinolaringologia e urologia, de acordo com a área de abrangência do centro hospitalar.

O serviço tem uma equipa multidisciplinar cirúrgica constituída por cirurgiões de diferentes especialidades (17- cirurgia geral, 9- neurocirurgia, 12- urologia, 13- cirurgia plástica, 16- otorrinolaringologia, 5- cirurgia vascular), 32 anestesistas, 56 enfermeiros, 23 auxiliares de ação médica, técnicos e outras pessoas envolvidas na cirurgia do doente (pontualmente presentes em algumas cirurgias) e 2 secretárias, que em conjunto e funcionando com o método de trabalho em equipa, prestam o melhor atendimento no cuidado cirúrgico doente.

Em termos físicos é constituído por sete salas operatórias e uma URPA com capacidade para 10 camas, que tem como objetivo proporcionar aos doentes operados cuidados especializados que permitam uma adequada recuperação pós-anestésica durante o “intervalo de tempo que se segue imediatamente a um ato terapêutico e/ou diagnóstico efetuado sob anestesia geral, loco-regional ou sedação” (AESOP, 2012, p. 155). Este período é considerado um período crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, pois assiste-se à conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia provocando uma suscetibilidade acrescida no aparecimento de complicações (AESOP, 2012). Sabe-se que cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro (AESOP, 2012), pelo que os cuidados de enfermagem na URPA devem

permitir uma observação frequente e monitorização continuada, controlo e gestão da dor e normalização das funções vitais, até à total recuperação da anestesia.

A equipa multiprofissional da URPA é composta por três enfermeiros (com um ratio de 1 enfermeiro para cada 3 doentes), um assistente operacional, apoiados por um anestesista. Os critérios de admissão na URPA estão definidos para todos os doentes submetidos a anestesia geral ou loco-regional e cujo ato anestésico-cirúrgico não tenha tido uma duração superior a 8 horas. O tempo de permanência do doente varia em função da operação realizada, do estado hemodinâmico e da avaliação realizada pelo anestesista, tal como recomenda a Sociedade Americana de Anestesiologia (Kapur, 2001) não existindo, por isso, homogeneia temporal de permanência. No entanto, e por norma do serviço, a permanência dos doentes na URPA limita-se até às 24h após cirurgia, tendo o doente que ser obrigatoriamente transferido para um outro local (enfermaria ou cuidados intensivos) que lhe providencie os cuidados necessários à recuperação clínica.

A decisão da alta do doente da URPA é da responsabilidade do anestesista que fez a anestesia, mas que só é efetivada após observação do doente e comunicação do resultado dessa avaliação ao enfermeiro da URPA, tal como recomenda a AESOP (2012).

A assistência de enfermagem no pós-operatório é de extrema importância e requer que o enfermeiro conheça a cirurgia realizada, os procedimentos anestésicos e as suas complicações, no sentido de detetar intercorrências o mais precocemente possível e implementar medidas corretivas e/ou limitar o agravamento da situação do doente. O enfermeiro da URPA deve ter “boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões, calma na atuação; capacidade de adaptação a novas situações” (AESOP, 2012, p.159).

Como não existem protocolos analgésicos instituídos neste BO, o papel do enfermeiro que se encontra na URPA é fundamental. O enfermeiro tem por inerência um dever moral, ético e profissional, perante o doente oncológico com dor aguda, em prestar todos os cuidados que promovam a sua adaptação à dor, resolvendo sempre que possível o estímulo algico, e que passa por “avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados” (OE, 2008, p. 7). O enfermeiro assume um papel de ligação entre a equipa, tão essencial para o controlo e gestão da dor aguda (Caseiro, 2004), consciencializando para a mudança do plano terapêutico prescrito pelos anestesistas, caso este não seja eficaz (doente não adaptado). Tal permitiu-me desenvolver uma comunicação eficiente entre a equipa multidisciplinar para promover um atendimento adequado ao doente, tal como refere a EONS (2013), para além de ir ao

encontro do perfil de competências definidas para o enfermeiro especialista, particularmente, adequando os recursos às necessidades de cuidados do doente, avaliando os riscos e negociando os recursos adequados para promover uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2011a).

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo específico de estágio que passava pela **criação de um protocolo de aplicação de música** para o controlo da dor aguda no pós-operatório do doente cirúrgico (Apêndice IX), que necessariamente incluía a criação do instrumento de colheita de dados para a realização da intervenção (Apêndice X), tive a necessidade de recorrer aos resultados da revisão narrativa da literatura referida no Apêndice I, integrando nestes documentos o estado da arte sobre o tema.

O protocolo de atuação elaborado tem como título “Aplicação de música a doentes submetidos a cirurgia no pós-operatório imediato” e no qual se apresenta o **objetivo do projeto o tipo de estudo delineado e a amostra**. Como **objetivo** estabeleci avaliar o efeito da audição de música sobre a intensidade da dor em doentes submetidos a cirurgia tiroideia, para isso delineei um **estudo quasi-experimental**, com grupo controlo e grupo experimental não equivalente (Fortin, 1999) pelo qual se pretende avaliar se os doentes do grupo experimental que recebem cuidados de enfermagem e ouvem música após a cirurgia manifestam menos intensidade de dor do que os doentes do grupo controlo que recebem apenas cuidados de enfermagem, e determinar o grau de satisfação dos doentes do grupo experimental face à aplicação de música.

Para a **amostra**, foram selecionados os doentes submetidos a cirurgia tiroideia, (tiroidectomia, e lobectomia), uma vez que o atendimento ao doente com patologia endócrina configura-se como uma das principais atividades assistenciais assumidas pelo serviço de Cirurgia Geral, que resulta num elevado número de casos operados todos os anos, para além disso a cirurgia tiroideia provoca um potencial de dor moderado (Garcia, 2006) que possibilita enquadramento adequado da aplicação de técnicas não farmacológicas, como refere a OE (2008). Desta forma, a amostra foi constituída tendo em conta os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: doentes internados no hospital com idade superior a 18 anos, propostos para realização de cirurgia tiroideia eletiva sob anestesia geral para o período de tempo em que decorreu o estágio;
- Critérios de exclusão: doentes com alteração do estado de consciência (declínio cognitivo ou distúrbios psicológicos avaliados por um médico no pré-operatório ou que constassem dos antecedentes do doente), com história de abuso de álcool ou

drogas, doentes que têm encaminhamento pós-cirúrgico para o outro local que não a URPA, doentes com alteração da acuidade auditiva, doentes que no pós-operatório apresentem uma escala de Aldrete e Kourlik (Aldrete & Kroulik, 1970) superior ou igual a 8, escala de sedação de Wilson (Roelofse & Piercy, 2010) inferior ou igual a 3 e doentes que apresentem complicações à chegada ou durante o tempo de permanência na URPA, tais como náuseas, vômitos, efeitos secundários da terapêutica, hemorragia ou outro tipo de complicações que não permita o evoluir adequado da recuperação anestésico-cirúrgica. O tempo mínimo de exposição de música deverá decorrer durante três horas caso contrário o doente é excluído.

A seleção dos doentes pelo grupo controlo e experimental decorreu tendo em conta o método de amostragem acidental (Fortin, 1999) após se ter estabelecido um cronograma, explanado no protocolo desenvolvido para o estudo, onde se define as semanas que correspondem à inclusão dos doentes no grupo experimental e no grupo controlo, ficando os grupos constituídos da seguinte forma:

- Grupo experimental: constituído por doentes submetidos e cirurgia tiroideia eletiva que se encontram na URPA e que recebem cuidados de enfermagem e ouvem música.
- Grupo controlo: constituído por doentes submetidos a cirurgia tiroideia eletiva que se encontram na URPA e que recebem cuidados de enfermagem.

Por forma a respeitar os princípios éticos que regem a investigação científica (Fortin, 1999), todos os doentes que respeitavam os critérios de inclusão do estudo foram informados sobre os objetivos do estudo, a não obrigatoriedade em participar, os procedimentos envolvidos, a que tipos de perguntas teriam de responder, a possibilidade de desistência em qualquer altura da investigação e a garantia da confidencialidade dos dados. A autorização para utilização e processamento dos dados do processo do doente foi também solicitada e encontra-se inerente na autorização subscrita pelo Apêndice XI.

O protocolo que desenvolvi funcionou, na fase de implementação do projeto, como guia orientador para os enfermeiros que colaboraram na aplicação de música e no preenchimento do instrumento de colheita de dados.

A construção do **instrumento de colheita de dados** teve como objetivo a obtenção dos dados necessários à caracterização da amostra que integrou o estudo e ao mesmo tempo responder aos objetivos da investigação. O instrumento foi construído

tendo em conta a opinião de peritos (enfermeiras da prática clínica da unidade de dor, musicoterapeuta, professora orientadora) e algumas recomendações encontradas na pesquisa bibliográfica consultada (American Society of Anesthesiologists, 2012; Binns-Turner *et al.*, 2011; Lin *et al.*, 2011; The Joanna Briggs Institute, 2011a), resultando num instrumento dividido em duas partes com 19 itens de resposta correspondendo a dois momentos de colheita de dados.

A primeira parte, identificada como avaliação inicial compreende 11 itens (1º ao 11º) e corresponde à recolha de dados efetuada no pré-operatório que têm como objetivo a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Os dados contemplam a identificação da idade, do sexo, habilitações literárias, ocupação, classificação anestésica do estado físico do doente (ASA) (*American Society of Anesthesiologists*, n.d.), a presença de antecedentes cirúrgicos e a causa da doença (oncológica ou não). Nesta fase são ainda registados os sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória) e avaliada a intensidade da dor pré-operatória.

Para além destes parâmetros, existem três questões que são efetuadas em exclusivo aos doentes do grupo experimental (item nº 8 ao 10º) e visam determinar qual o interesse do doente em música, qual o seu nível habitual de exposição musical e qual a composição musical que posteriormente pretende ouvir na URPA.

A segunda parte, identificada como segunda avaliação, compreende 8 itens (12º ao 19º) que correspondem à recolha de dados efetuada no pós-operatório após a entrada do doente na URPA. Nesta fase são registados os dados que identificam a intervenção cirúrgica realizada, os analgésicos administrados no intraoperatório, a hora de avaliação do doente, o tempo de aplicação de música, o registo dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória), a intensidade da dor e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas realizadas. Por fim, é ainda avaliado o grau de satisfação com a intervenção de música aos doentes do grupo experimental através de uma escala de Likert de 10 pontos (sendo que 1 corresponde a nada satisfeito e 10 a muito satisfeito).

Importa referir que a escala de avaliação de dor utilizada no instrumento de colheita de dados é a escala numérica. A escala numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003). Esta escala encontra-se validada e é extremamente sensível à avaliação da intensidade da dor aguda (Binns-Turner *et al.*,

2011). A classificação numérica indicada pelo doente foi a registada no instrumento de colheita de dados.

Os sinais vitais foram avaliados pelos monitores Intelliveu MP70 e Datascope Passport 2, que são calibrados uma vez por ano por um técnico de manutenção.

As músicas selecionadas para o estudo foram escolhidas tendo em conta os seguintes parâmetros: apresentam 60 a 70 batimentos por minuto, são melódicas e calmas, tal como é recomendado pelo artigo de revisão elaborado por The Joanna Briggs Institute (2011b) e não apresentam voz. Para melhorar o efeito terapêutico da aplicação de música, tal como é referido por Engwall & Duppils (2009), foi possibilitado ao doente a escolha da seleção musical que ouviria na URPA, tendo em conta quatro composições musicais previamente arranjadas. As composições musicais que foram selecionadas para aplicação no pós-operatório, foram nomeadas tendo em conta o instrumento mais frequentemente usado na composição como: composição de sons da natureza; composição em piano; composição em viola; composição em jazz. As músicas foram aplicadas aos doentes, por três leitores de MP3 marca Memup e Sunstech aos quais estavam adaptados auscultadores individualizados da marca Earpollution, com proteção individual descartável, garantindo condições de higiene individuais (Apêndice XII).

Para avançar com a intervenção, foi necessária a elaboração da carta para a obtenção das autorizações para a implementação e desenvolvimento do projeto de intervenção, à enfermeira chefe e ao diretor do BO, assim como à direção de enfermagem do hospital (Apêndice IX), dando cumprimento às exigências éticas da metodologia de investigação (Fortin, 1999), bem como ao perfil de competências comuns do enfermeiro especialista através do desenvolvimento de uma prática profissional e ética (OE, 2011a).

De forma a cumprir o segundo objetivo, e terminada a fase inicial de desenvolvimento do projeto, foi necessário **sensibilizar a equipa do BO** em particular os enfermeiros e os anestesistas, pedindo a sua colaboração na implementação e recolha de dados. Para isso realizei uma ação de formação (Apêndice XIII) que decorreu no auditório do hospital no dia 17 de Janeiro 2014, e na qual apresentei o tema e os objetivos do projeto, assim como as fases da sua implementação, demonstrei a importância da utilização da música como técnica não farmacológica no controlo da dor aguda do doente no pós-operatório imediato e expliquei o protocolo de aplicação da música e o instrumento de colheita de dados. No final da formação foi possível esclarecer algumas dúvidas e questões levantadas, tendo a equipa acolhido entusiasticamente o projeto, aceitando colaborar em tudo o que fora solicitado.

Após sensibilização e apresentação do projeto, e antes de dar início efetivo à sua implementação foi necessário testar o instrumento de colheita de dados. Assim, realizei um pré-teste a 10 doentes, que teve como objetivo testar a adequação do instrumento de colheita de dados, a compreensibilidade dos itens, a deteção de problemas informáticos e, simultaneamente, obter o *feedback* dos enfermeiros e dos doentes face ao desenrolar dos procedimentos do estudo. Daqui resultou a remoção de três itens que se verificou serem pouco significativos para o objetivo da investigação, a alteração de um item que se apresentava pouco claro, e a alteração da configuração gráfica do instrumento que facilitasse o seu preenchimento.

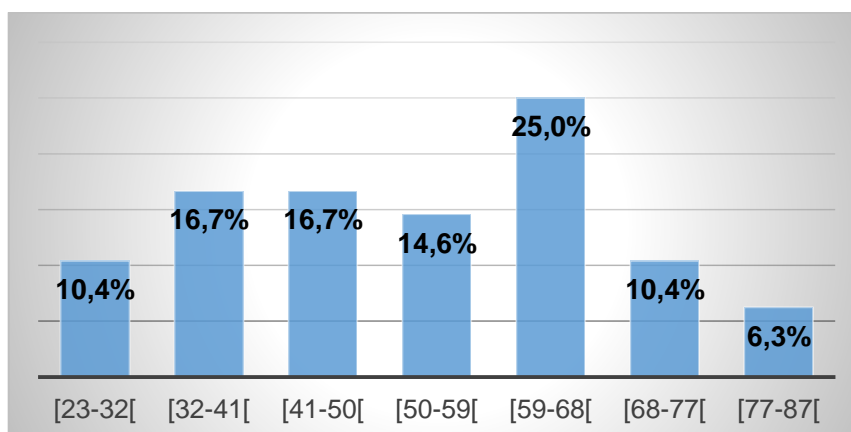
Depois deste momento e dando cumprimento ao terceiro objetivo específico, iniciou-se a **implementação do projeto** que decorreu num período de quatro semanas consecutivas com início no dia 20 de Janeiro de 2014 e término a 14 de Fevereiro 2014. Com esta atividade pude desenvolver competências no domínio da otimização e gestão dos cuidados (OE, 2011a), motivando a equipa para um desempenho diferenciado na área do cuidado da dor aguda, supervisionando e monitorizando a aplicação de música e o preenchimento da folha de colheita de dados e gerindo os desvios que decorriam da sua implementação (desistência do doente em participar no projeto, falta de dados no preenchimento do instrumento de colheita de dados, inadequação do tempo previsto de exposição do doente à música). Para além disso a implementação deste projeto permitiu-me desenvolver um espírito crítico sobre as práticas e os paradigmas existentes no âmbito do cuidado e do doente oncológico com dor aguda, que resultou num projeto de intervenção nas práticas de cuidados do BO, como compete a alguém que tenciona atingir as competências descritas pela EONS (2013) quando refere que o enfermeiro em oncologia deve valorizar a importância da pesquisa em enfermagem no tratamento dos doentes com cancro, formulando questões pertinentes, assim como as competências no âmbito do desenvolvimento de uma investigação inerentes ao grau de mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2013).

Por fim, para alcançar o quarto objetivo, **apresento os resultados** e uma breve discussão dos mesmos, tratados através da análise estatística descritiva simples (frequências simples, média e desvio-padrão) tendo para isso recorrido à utilização do programa de computador *IBM SPSS Statistics 21* para *Microsoft Windows*[®].

Segundo os dados obtidos, verifica-se que participaram neste estudo 48 doentes que foram submetidos a cirurgia tiroideia eletiva, encontrando-se distribuídos pelo grupo controlo (n=26) e pelo grupo experimental (n= 22). Em termos gerais, e no que toca à

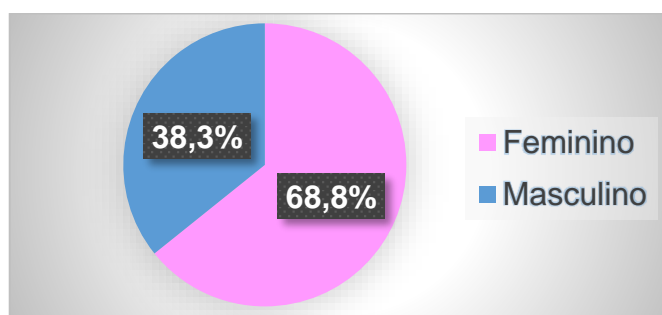
caracterização demográfica, os participantes têm idades compreendidas entre os 23 e os 86 anos, cuja média \pm desvio padrão) é de 53,25 (\pm 15,539) anos, sendo que 72,9% se encontra entre os 32 e os 68 anos (ver gráfico1).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por grupos etários



A maioria dos doentes é do sexo feminino (68,8%), estão empregados (56,3%), e têm o ensino básico (54,2%) como habilitações literárias. No que diz respeito à caracterização clínica, cerca de 45,8% dos doentes apresenta doença oncológica como etiologia para a realização da cirurgia, classificados como ASA II (79,2%), existindo cerca de 72,9% de doentes com antecedentes cirúrgicos (ver gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por sexo



A Tabela 2 apresenta a caracterização detalhada da amostra por grupo experimental e grupo controlo relativamente à idade, género, habilitações literárias, ocupação, antecedentes cirúrgicos e doença oncológica. As características dos grupos são semelhantes com a exceção da etiologia para a realização da cirurgia, que no grupo controlo é maioritariamente causada por doença oncológica ao contrário do grupo experimental, revelando tratar-se de grupos heterogéneos.

Tabela 2 – Caracterização demográfica e clínica da amostra do grupo experimental e do grupo controlo

		Grupo experimental (n=22)		Grupo controlo (n=26)	
Idade					
	Média	50,86		55,27	
	Mínimo	25		23	
	Máximo	75		86	
	Desvio Padrão	14,120		16,651	
		ni	ñ	ni	ñ
Género					
	Feminino	14	63,6	19	73,1
	Masculino	8	36,4	7	26,9
Habilitações literárias					
	Sem escolaridade	1	4,5	0	0
	Ensino básico (1º ao 9ºano)	10	45,5	16	61,5
	Ensino secundário (10º ao 12º ano)	6	27,3	5	19,2
	Ensino superior	5	22,7	5	19,2
Ocupação					
	Empregado	14	63,6	13	50,0
	Desempregado	1	4,5	5	19,2
	Reformado	6	27,3	5	19,2
	Estudante	1	4,5	3	11,5
Antecedentes cirúrgicos					
	Sim	19	86,4	16	61,5
	Não	3	13,6	10	38,5
Doença oncológica					
	Sim	8	36,4	14	53,8
	Não	14	63,6	12	46,2
ASA					
	1	3	13,6	1	3,8
	2	18	81,8	20	76,9
	3	1	4,5	5	19,2

Especificamente no grupo experimental foi ainda avaliado qual o interesse do doente em música, assim como seu nível habitual de exposição (ver Tabela 3), observando-se que 81,8% dos participantes é apenas ouvinte de música e cerca de 85,4% refere estar exposto à música pelo menos uma vez por dia o que é compatível com os achados do estudo de Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2011).

Tabela 3 – Interesse e exposição à música no grupo experimental

	Grupo experimental (n=22)	
	ni	ñ
Interesse em música		
Toma música ou canta	2	9,1
Só ouvinte de música	18	81,8
Sem interesse	2	9,1
Exposição à música		
Uma vez ao dia ou mais	19	86,4
Uma vez por semana, raramente ou nunca	3	13,6

A seleção musical mais escolhida pelos doentes do grupo experimental foi a composição sons da natureza (36,4%), seguida da composição em piano e viola, (ambas com 27,3%) tendo a composição em jazz sido escolhida por 9,1% dos doentes. Segundo estes resultados, existiu uma certa tendência individual para a seleção composição musical de sons da natureza o que pode sugerir que a cultura e familiaridade com este tipo de sons pode ter afetado a escolha da música, tal como é referido por Good & Ahn (2008) e Huang, Good & Zauszniewski (2010).

Reportando-nos agora à avaliação de dor, importa considerar que a capacidade cognitiva dos doentes para relatar a dor imediatamente após a anestesia geral possa estar dificultada, uma vez que foram administrados medicamentos no intraoperatório que podem influenciar os resultados. Constata-se, de acordo com os resultados que a intensidade de dor diminuiu em ambos os grupos (ver Tabela 4). No grupo experimental a média de dor inicial registada revelou-se de 2,41 e a final de 1,05, (diminuição de 56,43%) já no grupo controlo a média de dor inicial registada é de 1,65 sendo que no fim é de 0,46 (diminuição de 72,12%). Contata-se também que existe uma inversão do desvio padrão da intensidade da dor entre os grupos, do momento de início da intervenção para o fim da intervenção. Se no momento inicial o desvio padrão era superior no grupo controlo, revelando uma elevada dispersão da intensidade da dor tornando a média menos fidedigna, o mesmo acontece com o grupo experimental no fim da intervenção.

Tabela 4 – Intensidade de dor registada no grupo experimental e no grupo controlo

	Grupo experimental (n=22)	Grupo controlo (n=26)
Intensidade da dor no início da intervenção		
Média	2,41	1,65
Mínimo	0	0
Máximo	7	10
Desvio Padrão	2,085	2,314
Intensidade da dor no fim da intervenção		
Média	1,05	0,46
Mínimo	0	0
Máximo	3	3
Desvio Padrão	1,133	0,811

No que toca ao tempo de permanência na URPA (ver Tabela 5), verifica-se que os doentes que se encontravam no grupo experimental permaneceram, em média, menos tempo (3,909 horas) que os doentes do grupo controlo (4,385 horas) o que sugere que a presença da intervenção teve um efeito positivo no tempo de recuperação anestésico cirúrgico tal como é sugerido no estudo de Binns-Turner *et al.* (2011). Apesar destes resultados, e de acordo com a observação da Tabela 2, constata-se que o grupo controlo apresenta um número mais elevado de doentes do sexo feminino, com uma média de idades superior, e que têm mais doença oncológica, para além disso apresentam menos antecedentes cirúrgicos. Estas características poderão ter condicionado a alta da URPA. De acordo com Hoffmann & Tarzian (2001), existem diferenças no modo como as mulheres e os homens experienciam a dor. A idade é também um fator importante no que toca à tolerância da dor tal como referem Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg (1993), assim como a presença de experiências passadas (antecedentes pessoais e cirúrgicos) com significados culturais diversos interferem sobre os aspetos emocionais da pessoa alterando a perceção de dor (Pimenta & Portnoi, 1999).

Tabela 5 – Tempo de permanência na URPA

	Grupo experimental (n=22)	Grupo controle (n=26)
Tempo de permanência na URPA		
Média	3,909	4,385
Mínimo	3	3
Máximo	6	10
Desvio Padrão	0,7177	1,8618

Relativamente ao registo de sinais vitais, tensão arterial sistólica, tensão arterial diastólica, frequência cardíaca e frequência respiratória (ver Tabela 6) verifica-se, de forma geral, que a tensão arterial sistólica e diastólica, assim como a frequência cardíaca e a frequência respiratória, diminuem do início para o fim da intervenção.

Tabela 6 – Registo de sinais vitais no grupo experimental e no grupo controle

	Grupo experimental (n=22)	Grupo controle (n=26)
Tensão arterial sistólica no início da intervenção		
Média	130,64	142,04
Mínimo	98	104
Máximo	157	188
Desvio Padrão	14,291	20,017
Tensão arterial sistólica no fim da intervenção		
Média	121,00	129,81
Mínimo	91	100
Máximo	155	166
Desvio Padrão	19,973	19,217
Tensão arterial diastólica no início da intervenção		
Média	73,82	81,81
Mínimo	53	39
Máximo	96	115
Desvio Padrão	11,283	15,427
Tensão arterial diastólica no fim da intervenção		
Média	68,64	74,15
Mínimo	55	52
Máximo	85	101
Desvio Padrão	9,079	11,763

Frequência cardíaca no início da intervenção

Média	77,64	83,19
Mínimo	28	60
Máximo	105	121
Desvio Padrão	17,959	13,781

Frequência cardíaca no fim da intervenção

Média	75,55	81,81
Mínimo	20	64
Máximo	105	107
Desvio Padrão	17,711	10,855

Frequência respiratória no início da intervenção

Média	18,00*	16,62
Mínimo	12*	10
Máximo	28*	26
Desvio Padrão	4,826*	3,034

Frequência respiratória no fim da intervenção

Média	16,80*	15,96
Mínimo	12*	12
Máximo	24*	24
Desvio Padrão	3,529*	3,194

*n=15 por falta de registo de frequência respiratória.

Como já foi referido anteriormente, finda a intervenção de música, e apenas junto dos doentes do grupo experimental, foi colocada uma questão na qual era aplicada uma escala Likert de 10 pontos, para avaliar o grau de satisfação com a intervenção de música, tendo-se obtido uma moda de 10 pontos com uma média (\pm desvio padrão) de 7,77 (\pm 1,875), sendo o valor mais baixo atribuído de 4 pontos. Estes valores são comparáveis com os que se encontraram nos estudos de Allred, Byers & Sole (2010), Sen *et al.* (2010), Binns-Turner *et al.*, (2011) e Ignacio *et al.* (2012) no qual se verificou que os doentes se sentiam satisfeitos pela aplicação de música.

3.3.1 – Limitações e recomendações

Face a algumas condicionantes de tempo e perante o enquadramento geral de desenvolvimento deste estudo reconhecem-se algumas limitações. Em primeiro, e provavelmente uma das mais importantes, remete-se à impossibilidade de inferência dos

resultados, dado que a amostra é pequena e os dados foram apenas recolhidos num único hospital. Em segundo, o tempo previsto para a recolha de dados e a quantidade de doentes que foram excluídos (n=19), quer por motivos de recusa em participar, quer por motivos de não terem critérios de inclusão no estudo, condicionaram o tamanho da amostra. Em terceiro, o instrumento de colheita de dados não foi sujeito a testes de fiabilidade, validade e sensibilidade de constructo, reconhecendo-se a influência deste facto na qualidade dos resultados obtidos. Em quarto lugar, foram oferecidas apenas quatro tipos de composições musicais, o que pode ter condicionado a escolha dos doentes por músicas que não gostavam. Em quinto, e como não foi possível garantir que o mesmo anestésista, assim como o tipo de medicamentos utilizados durante a anestesia fosse igual para todos os doentes deve ter-se em conta que isto pode ter influenciado os resultados.

Como recomendação para futuros estudos seria interessante que se replicasse este estudo numa outra instituição, submeter o instrumento de colheita de dados a testes de fiabilidade, validade e sensibilidade de constructo que possibilitassem garantir uma maior qualidade dos resultados e alargar a amostra a outro tipo de intervenções cirúrgicas. Para além disso seria importante, e dado a elevada satisfação dos doentes do grupo experimental com a intervenção de música, que o projeto fosse alargado a todos os doentes que são submetidos a cirurgia no BO garantindo aos enfermeiros da URPA um papel mais autónomo dentro do programa analgésico multimodal para a gestão e controlo da dor aguda.

CONCLUSÃO

Este relatório apresenta o trajeto realizado durante os estágios com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e de obtenção do grau de mestre. Nele encontram-se descritas as atividades realizadas, acompanhadas de uma reflexão crítica das mesmas que se revelou um espaço de aprendizagem de importância vital, e que conduziu a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. Tendo como pano de fundo a problemática da dor, as áreas em que incidi passaram pela prestação de cuidados ao doente oncológico com dor aguda, pela promoção da qualidade dos cuidados enfermagem e pelo desenvolvimento de um projeto de intervenção no meu contexto de trabalho que fomentasse o desenvolvimento da *praxis* de enfermagem e promovesse as boas práticas no cuidado do doente oncológico com dor aguda. O relatório foi redigido tendo como guia o modelo teórico de Callista Roy que considera a dor como um estímulo fisiológico que provoca um desequilíbrio na adaptação, perante a qual a enfermagem deve promover estratégias adaptativas que fomentem uma estimulação positiva no seu enfrentamento.

Como sabemos, a dor foi e continua a ser um dos problemas mais intrigantes dentro da saúde e o seu estudo é um verdadeiro desafio. Pelo facto de a dor ser subjetiva e de a própria perceção individual da dor não ser consistente, variando com a ocasião, torna-se praticamente impossível comparar a dor de dois indivíduos através da quantificação, pelo que o seu estudo é um pesadelo científico (Coniam & Diamond, 2001). No entanto não nos podemos deixar abater por estas dificuldades e enquanto profissionais de saúde, devemos encarar a dor como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, promovendo uma adequada gestão do controlo da dor, fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados.

Analisando o percurso feito desde a conceção até à concretização, considero que este projeto permitiu-me otimizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com dor aguda pós-operatória, demonstrando um exercício seguro profissional e ético baseado num conjunto de conhecimentos científicos e técnicos. Considero que um dos pontos crucial para a melhoria dos cuidados na gestão e controlo da dor aguda pelos enfermeiros radica na obtenção de cada vez mais conhecimentos teórico-práticos, numa

boa avaliação, desprovida de preconceitos e tabus, implementando medidas e utilizando métodos precisos e apropriados para a avaliação e controlo.

Para além disso deveria estar planeada e organizada segundo protocolos bem definidos que agilizem a atuação dos profissionais de saúde, tal como protagonizado pelas unidades de dor aguda. Tendo em conta que a medicação analgésica é o principal fator de alívio da dor aguda, importa não só providenciar ao doente estratégias farmacológicas eficientes, mas dotar os prescritores com recursos que permitam uma agilização dos cuidados, orientação dos profissionais, permitindo a prestação de cuidados céleres, evitando a demora na assistência aos doentes, complementando as estratégias com outras técnicas não farmacológicas que suplementem essa gestão. Destaco a minha evolução como enfermeira neste contexto, segundo o qual passei a utilizar uma abordagem mais personalizada e centrada no doente estabelecendo uma relação terapêutica e de confiança, que ponha o doente oncológico e não oncológico no centro das decisões.

Termino considerando que atingi os objetivos que delinee para os estágios e para este relatório, tendo desenvolvido as competências preconizadas pela OE e pela escola. Tal como diz Benner (2001, p. 61), “a palavra experiência não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria”, pelo que com a realização dos estágios, amadureci enquanto pessoa e profissional, aprofundei o meu conhecimento sobre o cuidado ao doente oncológico com dor melhorando a minha prestação de cuidados, modifiquei comportamentos e incentivei à mudança dos comportamentos dos meus pares, tendo alcançado o patamar de proficiente que Patrícia Benner enunciou, na perspetiva futura de chegar ao patamar de perita.

O maior desafio passou sem sombra de dúvida pela planificação e desenho do estudo quasi-experimental, que no seu percurso atravessou algumas dificuldades e revesses, que passaram pela elaboração do protocolo de atuação, criação do instrumento de colheita de dados, e análise estatística dos dados, mas que no final se revelou extremamente compensador.

Dos resultados do projeto de intervenção, constata-se que aplicação de música em contexto pós-operatório revela-se como uma intervenção não farmacológica importante para a adaptação do doente com dor aguda. É uma intervenção que é de fácil aplicação e que não apresenta efeitos negativos pela sua utilização. Apesar de os resultados não

terem sido conclusivos quanto ao efeito da música sobre a diminuição da dor, a elevada satisfação dos doentes que foram submetidos à aplicação de música sugere que esta técnica poderia facilmente ser incorporada na prática clínica como uma intervenção de rotina de enfermagem aos doentes submetidos a tiroidectomia, ou mesmo ser alargada a todos os doentes que se encontrem em recuperação pós-operatória.

Este foi um projeto ambicioso e gratificante, que pretendo continuar a desenvolver em complementaridade com a minha professora orientadora, num futuro próximo, pelo que seria interessante que os enfermeiros que colaboraram na realização do projeto contribuíssem com uma avaliação formal, na qual apresentem sugestões de organização do projeto, controlo dos vieses e ainda fatores motivacionais que condicionem a participação da equipa no projeto.

Findo com o sentimento de dever cumprido por ora, mas ciente da responsabilidade de como futura enfermeira especialista continuar a caminhada profissional, no sentido de melhorar a oferta de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.

Agência Lusa. (2008). Musicoterapia: depressão e acidentes vasculares cerebrais podem ser tratados com música clássica, hip hop ou “pimba.” Acedido a 07-04-2014.

Disponível em:

http://www.jn.pt/PaginalInicial/Interior.aspx?content_id=929751

Aldrete, J. & Kroulik, D. (1970). A postanesthetic recovery score. *Anesthesia and Analgesia*, 49 (6), 924–934. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5534693>

Allred, K. D., Byers, J. F. & Sole, M. Lou. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Management Nursing*, 11 (1), 15–25.

DOI:10.1016/j.pmn.2008.12.002

American Cancer Society (2014). Treatment Types. *Find Support & Treatment*. Acedido a 01-10-2014. Disponível em:

<http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/>

American Music Therapy Association. (2014). History of music therapy. Acedido a 07-04-2014. Disponível em:

<http://www.musictherapy.org/about/history/>

American Society of Anesthesiologists. (s.d.). American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. Acedido a 02-01-2014. Disponível em:

<http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

American Society of Anesthesiologists. (2012). Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology*, 116 (2), 248-273.

Disponível em:

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2012/02000/Practice_Guidelines_for_Acute_Pain_Management_in.11.aspx

- Andrucioi, C., Pimenta, D. M., Maria, E., Santos, M. & Martins, L. M. (2001). Controle da dor no pós-operatório. *Revista Escola Enf USP*, 35, 180–183. DOI:10.1590/S0080-62342001000200013
- Andersson, H., Ejlertsson, G., Leden, I. & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9 (3), 174–182. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8219517>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2011). Dor. *Associação portuguesa para o estudo da dor*. Acedido 06-01-2014. Disponível em:
<http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c>
- Associação Portuguesa de Educação Musical. (2006). A Associação. Acedido a 07-04-2014. Disponível em:
<http://www.apem.org.pt/page2/page2.html>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia. (2014). A Associação. Acedido a 07-04-2014. Disponível em:
<http://www.apmtmusicoterapia.com/#/aassociacao>
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2010). *Acute Pain Management : Scientific Evidence*. (P. Macintyre, D. Scott, S. Schug, E. Visser & S. Walker, Eds.) (3ª Edição). Australian and New Zealand College of Anaesthetists.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (edição comemorativa)*. (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora. (Traduzido do original do inglês From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice (commemorative edition), 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Bergold, L. B., Aparecida, N., Alvim, T. & Cabral, I. E. (2006). O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 15 (2), 262–269.
- Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M. & Panksepp, J. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine.

Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35 (9), 1989–1999.
DOI:10.1016/j.neubiorev.2011.06.005

Binns-Turner, P., Wilson, L., Pryor, E., Boyd, G. & Prickett, C. (2011). Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy. *AANA Journal*, 79 (4 Suppl), S21–27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403963>

Cardoso, A. (2010). *A utilização da Música como coadjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria*. Universidade Fernando Pessoa. (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1866/1/PG_16824.pdf

Carrer, L. (2007). *A musicoterapia vibroacústica e os efeitos fisiológicos e psíquicos da música ansiolítica e das ondas sonoras de baixa frequência no corpo humano (aplicadas por um dispositivo vibroacústico)*. Disponível em: <http://www.rogercarrer.com/artigos/-%20Efeitos%20F%C3%ADsiol%C3%B3gicos%20e%20Ps%C3%ADquicos%20da%20M%C3%BAsica%20Ansiol%C3%ADtica.pdf>

Carroll, D. & Bowsher, D. (1993). *Pain: Management and Nursing Care*. Oxford: Butterworth-Heinemann Medical.

Caseiro, J. M. (2004). *A Organização da Analgesia do Pós-Operatório*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Castro Lopes, J. M. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Coniam, S. W. & Diamond, A. W. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cutshall, S., Anderson, P., Prinsen, S., Wentworth, L., Olney, T., Messner, P. K., ... Bauer, B. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17 (4), 16–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22314630>

Davis, M. P. & Walsh, D. (2004). Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71 (8), 625–32. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15449757>

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962

Dias, F. (2007). Plano nacional de luta contra a dor – intervenções não farmacológicas. In *Fórum 2007 “O Cidadão e a Enfermagem.”* Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.

Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Portugal. Disponível em:

[http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA](http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA)

Direção Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º 11, de 18 de Junho de 2008 - Programa Nacional de Controlo da Dor. Portugal. Disponível em:

[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-
316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 01-11-2013. Disponível em:

<http://pns.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. Disponível em:

[http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-
prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx)

Dolin, S. J., Cashman, J. N. & Bland, J. M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *British Journal of Anaesthesia*, 89 (3), 409–423. DOI:10.1093/bja/89.3.409

Economidou, E., Klimi, A., Vivilaki, V. G. & Lykeridou, K. (2012). Does music reduce postoperative pain? A review. *Health Science Journal*, 6 (3). Disponível em:

<http://www.hsj.gr/volume6/issue3/631.pdf>

Engwall, M. & Dupplis, G. S. (2009). Music as a nursing intervention for postoperative pain: a systematic review. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the*

American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses, 24 (6), 370–383. DOI:10.1016/j.jopan.2009.10.013

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2013). Regulamento de Mestrado. Lisboa.

European Oncology Nursing Society. (2013). *European Oncology Nursing Society Cancer Nursing Curriculum 2013* (Vol. 2013). Brussel: European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain. Disponível em:

<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França, C. & Ferreira, A. (2007). Massagem e relaxamento para o alívio da dor oncológica: Projeto “Bem-Estar.” *Dor*, 15, 37–40.

Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência Cuidar Saude*, 6 (2), 481–487.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) (p. 388). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*, 1996, Mont Royal: Décarie Éditeur).

Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em analgesia pós-operatória*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Good, M. & Ahn, S. (2008). Korean and american music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 9 (3), 96–103. DOI:10.1016/j.pmn.2008.02.002

Graner, K. M., Junior, A. & Rolim, G. S. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 345–355. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a09.pdf>

Grout, D. & Palisca, C. (1994). *História da música ocidental*. (A. L. Faria, Trad.). Lisboa: Gradiva. (Tradução do original do inglês *A history of western music*, 1988, Nova Iorque: W. W. Norton & Company).

- Hinrichs-Rocker, A., Schulz, K., Järvinen, I., Lefering, R., Simanski, C. & Neugebauer, E. a M. (2009). Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) - a systematic review. *European Journal of Pain (London, England)*, 13 (7), 719–30. **DOI:**10.1016/j.ejpain.2008.07.015
- Hoffmann, D. & Tarzian, A. (2001). The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28, 13–27. **DOI:**10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x
- Hook, L., Songwathana, P. & Petpichetchian, W. (2008). Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (4), 259–271. Disponível em:
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TJNR/article/download/2478/2408>
- Huang, S.-T., Good, M. & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (11), 1354–1362. **DOI:**10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
- International Association for the Study of Pain. (2011a). Dor Aguda e Cirurgia. *PAIN*, 1–2. Disponível em:
http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/7_Surgery_Portuguese.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2011b). Qual é o problema?. *PAIN*, 1-2. Disponível em:
http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2011c). Intervenções: Benefícios e Barreiras. *PAIN*, 1–2. Disponível em:
http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/2_Interventions_Portuguese.pdf
- International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain. (2011). Declaration of Montreal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25 (1), 29–31. **DOI:**10.3109/15360288.2010.547560

- Ignacio, J. J., Chan, M. F., Teo, S. H., Tsen, L. M. M. & Goy, R. (2012). Research in brief - The effect of music on pain, anxiety, and analgesic use on adults undergoing an orthopaedic surgery: A pilot study. *Singapore Nursing Journal*, 39 (4), 49–52. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=69dd669b-18cc-4f0a-bd17-f94aa24f0b2c%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4114>
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (L. Wiggins, Ed.) (p. 206). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Jin, F. & Chung, F. (2001). Multimodal analgesia for postoperative pain control. *Journal of Clinical Anesthesia*, 13 (7), 524–39. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108685>
- Kapur, P. A. (2001). Postanesthesia Care Unit Challenges. *Anesthesia and Analgesia*, 93 (6), 64-69. **DOI:**10.1097/00000539-200103001-00011
- Kehlet, H., Jensen, T. S. & Woolf, C. J. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 367 (9522), 1618–25. **DOI:**10.1016/S0140-6736(06)68700-X
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550
- Lin, P. C., Lin, M. L., Huang, L. C., Hsu, H. C. & Lin, C. C. (2011). Music therapy for patients receiving spine surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7-8), 960–968. **DOI:**10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x
- Mann, E. & Redwood, S. (2000). Improving pain management: breaking down the invisible barrier. *British Journal of Nursing*, 9 (19), 2067–72. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11868183>
- Marques, A. L., Neto, I. G., Benito, A. P., Sapeta, A. P. G. A., Salazar, H., Monteiro, C. & Costa, I. (2003). *Dor e Cuidados Paliativos*. Permanyer Portugal.
- McCaffery, M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27 (1), 1–5. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2179151>

- Melzack, R. (1996). Gate control theory: on the evolution of pain concepts. *Pain Forum*, 5 (1), 128–138. DOI:10.1016/S1082-3174(96)80050-X
- Mendes, C. (2008). Problemática da Avaliação Regular da Dor Aguda no Pós-Operatório. *Dor*, 18 (1), 34–39. Disponível em:
http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0141238001294680266-228.pdf
- Metzger, C., Muller, A., Martine, S. & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor* (p. 300). Loures: Lusociência.
- Miranda, N., Nogueira, P. J., Rosa, M. V., Alves, M. Is., Afonso, D., Portugal, A. C., ... Oliveira, N. (2013). *Portugal: doenças oncológicas em números – 2013*. Lisboa: DGS, Ed.
- Monteiro, A. F. G. e S. (2010). Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta. *Dor*, 18 (4), 5–9.
- Nacional Cancer Institute. (2013). NCI Dictionary of Cancer Terms. Acedido a 25-05-2013. Disponível em:
<http://www.cancer.gov/dictionary>
- Nightingale, F. (2011). *Notas sobre enfermagem - um guia para os cuidadores na actualidade*. (I. Evangelista, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Notes on nursing: a guide for today's caregivers, 1ª edição, 2009, Bailliere Tindall).
- Nilsson, U. (2008). The anxiety - and pain-reducing. Effects of Music Interventions: a systematic review. *AORN Journal*, 87 (4), 780–807.
DOI:10.1016/j.aorn.2007.09.013.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Divulgar*, 19. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf
- Özer, N., Karaman Özlü, Z., Arslan, S. & Günes, N. (2013). Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. *Pain Management Nursing*, 14 (1), 20–28. DOI:10.1016/j.pmn.2010.05.002
- Palombo, P. & Medeiros, V. (2001). Controlo da dor aguda no pós-operatório imediato. *Revista Enfermagem UNISA*, 2, 57–61. Disponível em:
<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-12.pdf>
- Pimenta, C. A. M. (2001). Controle da dor no domicílio. In Lotufo, P. A., Cutait, Pupo, R., T. (coord). *Manual de enfermagem – Programa de saúde da família*. (pp. 168-184). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf
- Pimenta, C. & Portinoi, A. (1999). Dor e cultura. In M. M. Carvalho (Ed.). *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 159-173). São Paulo: Summus.
- Porto Editora (Ed.). (2013). *Dicionário da Língua Portuguesa 2013 - com Acordo Ortográfico*. Porto: Porto Editora.
- Pozza, D., Caseiro, J., Azevedo, L., Barata, N., Costa Pereira, A. & Castro Lopes, J. (2010). Estudo epidemiológico prospectivo e multicêntrico sobre dor aguda pós-operatória em Portugal - resultados preliminares. In *3º Congresso Interdisciplinar de Dor* (p. 16). Lisboa: APED.
- Registo Oncológico Regional do Centro. (2012). *Registo Oncológico Regional do Centro - Ano 2010*. 2010. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Disponível em:
<http://www.rorcentro.com.pt/Content.aspx?id=239&SectionID=5#>

- Registo Oncológico Regional do Norte. (2013). *Registo Oncológico Regional do Norte – 2008*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto.
- Registo Oncológico Regional do Sul. (2007). Incidência Populacional. Acedido a 26-07-2013. Disponível em:
<http://www.ror-sul.org.pt/Indicadores/Pages/Home.aspx>
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Dinis, L., Raposo, M., Pina, P., ... Faustino, S. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Grünenthal.
- Roelofse, J. & Piercy, J. (2010). Keeping the score Sedation guidelines : a record of sedation scores is essential. *South African Journal of Anaesthesiologists*, 16 (4), 9–13.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da enfermagem : o modelo de adaptação de Roy*. (C. Fonseca, Trad). Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução do original do inglês The Roy Adaptation Model, 1981, New Jersey: Prentice Hall).
- Sakata, R. K., Hisatugo, M. K., Aoki, S. S., Vlainich, R. & Issy, A. M. (2003). Avaliação da Dor. In Cavalcanti, I. L. & Maddalena, M. L. (Eds.). *Dor* (pp. 53–94). Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.
- Salles, L. & Silva, M. (2011). *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do sul: Yendis Editora Ltda.
- Saraiva, A. (2008). Organização da dor aguda do pós-operatório. *Dor*, 16 (1), 18–22.
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P. & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.
- Sen, H., Yanarateş, O., Sızlan, A., Kılıç, E., Ozkan, S. & Dağlı, G. (2010). The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22 (4), 145–150. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153932>
- Söderhamn, O. & Idvall, E. (2003). Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (1), 26–32. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588617>

The Joanna Briggs Institute. (2011a). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em:

<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2011b). The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: music as an intervention in hospitals. *Nursing & Health Sciences*, 13 (1), 99–102. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00583.x

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (A. R. Albuquerque, Trans.) (5ª Edição). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Nursing Theorists and Their Work*, Mosby).

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (p. 208). Lisboa: Climepsi Editores.

Vaajoki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Music as a nursing intervention: effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients. *Nursing & Health Sciences*, 13 (4), 412–8. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00633.x

Vaajoki, A., Pietilä, A.-M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (5-6), 708–717. DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.03829.x

Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *Dor*, 18 (1), 12–17.

Disponível em:

http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0141238001294680266-228.pdf

Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 56 (June), 514-517. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902929/pdf/0560514.pdf>

Vicente, Â. (2011). *O uso da música nas práticas de enfermagem: uma revisão integrativa*.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35951/000816079.pdf?sequence=>

[1](#)

- Wells, N., Pasero, C. & McCaffery, M. (2008). Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 469–497). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328759>
- Whitaker, M. H. (2010). Sounds soothing: music therapy for postoperative pain. *Nursing*, 40 (12), 53–54. DOI:10.1097/01.NURSE.0000390680.80395.cd
- World Federation of Music Therapy. (2011). O que é Musicoterapia? Acedido a 27-06-2013. Disponível em:
http://www.wfmt.info/WFMT/Info_Cards_files/PORTUGUESE - What is MT.pdf
- World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief* (2ª ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014a). GLOBOCAN 2012: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014b). *Noncommunicable Diseases - Country Profiles 2014*. Geneva: WHO.
- Zimmermann, D. & Stewart, J. (1993). Postoperative pain management and acute pain service activity in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia*, 40 (6), 568–575. DOI:10.1007/BF03009742

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão narrativa da literatura

REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

METODOLOGIA

Ciente que uma revisão narrativa da literatura contribui para a melhoria da prática de cuidados, na medida em que é uma fonte de conhecimento que fundamenta, estrutura e suporta o desempenho profissional, numa prática baseada na evidência considere importante abordar e fundamentar a problemática desenvolvida neste projeto. Neste sentido, procurei encontrar o estado da arte sobre os efeitos terapêuticos da música sobre a dor no contexto do pós-operatório de doentes oncológicos, tendo para isso procurado dar resposta à questão de partida elaborada segundo a mnemónica PICO (The Joanna Briggs Institute, 2011): *Qual o efeito terapêutico da música na dor dos doentes no pós-operatório?* (ver tabela 1).

Tabela 1 – Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação segundo a metodologia PICO

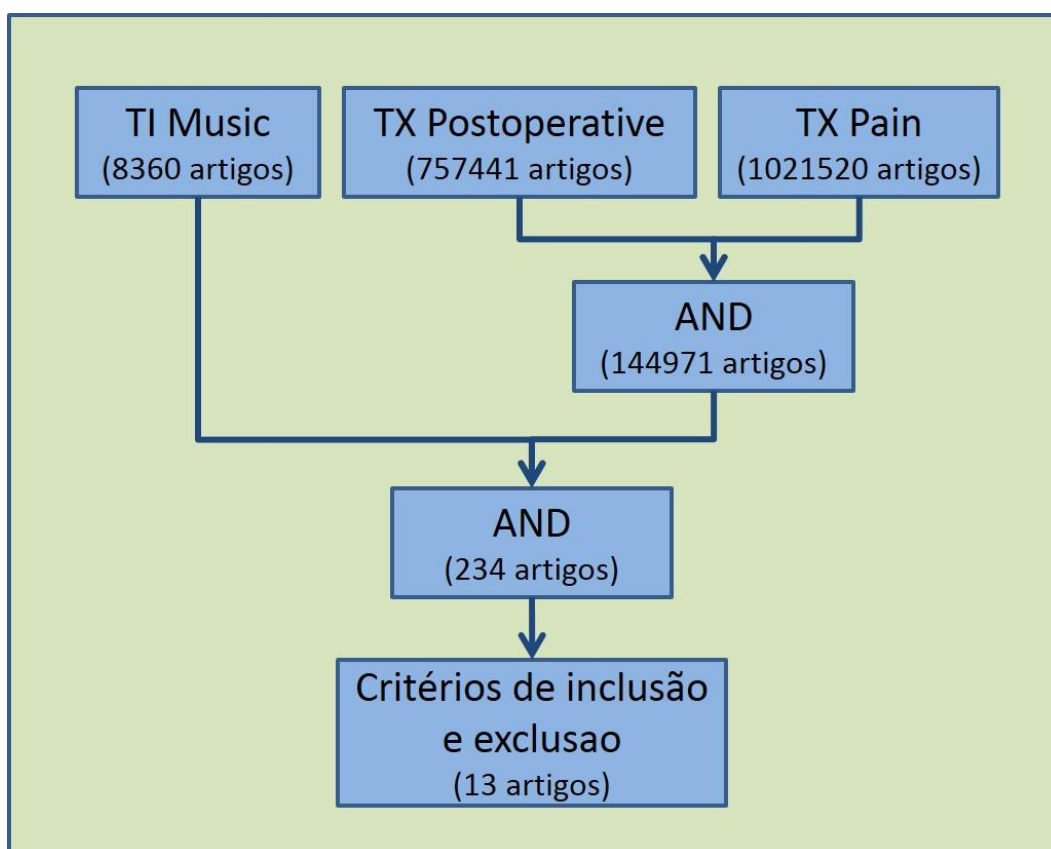
P	PARTICIPANTES	Doentes no pós-operatório
I	INTERVENÇÃO	Aplicação de música
C	COMPARAÇÃO	Sem aplicação de música
O	RESULTADOS (OUTCOMES)	Efeito terapêutico na dor

Realizei uma pesquisa, em Dezembro de 2013, no motor de busca *EBSCOhost*, com acesso às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, utilizando os descritores: *music, pain, postoperative*. Estas palavras foram determinadas pelo grau de relevância nos artigos, com recurso ao *MeSH2013* e *CINAHL Headings* e foram combinadas entre si com a expressão booleana (AND) obtendo 234 artigos, excluindo os artigos repetidos nas duas bases de dados. Posteriormente apliquei os critérios de inclusão e exclusão referidos na Tabela 2, tendo sido obtidos 13 artigos que se enquadravam na minha pesquisa. Este percurso metodológico pode ser observado na Figura 1.

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	Doentes oncológicos e não oncológicos	Indivíduos com idade inferior ≤ 18 anos
Intervenção	Estudos onde a música fosse utilizada como método não farmacológicos para o controlo da dor pós-operatória	Estudos onde a música não fosse utilizada como método não farmacológicos para o controlo da dor pós-operatória
Desenho	Todos os estudos de investigação	----
Publicação	Janeiro 2008 a Dezembro 2013	Anteriores a Janeiro 2008
Disponibilidade	<i>Full text</i>	Ausência de <i>full text</i>

Figura 1 – Percurso metodológico da pesquisa



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da pesquisa efetuada resultaram 13 artigos, os quais foram sujeitos a uma análise mais detalhada. Todos os artigos encontrados são em língua inglesa. As informações pertinentes de cada artigo foram transcritas em tabela, podendo ser observadas nas Tabelas seguintes, que apresento por ordem cronológica, do mais antigo para o mais recente.

Quadro 1 – Análise do artigo de Good & Sukhee Ahn (2008) (Artigo n.º 1)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none">• Good & Sukhee Ahn (2008)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none">• Korean and american music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery;
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Determinar a eficácia da música na redução da dor pós-operatória em doentes coreanos;• Determinar as preferências musicais das mulheres coreanas;
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Estudo quasi-experimental;
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de música no pós-operatório de cirurgia ginecológica: 15 minutos durante a manhã e à tarde nos 2 dias de pós-operatório;• Música Americana ou coreana, selecionada pela doente.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Mulheres entre os 20 e os 70 anos, com indicação para cirurgia ginecológica com incisão abdominal, de etiologias diversas (histerectomia, cesariana, anexectomia, cistectomia, remoção de massa via retroperitoneal);
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none">• n=73, com idade média 41 anos, dos quais 34 no grupo com música e 39 no grupo de controlo;
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• A música foi eficaz na redução da dor no pós-operatório (avaliada através da escala visual analógica de avaliação da dor de 100mm), uma vez que o grupo experimental apresenta menos 17% de dor que o grupo de controlo;• 91% dos participantes do grupo experimental recomendaram a utilização de música, independentemente do tipo de música aplicada (informação obtida através de entrevista estruturada).

Quadro 2 – Análise do artigo de Hook, Songwatha, Wongchana & Petpichetchian (2008) (Artigo n.º 2)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> Hook, Songwatha, Wongchana & Petpichetchian (2008)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain;
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o efeito da música na ansiedade e dor pré e pós-cirurgia
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação de música, selecionada pelo doente, podendo optar por música ocidental, chinesa ou malaia, durante o peri-operatório, em 8 momentos de 30 minutos: 2 pré-cirúrgicos (no dia anterior e no próprio dia da cirurgia) e 6 pós-cirúrgicos (1 momento após a cirurgia e 2 em cada dia seguinte, durante 3 dias). A ansiedade foi avaliada através de um inquérito de ansiedade aplicado antes e depois da cirurgia, sendo esta avaliação complementada pela utilização de uma escala visual analógica de ansiedade nos 8 momentos. A dor foi avaliada através da escala visual analógica nos 8 momentos da intervenção; A quantidade de analgésicos administrados foi registada em documento próprio elaborado para o efeito.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres submetidas a cirurgia num hospital da Malásia que contemplavam os seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> → Mínimo 18 anos de idade; → Capazes de ler e escrever malaio; → Sem dificuldades auditivas; → Capazes de utilizar um leitor de música; → Programas para qualquer tipo de cirurgia eletiva major, sujeita a anestesia geral, excluindo cirurgia endoscópica, da face, olhos ou ouvidos; → ASA I ou II; → Internadas na instituição pelo menos 1 dia antes da cirurgia e 3 dias após; → Orientadas no tempo e no espaço no momento da recolha de dados e sem perturbações mentais tais como depressão, psicose ou dependência de opióides.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> 102 mulheres, com idade média 40,3 anos, sem antecedentes médicos, sem presença de dor antes da cirurgia, sem utilização prévia de qualquer técnica não farmacológica para o alívio da dor ou da ansiedade, submetidas a cirurgia ginecológica de etiologia não-oncológica, sob anestesia geral, com incisão abdominal.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Foram efetuados testes ANOVA que permitiram concluir que ouvir música no dia anterior à cirurgia e nos 3 dias depois reduz significativamente a ansiedade e a dor provocados pela cirurgia. Não se constataram diferenças significativas na administração da medicação analgésica.

Quadro 3 – Análise do artigo de Nilsson (2008) (Artigo n.º 3)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none">• Nilsson (2008)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none">• The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Identificar artigos sobre ensaios clínicos randomizados que demonstrem os efeitos da aplicação de música na dor e na ansiedade de doentes no peri-operatório
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Revisão sistemática da literatura
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de música no perioperatório, com 60 a 80 batimentos por minuto.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Artigos publicados entre Janeiro de 1995 e Janeiro de 2007, disponíveis nas bases de dados AMED, CINAHL e MEDLINE, redigidos em inglês, cuja amostra contemple doentes com mais de 17 anos de idade e que abordem o intra e/ou pós-operatório;• Artigos citados nos artigos identificados nas bases de dados.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none">• 42 artigos com ensaios clínicos randomizados, com um total de 3936 doentes com idades compreendidas entre os 34 e os 76 anos.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• Artigos obtidos com cirurgia de diversas etiologias, tais como ginecológicas, abdominais, cardíacas, urológicas, faciais;• Aplicação de música em diversos momentos combinados entre si, consoante o estudo: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório;• 50% dos estudos revelaram uma diminuição da ansiedade após a utilização da música (a sua avaliação variou consoante o estudo, através do questionário de ansiedade de Spielberg, de escala numérica de ansiedade, de escala visual analógica de ansiedade, ou pela administração ou não de ansiolíticos). Em três estudos que usaram a administração de ansiolíticos como forma de avaliação da ansiedade, demonstraram que a utilização de música reduz a sua administração;• 59% dos estudos revelaram uma diminuição da dor no grupo experimental (avaliada através da escala visual analógica, escala numérica, questionário de McGill).• 47% de 15 estudos que analisaram a administração de analgésicos, demonstram que existiu uma redução do consumo destes no grupo experimental;

Quadro 4 – Análise do artigo de Allred, Byers & Sole (2010) (Artigo n.º 4)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> Allred, Byers & Sole (2010)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> The effect of music on postoperative pain and anxiety
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o efeito da música no pós-operatório sobre a dor, ansiedade e sobre os parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, tensão arterial; saturação periférica de oxigénio).
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação de 20 minutos de música antes da cirurgia e igual período após. A música apresenta uma melodia harmoniosa, com 60 a 80 batimentos por minuto, sem letra nem ritmos fortes ou precursão, selecionada pelo doente a partir de uma lista criada para o efeito. Utilizado o questionário de dor de McGill (versão reduzida), a escala visual analógica para avaliação da dor e da ansiedade. Os parâmetros fisiológicos foram avaliados através do monitor <i>Medical Data Electronics Escort Series E100 ICU/CCU</i>.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Doentes submetidos a cirurgia para colocação de prótese total do joelho, num hospital central da Florida, no ano 2007, que apresentem os critérios de inclusão definidos: <ul style="list-style-type: none"> → Idade compreendida entre os 45 e os 84 anos; → ASA 1 a 3; → Sem alterações de audição e visão, permitindo a utilização da escala visual analógica; → Capaz de comunicar em inglês; → Internado no serviço de ortopedia da instituição; → Estar consciente e orientado na pessoa, tempo, no espaço e situação clínica; → Ter prescrição de PCA no período pós-operatório.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> 56 doentes de ambos os sexos, com idades entre 46 e 84 anos, distribuídos entre os dois grupos (grupo experimental e grupo de controlo) de forma aleatória (28 em cada grupo).
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> A música reduz a intensidade de dor e a ansiedade no período de pós-operatório; 80% dos doentes a quem foi aplicada a música sentiram-se satisfeitos com a intervenção Em relação aos parâmetros fisiológicos verificou-se que a música reduziu estatisticamente a pressão arterial média, não influenciando a frequência cardíaca, e a saturação de oxigénio A quantidade de analgésicos administrados entre os dois grupos também não foi estatisticamente significativa

Quadro 5 – Análise do artigo de Sen, Yanarates, Sizlan, Kilic, Özkan & Dağlı (2010) (Artigo n.º 5)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> • Sen, Yanarates, Sizlan, Kilic, Özkan & Dağlı (2010)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> • The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o efeito da música como analgésico no pós-operatório e determinar a duração do seu efeito
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de música durante 1h após a cirurgia, tendo em consideração a utilização de PCA quando a escala de Aldrete for igual ou superior a 9, recorrendo a uma dose de 20mg de tramadol em intervalos mínimos de 15 minutos a 4 horas, durante 24 horas após a cirurgia. Foi administrado 75mg de diclofenac via intramuscular sempre que a intensidade da dor fosse igual ou superior a 4; • Os registos foram efetuados de 4 em 4 horas, durante 24 horas após a cirurgia, pelo anestesiologista que desconhecia a que grupo pertencia cada puérpera.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres grávidas com, pelo menos, 36 semanas de gestação, com cesariana planeada com incisão Pfannenstiel, sob anestesia geral; • Foram excluídas grávidas com alergia a medicamentos utilizados no estudo, com coagulopatias, asma brônquica, úlcera péptica, doença renal ou hepática, alterações auditivas, consumo abusivo de álcool ou drogas, alterações de memória, incapacidade de utilização de PCA, pré-eclampsia, placenta prévia, restrição de crescimento do feto e outras alterações deste.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • 70 puérperas entre os 20 e 40 anos de idade, distribuídas pelos dois grupos (música e controlo) de forma aleatória (35 em cada grupo).
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve diferenças significativas na utilização do PCA, no entanto, no registo da 4ª hora há uma diminuição no grupo com música (foi registada a hora de início da anestesia); • Comparativamente entre os grupos, no grupo com música evidenciou-se que: <ul style="list-style-type: none"> → O consumo total de analgésicos foi inferior; → A satisfação dos participantes foi superior (avaliada à sexta hora de pós-operatório, através de uma escala de satisfação de 0 a 10 pontos, de nada satisfeito a totalmente satisfeito); → A intensidade de dor registada foi (avaliada através da escala visual analógica para a dor de 0 a 10 pontos, de sem dor a pior dor imaginável).

Quadro 6 – Análise do artigo de Binns-Turner, Law Wilson, Pryor; Boyd & Prickett (2011) (Artigo n.º 6)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> • Binns-Turner, Law Wilson, Pryor; Boyd & Prickett (2011)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> • Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar os efeitos da aplicação de música no peri-operatório sobre as alterações na pressão arterial média, frequência cardíaca, ansiedade e dor.
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quasi-experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de música no período peri-operatório de doentes submetidas a mastectomia, durante um período mínimo de tempo de 4h. • Os registos foram efetuados em dois momentos: antes da cirurgia (antes do início da aplicação de música) e após a cirurgia. • A tensão arterial média e a frequência cardíaca foram avaliadas recorrendo ao equipamento HPM3000A. A ansiedade foi avaliada através do questionário de ansiedade de 20 itens de Spielberger. A dor foi avaliada recorrendo à escala visual analógica de 100mm.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres com diagnóstico de cancro da mama submetidas mastectomia num hospital do Tennessee, tendo sido excluídas do estudo mulheres doentes classificadas em ASA 4 ou 5; diagnóstico e tratamento anterior de cancro da mama; doença pulmonar obstrutiva crónica; doença mental; uso de antipsicóticos ou benzodiazepinas, impossibilidade de ser administrado midazolam, uso de prótese auditiva.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionada amostra por conveniência, obtendo 30 doentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 42 aos 70 anos, distribuídas por grupo de música e grupo de controlo de forma randomizada (15 em cada grupo).
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os dados recolhidos após a intervenção de música revelam uma diminuição da tensão arterial média, da ansiedade e da dor no grupo com música; • Os doentes do grupo experimental permaneceram menos tempo na unidade de recuperação pós-anestésica; • Não há alterações significativas relativamente à frequência cardíaca; • Os doentes demonstraram-se satisfeitos face à aplicação da música.

Quadro 7 – Análise do artigo de Cutshall *et al.* (2011) (Artigo n.º 7)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> • Cutshall <i>et al.</i> (2011)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> • Effect of the Combination of Music and Nature Sounds on Pain and Anxiety in Cardiac Surgical Patients: A Randomized Study
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os efeitos da música na intensidade da dor e nível de ansiedade em doentes de cirurgia cardíaca
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de música em dois períodos de 20 minutos diários (um durante a manhã e outro durante a tarde), nos dois a quatro dias de pós-operatório. • Avaliada a dor, a ansiedade, o relaxamento e a satisfação recorrendo a uma escala visual analógica, antes e depois da aplicação da música. • No grupo de controlo, a ansiedade, a dor e o relaxamento foram avaliados antes e depois de um período de 20 minutos de descanso na cama. • Avaliada a tensão arterial e a frequência cardíaca nos mesmos momentos.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes cardíacos internados no Hospital Saint Marys em Richester, com idade mínima de 18 anos, submetidos a um primeiro bypass da artéria coronária e/ou cirurgia a válvula cardíaca, sendo excluídos os doentes que não falam inglês, que estiveram entubados no segundo dia de pós-operatório, com diagnóstico de dor crónica, com doença psiquiátrica, ou com diminuição da audição.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • 100 doentes com 18 ou mais anos de idade, dos quais 49 no grupo com música e 51 no grupo de controlo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os dados revelam uma diminuição significativa da dor após a 2ª sessão (2º dia pós-operatório), assim como um aumento do relaxamento. A música também reduziu a ansiedade e aumentou a satisfação geral, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Quadro 8 – Análise do artigo de Lin, Lin, Huang, Hsu and Lin (2011) (Artigo n.º 8)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> Lin, Lin, Huang, Hsu and Lin (2011)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> Music therapy for patients receiving spine surgery
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os efeitos da música sobre a ansiedade, a dor pós-operatória, tensão arterial, frequência cardíaca, e níveis de cortisol na urina, norepinefrina e epinefrina em doentes submetidos a cirurgia da coluna vertebral
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> Estudo quasi-experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Seleção musical com vários estilos de música com 60 a 72 batimentos por minuto; ambiente calmo, com luz e ruído reduzidos. Períodos de 30min de música (no dia anterior à cirurgia, 1h depois da cirurgia e no dia seguinte).
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Doentes submetidos a cirurgia à coluna vertebral num hospital de Taipei, entre abril e julho de 2006. Os doentes foram divididos por grupo com música e grupo de controlo consoante o dia da cirurgia (os doentes de terça e quinta foram inseridos no grupo com música e os de quarta e sexta foram inseridos no grupo de controlo). Foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> → Mais de 18 anos de idade; → Sem distúrbios mentais ou alterações de memória; → Com capacidade de comunicar.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> Foram selecionados 60 doentes, com idade média de 62,2 anos, dos quais 30 em cada grupo.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Ao longo do desenrolar do estudo, verificou-se que o nível de ansiedade, avaliado pela escala visual analógica, diminuiu mais significativamente no grupo com música, no entanto, o inquérito de ansiedade de Spielberg teve resultados semelhantes em ambos os grupos; Relativamente à média da intensidade de dor entre os grupos, verificou-se que o grupo com música tinha intensidade inferior após a aplicação da intervenção (intensidade de dor avaliada através de escala visual analógica de 0 a 10 cm); A tensão arterial sistólica e média foram significativamente inferiores no grupo com música, enquanto a frequência cardíaca e a tensão arterial diastólica não apresentaram diferenças significativas (avaliadas através do equipamento Philip A1 2 em 1); Os níveis de cortisol, norepinefrina e epinefrina mantiveram-se semelhantes entre os grupos (avaliados na urina colhida, recorrendo a um detetor cromográfico e eletroquímico).

Quadro 9 – Análise do artigo de Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2011) (Artigo n.º 9)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none">• Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2011)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none">• Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o efeito da música na intensidade da dor e no efeito emocional desagradável que esta provoca no doente no pós-operatório
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de música no pós-operatório de cirurgia abdominal major, durante 30 minutos no dia da cirurgia e nos dois dias seguintes.• Avaliação da intensidade de dor e do efeito emocional desagradável que esta provoca através de escala visual analógica de 100mm.• Os parâmetros foram avaliados em posições diferentes: em repouso deitado na cama, deitado na cama mas enquanto respira profundamente e quando muda de posição.• No grupo com música, os parâmetros eram avaliados antes e depois da aplicação de música, enquanto que no grupo de controlo, eram avaliados com intervalos de 30 minutos sem aplicação de música.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Doentes submetidos a cirurgia abdominal eletiva no Hospital Universitário de Kuopio na Finlândia, entre Março de 2007 e Abril de 2009.• Foram excluídos doentes com história de consumo de drogas, doenças psiquiátricas, alterações auditivas, demência ou dor crónica.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none">• 168 doentes dos 21 aos 85 anos de idade, dos quais 83 no grupo de intervenção e 85 no grupo de controlo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• No pré-operatório, não houve diferenças entre os grupos;• No primeiro dia de pós-operatório, as diferenças entre os grupos não foram significativas;• No segundo dia de pós-operatório, a intensidade de dor e o efeito emocional desagradável que esta provoca foram inferiores no grupo com música.

Quadro 10 – Análise do artigo de Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2011) (Artigo n.º 10)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none">• Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2011)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none">• Music as a nursing intervention: Effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar os efeitos da música sobre a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, no pós-operatório, em doentes submetidos a cirurgia abdominal.
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Estudo quasi-experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de música durante 30 minutos na noite antes da cirurgia, no período pós-operatório no dia da cirurgia, nos dois dias pós-cirúrgicos (num total de 7 momentos).• Foram avaliados os sinais vitais tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória antes e depois de cada momento de aplicação de música no grupo experimental.• A frequência cardíaca e a tensão arterial foram avaliadas recorrendo ao equipamento OMRON M5-1 ou M6. A respiração foi avaliada através da observação dos movimentos respiratórios do tórax de cada doente, contabilizados durante 1 minuto.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Doentes submetidos a cirurgia abdominal eletiva no Hospital Universitário de Kuopio na Finlândia, entre Março de 2007 e Abril de 2009.• Foram excluídos doentes com história de consumo de drogas, doenças psiquiátricas, alterações auditivas, demência ou dor crónica.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none">• 168 doentes dos 21 aos 85 anos de idade, dos quais 83 no grupo de estudo e 85 no grupo de controlo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• Nos dois dias seguintes de pós-operatório, verificou-se que o grupo com música apresenta tensão arterial sistólica e frequência respiratória inferiores ao grupo de controlo;• Não houve diferenças estatísticas significativas entre os grupos relativamente à tensão arterial diastólica e à frequência cardíaca.

Quadro 11 – Análise do artigo de Ignacio, Chan, Teo, Tsen, Raymond (2012) (Artigo n.º 11)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> • Ignacio, Chan, Teo, Tsen, Raymond (2012)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> • The effect of music on pain, anxiety, and analgesic use on adults undergoing an orthopaedic surgery: A pilot study
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar os efeitos da música em doentes, no pós-operatório de cirurgia ortopédica, sobre a dor, a ansiedade e o uso de analgésicos, e identificar a satisfação dos doentes relativamente à música.
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de períodos de 30 minutos de música nos 2 primeiros dias de pós-operatório. • A dor foi avaliada através da escala visual analógica e a ansiedade foi avaliada através questionário de ansiedade Spielberger. • Para contabilização dos analgésicos administrados foram consultados os processos clínicos. • Para identificar a satisfação dos doentes sobre a música, foi realizada essa questão a cada doente.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes com mais de 21 anos com cirurgia ortopédica eletiva, sob anestesia geral, que se espera virem a utilizar PCA após a cirurgia.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • 21 doentes distribuídos por dois grupos (12 no grupo com música e 9 no grupo de controlo).
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente ao questionário de ansiedade, os resultados foram semelhantes, exceto no segundo dia de pós-operatório, cujo resultado foi inferior no grupo com música; • No que respeita à intensidade de dor, globalmente não houve uma diminuição estatisticamente significativa no grupo com música, no entanto, no primeiro dia, houve um decréscimo acentuado no grupo de estudo; • Globalmente, não existiu discrepância estatisticamente significativa, relativamente ao uso de analgésicos, no entanto a quantidade de morfina, tramadol e arcoxia foi inferior no grupo com música. • Doentes sentiram-se satisfeitos pela aplicação de música

Quadro 12 – Análise do artigo de Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Kokki & Vehviläinen-Julkunen (2012) (Artigo n.º 12)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Kokki & Vehviläinen-Julkunen (2012)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> The Impact of Listening to Music on Analgesic Use and Length of Hospital Stay While Recovering From Laparotomy
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o efeito da utilização de música para a utilização de analgésicos, tempo de internamento, e efeitos adversos da recuperação de uma cirurgia abdominal major.
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> Estudo experimental
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação de música durante 30 minutos na noite antes da cirurgia, no dia da cirurgia nos dois dias pós-cirúrgicos, num total de 7 momentos; Aplicado questionário no terceiro dia de pós-operatório elaborado pelo investigador sobre hábitos de música, música favorita, experiências anteriores de dor pós-operatória, e sobre o controlo da dor após a cirurgia abdominal; Realizado o registo da analgesia administrada nas 72 horas de pós-operatório, o tempo de duração da analgesia epidural, hora de remoção do cateter epidural, efeitos secundários do controlo da dor, tempo internamento.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Doentes submetidos a cirurgia abdominal eletiva no Hospital Universitário de Kuopio na Finlândia, entre Março de 2007 e Abril de 2009; Foram excluídos doentes com história de consumo de drogas, doenças psiquiátricas, alterações auditivas, demência ou dor crónica.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> 168 doentes dos 21 aos 85 anos de idade, dos quais 83 no grupo de estudo e 85 no grupo de controlo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita: <ul style="list-style-type: none"> → aos efeitos secundários dos analgésicos administrados; → na quantidade e no tempo de utilização de analgesia epidural; → nos analgésicos suplementares administrados; → na duração do tempo de internamento.

Quadro 13 – Análise do artigo de Economidou, Klimi, Vivilaki, Lykeridou (2012) (Artigo n.º 13)

AUTOR E ANO	<ul style="list-style-type: none"> • Economidou , Klimi, Vivilaki, Lykeridou (2012)
TÍTULO	<ul style="list-style-type: none"> • Does music reduce postoperative pain? A review
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a evidência científica existente sobre a aplicação de música na redução da dor pós-operatória
TIPO DE ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática da literatura
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de música calma e relaxante individualizada (instrumental com 60 a 80 batimentos por minutos) no pós-operatório.
POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos com doentes submetidos a cirurgia electiva major, sob anestesia geral, com analgesia prescrita (PCA ou opióides) • Avaliação da intensidade da dor no pós-operatório através de instrumentos adequados (como a escala visual analógica) e a quantidade de analgesia realizada; • Preferencialmente artigos com estudos de investigação – ensaios clínicos randomizados.
AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • 6 artigos sobre ensaios clínicos randomizados
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Nilsson <i>et al</i> (2001) – a intensidade de dor no 1º dia pós-operatório foi inferior no grupo experimental, assim como menos fadiga, não existindo diferenças relativamente a náuseas, bem-estar e administração de ketamina; • Nilsson <i>et al</i> (2003) – a intensidade de dor pós-operatória foi inferior no grupo experimental, não se evidenciando diferenças relativamente a ansiedade, náuseas, bem-estar, fadiga, cefaleias, alterações urinárias e à administração de morfina; • Nilsson <i>et al</i> (2005) – a intensidade de dor, a dose de morfina e o cortisol foram inferiores no grupo experimental; • Good at al (1999) – a intensidade de dor foram inferiores no grupo de controlo, bem como a frequência cardíaca e respiratória; • Masuda <i>et al</i> (2005) – a intensidade de dor após a intervenção revelou-se inferior no grupo experimental; • Laurion & Fetzer (2003) – os dados não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos relativamente à dor, náuseas ou episódios de vômitos.

Quadro 14 – Análise comparativa dos resultados dos artigos selecionados

	Good & Sukhee Ahn (2008)	Hook, Songwatha, Wongchana & Petpichetchian (2008)	Nilsson (2008)	Allred, Byers & Sole (2010)	Sen, Yanarates, Sizlan, Kilic, Özkan & Dağli (2010)	Binns-Turner, Law Wilson, Pryor; Boyd & Prickett (2011)	Cutshall et al. (2011)	Lin, Lin, Huang, Hsu and Lin (2011)	Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2011)	Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2011)	Ignacio, Chan, Teo, Tsen, Raymond (2012)	Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Kokki & Vehviläinen-Julkunen (2012)	Economidou, Klimi, Vivilaki, Lykeridou (2012)
Intensidade de dor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
Analgésicos		X	✓	X	✓						X	X	
Ansiedade		✓	✓	✓		✓	X	✓			X		X
Ansiolíticos			✓										
Frequência cardíaca			X			X		X		X			
Frequência respiratória			X							✓			
Tensão arterial sistólica			X					✓		✓			
Tensão arterial média			✓	X		✓							
Tensão arterial diastólica			X					X		X			
Cortisol, norepinefrina e epinefrina								X					✓
Satisfação da intervenção				✓	✓	✓	X				✓		
Tempo de internamento						✓						X	

Legenda: ✓ – a música diminui

X – avaliado no estudo, mas sem resultados estatisticamente significativos

Os 13 artigos encontrados refletem a implementação de música em contexto do pós-operatório, apesar de cinco iniciarem a aplicação da mesma no período pré-operatório e a prolongarem posteriormente no período pós-operatório. Os artigos encontrados são oriundos dos Estados Unidos da América (5), Finlândia (3), Turquia (1), Malásia (1), China (1) República de Singapura (1) e Grécia (1). Relativamente ao desenho metodológico quatro artigos apresentam estudos quasi-experimentais, sete eram estudos experimentais e dois referiam-se a revisões sistemáticas da literatura.

Relativamente aos efeitos terapêuticos da música, todos procuram determinar o efeito da música no controlo da dor do doente no pós-operatório, no entanto, há outros efeitos estudados. São eles quantidade de analgésicos administrados, a diminuição da ansiedade e da administração de ansiolíticos, os efeitos da música sobre os parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória e tensão arterial), os efeitos da música sobre o cortisol, norepinefrina e epinefrina, a satisfação com a intervenção e a diminuição do tempo de internamento devido à sua utilização.

Os estudos apresentados foram realizados a doentes submetidos a diferentes procedimentos cirúrgicos, tais como: cirurgia abdominal, cirurgia ginecológica, cesariana, mastectomia, cirurgia cardíaca, cirurgia ginecológica, cirurgia ortopédica e cirurgia à coluna vertebral.

Em geral, os estudos utilizaram composições musicais, com sons de baixa amplitude, com o mínimo de precursão, ritmo musical simples e relaxante com frequências de tempo de aproximadamente 60 a 80 batimentos por minuto. O tempo de exposição à música pelos participantes dos diferentes estudos variou entre 20 minutos a 8 horas. O tipo de música aplicado foi diversificado, no entanto em todos os estudos foi dada a opção ao participante em escolher a composição musical que mais gostaria, de uma seleção de músicas previamente preparadas.

Olhando agora em particular para os resultados dos artigos estudados Quadro 14, constatamos que relativamente aos efeitos da música sobre a intensidade da dor, que esta é eficaz na sua redução tendo sido comprovado em 92,3% dos estudos encontrados (Artigos n.º 1 a 10, 12 e 13).

Relativamente à quantidade de analgésicos administrados, verifica-se que dos seis artigos que estudaram esta variável apenas dois mostraram que existia uma redução do seu consumo, o que significa que apenas em 20% dos artigos isto foi possível de confirmar. No que se refere à influência da música sobre a ansiedade dos oito artigos que estudaram o efeito da música sobre a esta variável, 87,5% afirma que se reduz pela

aplicação. Quanto à administração de ansiolíticos, apenas um artigo estudou esta variável tendo concluído que a música permite uma redução da quantidade administrada. No que concerne aos parâmetros fisiológicos e analíticos os resultados encontrados são variados:

- Frequência cardíaca: dos quatro artigos que estudaram a influência da música sobre a frequência cardíaca, nenhum apresentou dados que se revelassem estatisticamente significativos (Artigos n.º 3, 6, 8 e 10);
- Frequência respiratória: dois artigos estudaram a influência da música sobre a frequência respiratória, tendo apenas um verificado que a música permite reduzir os seus valores (Artigos n.º 3 e 10);
- Tensão arterial sistólica – dos três artigos que estudaram a influência da música sobre a tensão arterial sistólica, 66,7% refere que a música reduziu a tensão arterial sistólica (Artigos n.º 3, 8 e 10);
- Tensão arterial média – três artigos estudaram a influência da música sobre a tensão arterial média, 66,7% concluíram que a música permite a sua redução (Artigos n.º 3, 4 e 6);
- Tensão arterial diastólica – dos três artigos que estudaram a influência da música sobre a tensão arterial diastólica, nenhum apresentou dados que se revelassem estatisticamente significativos (Artigos n.º 3, 8 e 10);
- Cortisol, norepinefrina e epinefrina – dois artigos estudaram o efeito da música sobre os valores de cortisol, norepinefrina e epinefrina, sendo que apenas um dos artigos demonstrou haver uma diminuição destes parâmetros (Artigos n.º 8 e 13);

No que diz respeito à satisfação dos doentes com a intervenção a que foram submetidos cinco artigos estudaram esta variável, concluindo, em 80% que a música é satisfatória para o doente (Artigos n.º 4 a 7 e 11). Relativamente ao tempo de internamento dos dois artigos que estudaram este fenómeno apenas um deles constatou que existiu uma redução do tempo permanência na unidade de recuperação pós-operatória (Artigos n.º 6 e 12).

CONCLUSÕES

Por meio desta revisão da literatura foi possível constatar que a música é uma intervenção possível de ser utilizada no período pós-operatório, tratando-se de uma intervenção relativamente simples e segura, que não necessita de elevados conhecimentos em música nem de recursos dispendiosos. Em relação à questão norteadora desta revisão: “*Qual o efeito terapêutico da música na dor dos doentes no pós-operatório?*” os resultados revelaram os seguintes efeitos terapêuticos.

Independentemente do tipo de música escolhida, a sua aplicação é eficaz na diminuição da dor pós-operatória, sendo isto demonstrado em 92,3% dos estudos, para além disso, provoca uma diminuição dos níveis de ansiedade demonstrada por 87,5% dos estudos e aumenta os níveis de satisfação com os cuidados demonstrada por 80% dos estudos. No que diz respeito à influência ao nível da redução do consumo de medicamentos analgésicos e a nível dos parâmetros fisiológicos (tensão arterial sistólica, tensão arterial diastólica, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, níveis de cortisol, norepinefrina e de epinefrina) os dados encontrados não são conclusivos, pelo que, se verifica a necessidade de produzir mais investigação sobre este assunto.

Apesar de não aparecer relatado ao longo da revisão narrativa, por não ser um dado mensurável, gostaria de referir que os estudos aconselham que a música deveria ser oferecida na prática clínica da enfermagem como um complemento da intervenção de enfermagem para o controlo e tratamento da dor a todos os doentes submetidos a cirurgia e que se encontram em recuperação pós-operatória. Uma vez que esta não é uma prática comum no seio da comunidade dos profissionais de enfermagem, seria interessante abordar esta temática durante o curso de enfermagem e incentivar os futuros profissionais a utilizarem técnicas não farmacológicas no controlo da dor, que promovessem a autonomia profissional.

Finalizo com a convicção que a aplicação de música nos cuidados de saúde é uma técnica útil, capaz de induzir bem-estar e promover mais rapidamente a recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allred, K. D., Byers, J. F. & Sole, M. Lou. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Management Nursing*, 11 (1), 15–25. DOI:10.1016/j.pmn.2008.12.002
- Binns-Turner, P., Wilson, L., Pryor, E., Boyd, G. & Prickett, C. (2011). Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy. *AANA Journal*, 79 (4 Suppl), S21–27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403963>
- Cutshall, S., Anderson, P., Prinsen, S., Wentworth, L., Olney, T., Messner, P. K., ... Bauer, B. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17 (4), 16–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22314630>
- Economidou, E., Klimi, A., Vivilaki, V. G. & Lykeridou, K. (2012). Does music reduce postoperative pain? A review. *Health Science Journal*, 6 (3). Disponível em: <http://www.hsj.gr/volume6/issue3/631.pdf>
- Good, M. & Ahn, S. (2008). Korean and american music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 9 (3), 96–103. DOI:10.1016/j.pmn.2008.02.002
- Hook, L., Songwathana, P. & Petpichetchian, W. (2008). Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (4), 259–271. Disponível em: <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TJNR/article/download/2478/2408>
- Ignacio, J. J., Chan, M. F., Teo, S. H., Tsen, L. M. M. & Goy, R. (2012). Research in brief - The effect of music on pain, anxiety, and analgesic use on adults undergoing an orthopaedic surgery: A pilot study. *Singapore Nursing Journal*, 39 (4), 49–52. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=69dd669b-18cc-4f0a-bd17-f94aa24f0b2c%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4114>

- Lin, P. C., Lin, M. L., Huang, L. C., Hsu, H. C. & Lin, C. C. (2011). Music therapy for patients receiving spine surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7-8), 960–968. DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x
- Nilsson, U. (2008). The anxiety - and pain-reducing. Effects of Music Interventions: a systematic review. *AORN Journal*, 87 (4), 780–807. DOI:10.1016/j.aorn.2007.09.013.
- Sen, H., Yanarateş, O., Sızlan, A., Kılıç, E., Ozkan, S. & Dağlı, G. (2010). The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22 (4), 145–150. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153932>
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>
- Vaajoki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A. M., Kokki, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The impact of listening to music on analgesic use and length of hospital stay while recovering from laparotomy. *Gastroenterology Nursing*, 35 (4), 279–284. DOI:10.1097/SGA.0b013e3182608fc1
- Vaajoki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A. M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Music as a nursing intervention: effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients. *Nursing & Health Sciences*, 13 (4), 412–8. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00633.x
- Vaajoki, A., Pietilä, A. M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (5-6), 708–717. DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.03829.x

Apêndice II – Relatório da história e missão e estrutura organizativa e funcional da unidade de dor nível II

UNIDADE DE DOR NÍVEL II

1- Breve Resenha Histórica

A Unidade de Dor está em funcionamento desde 1993, tendo passado por diferentes fases de funcionamento e desenvolvimento.

Nasce em Março de 1992 com o nome de Unidade de Analgesia do Pós-Operatório iniciando a sua atividade, por forma a responder às necessidades sentidas dentro da instituição e com o objetivo de obter o controlo da dor a doentes internados do foro cirúrgico. Era uma unidade do serviço de anestesia, sem localização física definida, tendo como equipa uma anestesista e uma enfermeira. Em Novembro de 1993, dado o desenvolvimento do seu trabalho, vê a sua estrutura física ser definida e a equipa de saúde aumentada, passando esta a integrar, para além dos elementos atrás referidos, um médico de medicina interna, um neurologista e uma psicóloga. O objetivo inicial manteve-se fundamentalmente o mesmo, mas a unidade alargou o seu campo de ação, passando a assistir, para além dos doentes com dor aguda, doentes com dor crónica, em regime de ambulatório e de internamento. No ano de 1996, muda de instalações, fixando-se definitivamente nos espaços físicos que até hoje ocupa e em 1999 a equipa da unidade volta a crescer, passando a incorporar mais dois enfermeiros, uma auxiliar de ação médica e uma secretária de unidade que é partilhada com outros serviços. Este aumento da equipa e reconhecimento do trabalho desenvolvido acontece numa altura em que a nível nacional, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconhece a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal, e que culminou com o despacho do Ministério da Saúde, onde é criado o dia Nacional de Luta Contra a Dor, com o intuito de sensibilizar a população e os profissionais de saúde para a importância do adequado controlo da dor. Em Janeiro de 2000 a Unidade de Dor abandona definitivamente o tratamento dos doentes com dor aguda e dedica-se em exclusivo ao tratamento dos doentes com dor crónica. Esta reorganização surge na sequência da publicação do Plano Nacional de Luta contra a Dor (DGS, 2001) no qual constavam as diretrizes sobre a estrutura e organização das unidades de dor em unidades de dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor associada ao parto, passando a dor aguda para a competência em exclusivo do serviço de anestesia do hospital. Com esta reorganização a atividade assistencial ao doente com dor crónica é ampliada, para áreas de intervenção, onde não só se promove a diminuição do impacto da dor crónica, a nível físico mas também psicossocial, com a admissão na

equipa de outros técnicos (musicoterapeuta, terapeuta de reiki). A atividade formativa é também alargada permitindo a realização de estágios clínicos tanto de enfermeiros como de médicos no regime de internato da especialidade de anestesia e de clínica geral, para além disso inicia a sua participação em estudos de investigação clínica farmacológica, fases II e III. Desde 2008 até ao presente, a Unidade de Dor passa a classificar-se como Unidade Multidisciplinar de Dor nível II, de acordo com os parâmetros definidos no PNLCD (DGS, 2001) e pelo Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013), funcionando de forma autónoma e hierarquicamente independente do serviço de anestesia.

2- Missão, objetivos da Unidade de Dor nível II

Atualmente a unidade de dor nível II tem como missão: prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados à Unidade de Dor portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), quer em regime de internamento ou em ambulatório, tendo como referência a população da área de influência do Hospital¹.

Como objetivos pretende:

- Avaliar e diagnosticar a história clínica da dor (incluindo a dor primária e as dores secundárias), início e possíveis causas da dor, através de exame físico geral e algíco em particular e suas respostas comportamentais assim como avaliação psicológica da pessoa com dor;
- Intervir e interpretar tratamentos prévios para a dor e respostas a esses tratamentos, analisando a medicação instituída, reavaliando o risco/ benefício da medicação a instituir e eventuais interações medicamentosas, realizando procedimentos farmacológicos e não farmacológicos invasivos e não invasivos, e ensinando os doentes e acompanhantes sobre gestão do regime terapêutico instituído.
- Apoiar a atividade formativa, colaborando regularmente em estágios de Pós-Graduação em Dor Crónica de internos da especialidade de anestesia, e do Curso de Pós-Graduação da Medicina da Dor, mas também de estudantes do curso de

¹ Informação retirada da página na internet da instituição hospitalar onde foi realizado o estágio, acedido a 01-11-2013.

licenciatura em enfermagem e dos cursos de Especialidade e Mestrado em Enfermagem.

3- Caracterização da população atendida

Inclusa no hospital, a Unidade de Dor abrange uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes. Tendo em conta a única casuística publicada e realizada de forma aprofundada sobre a população atendida na unidade, elaborada por Martins (2009), verificava-se que no ano de 2008 existiam 968 processos ativos na Unidade Dor correspondendo a 75% de doentes do sexo feminino e 25% do sexo masculino, situados numa faixa etária dos 55-65 anos de idade. A maioria tinha dor de origem não oncológica (66,73%), enquanto os doentes com dor de origem oncológica representavam 33,27%.

Estes resultados são ainda coerentes com a casuística realizada aos meses de Setembro e Outubro de 2013 apresentada em formação de serviço no dia 28 de Outubro 2013 na unidade de dor e que tive a oportunidade de assistir. Existia no entanto uma significativa alteração relativamente à patologia de base dos doentes atendidos, verificando-se que 68% dos doentes totais atendidos (ambulatório + internamento) apresentavam dor relacionada com doença oncológica.

4- Localização e descrição física da Unidade de Dor nível II

A Unidade de Dor nível II encontra-se localizada no 8º piso da instituição ao qual se acede por escadas ou elevadores. Partilha o piso com outras consultas como a de Oncologia, Hospital de Dia Oncológico e o serviço de internamento de Pneumo-oncologia, partilhando a sala de espera com eles.

A unidade possui apenas três salas, forçosamente polivalentes na função e no profissional que a utiliza para a atividade profissional, pois em cada uma decorrem diferentes atividades ao longo do dia de acordo com as necessidades da equipa e dos utentes, embora haja uma organização de trabalho ligados à função, pois a sala 1 é preferencialmente utilizada como gabinete de trabalho da enfermeira chefe, sala de reuniões e de realização das consultas, tanto médicas, como de enfermagem e ainda na realização de alguns tratamentos. A sala 2 é utilizada como gabinete de trabalho da diretora clínica, realização de ações de formação em serviço, reuniões e consultas médicas e de enfermagem. Acomoda uma pequena biblioteca muito orientada e vocacionada para a problemática da dor, onde profissionais e alunos recorrem sempre

que necessário. A sala 3 é utilizada maioritariamente como sala de tratamentos, e pontualmente como gabinete de consulta médica ou de enfermagem.

Face às limitações de espaço verifiquei ao longo do estágio que ocorrem alguns constrangimentos ao bom funcionamento da unidade de dor. A multiplicidade de intervenções (médicas ou de enfermagem) que decorrem muitas vezes em simultâneo e na mesma sala condiciona o princípio ético fundamental da preservação da confidencialidade e da privacidade do doente/família, tal como está consagrado no Código Deontológico Médico (Regulamento n.º 14/2009, 2009) e no Código Deontológico da Enfermagem (Lei n.º 111/2009, 2009). No entanto, constatei com satisfação que apesar do espaço físico da Unidade de Dor ser algo limitado, que foram estabelecidas algumas regras e cuidados para minimizar esta situação, tais como a coordenação das atividades sempre que possível em horários diferentes, se existe mais que um tratamento a decorrer no mesmo espaço é colocado um biombo entre os doentes, se a sala está ocupada é colocada uma sinalética na porta identificando que esta está em utilização mas se mesmo assim for necessário utilizar a sala existe o cuidado de bater à porta e pedir autorização para entrar sendo cordial e respeitando os doentes e demais profissionais. Esta situação/problema levou-me a refletir sobre os cuidados que presto no meu local de trabalho, em especial na URPA e como posso respeitar a singularidade e autonomia individual do doente, cumprindo um dos requisitos do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

5- Equipa Multidisciplinar

A equipa multidisciplinar é constituída por dezasseis elementos equipa é constituída por quatro anestesistas, cinco enfermeiras, uma psicóloga, uma dietista, uma assistente social, um neurocirurgião e uma oncologista, duas auxiliares de ação médica e uma assistente administrativa. Da equipa, ainda fazem parte, em regime de voluntariado, uma musicoterapeuta, um técnico de análises clínicas que realiza Reiki e uma médica de clínica geral e familiar que executa mesoterapia.

A planificação das consultas realizadas pela equipa encontra-se distribuída da seguinte forma apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Planificação das consultas realizadas pela equipa da unidade de dor

CONSULTA	PROFISSIONAIS	PERIODICIDADE
Consulta Multidisciplinar com Oncologia	Oncologista, assistente social, psicóloga, enfermeiro e médico da unidade de dor	Bimensal
Consulta dietética	Dietista	
Musicoterapia	Musicoterapeuta	De acordo com disponibilidade da voluntária
Consulta Externa	Médicos	Diária
Consulta Psicologia	Psicóloga	
Consulta telefónica	Enfermeiros e médicos da unidade de dor	
Hospital dia de medicina dor	Enfermeiros e médicos da unidade de dor	
Consulta de enfermagem de acolhimento	Enfermeiros	
Acompanhamento e visita a doentes internados	Enfermeiros e médicos da unidade de dor	
Consulta Multidisciplinar com Neurologia	Neurologista, neurocirurgião, assistente social, psicóloga, enfermeiro e médico da unidade de dor	Mensal
Psicoterapia de grupo	Psicóloga	Semanal
Mesoterapia	Médica de Medicina Geral e Familiar	
Reiki	Técnico de reiki	
Acupuntura	Médica da unidade de dor	

6- Acessibilidade e Circuito do Percurso do Doente na Unidade de Dor

A acessibilidade à Unidade de Dor acontece exclusivamente por referência médica, feita em impresso próprio, pelo médico assistente de medicina geral e familiar (se referência extra-hospitalar) ou pelo médico assistente de especialidade (se referência intra-hospitalar). Para tal acontecer os doentes devem apresentar um ou mais dos seguintes critérios de referência²:

² Informação retirada da página na internet da instituição hospitalar onde foi realizado o estágio, acedido a 01-11-2013.

- Doente portador de síndrome doloroso que foi adequadamente avaliado e com dor refratária a tratamentos convencionais;
- Significativa disrupção das atividades de vida diária por causa da dor;
- Doente que necessite de diagnóstico quanto ao provável síndrome doloroso;
- Perturbações de comportamento em doentes com dor crónica e com fraco *coping*.

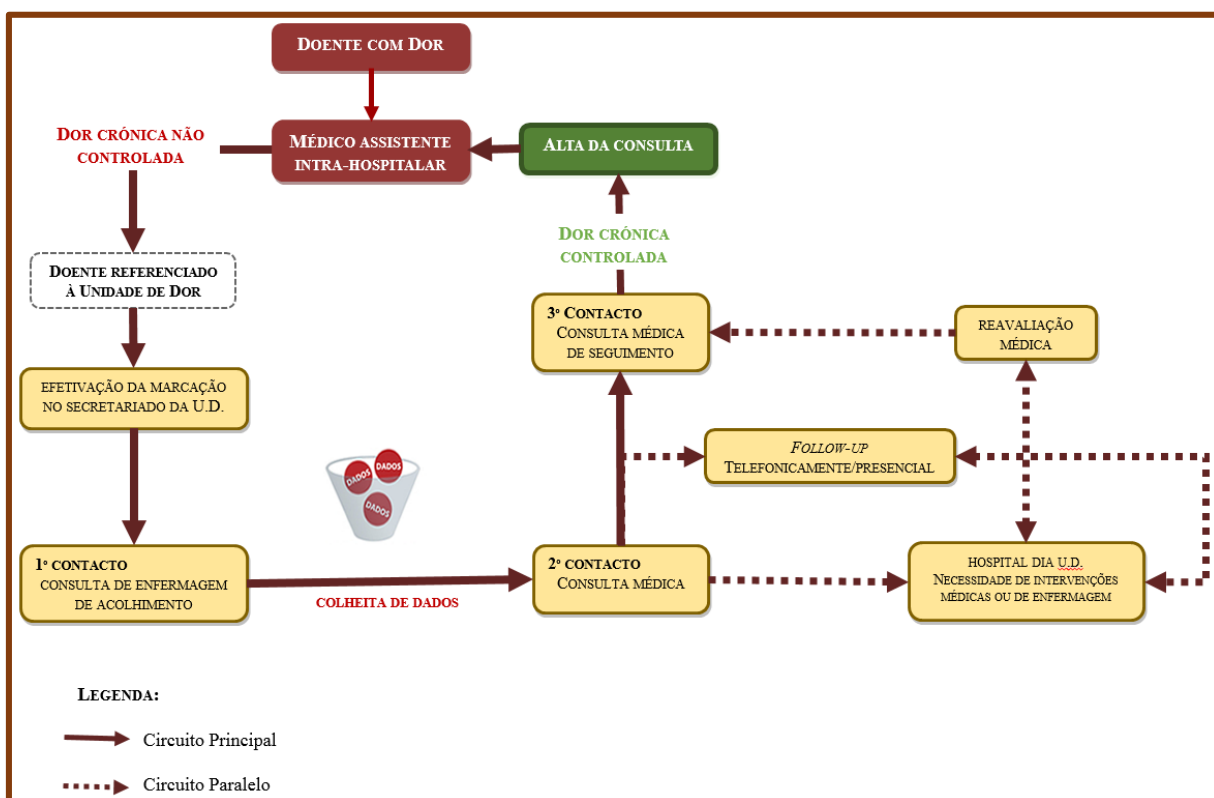
Após referenciação, o doente deve dirigir-se ao secretariado da unidade de dor onde deve efetivar o pedido de marcação da consulta, que dá origem ao atendimento do doente em consulta de acolhimento.

Neste primeiro contacto é estabelecido, com o utente, uma abordagem mais cuidada e alargada no tempo, até porque, há necessidade, não só de explicar o funcionamento da unidade mas, ao mesmo tempo, de colher dados que visem perceber a história individual da dor. O doente é inicialmente acolhido pela equipe de enfermagem, onde uma enfermeira realiza a entrevista de acolhimento, sendo depois atendido pelo médico que continua a avaliação do doente e estabelece o plano terapêutico mais adequado. Durante a consulta médica poderá surgir a necessidade de apoio da enfermeira. Nesta altura as enfermeiras deslocam-se ao gabinete de consulta ou, caso o tratamento necessite de um espaço mais adequado, o doente deslocar-se-á para a sala 3, onde serão realizadas as intervenções necessárias ao controlo da dor.

Após a consulta de enfermagem e médica, o doente poderá ter um dos seguintes percursos: marcação de uma consulta de *follow-up* na unidade de dor ou ter alta da unidade de dor com encaminhamento para o médico assistente.

O *follow-up* dos doentes que permanecem na unidade de dor é realizado presencialmente nas consultas de seguimento, ou por contacto telefónico dos doentes. Nesse momento é reavaliada a situação problema atual descrita pelo doente aos enfermeiros e estabelecido um plano de atuação adequado aos comportamentos desadaptados identificados acionando os elementos da equipa multiprofissional. Para melhor compreender o percurso do doente na unidade, elaborei um esquema com o circuito tipo que o doente extra-hospitalar pode percorrer na unidade e que está representado na figura 1. Dada a multiplicidade de situações que podem ocorrer, foquei a minha atenção no circuito tipo de um doente na unidade, deixando de fora o circuito intra-hospitalar.

Figura 1 – Circuito tipo do doente extra-hospitalar com dor não controlada



7- Funcionamento e atividades de enfermagem na unidade de dor

Tendo em conta que um dos objetivos delineado para o estágio na Unidade de Dor passava por entender a dinâmica do trabalho de enfermagem na prestação de cuidados ao doente com dor crónica oncológica, considerei importante desenvolver um ponto neste relatório onde fossem descritas as principais atividades de trabalho da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao doente com dor crónica oncológica, explorando o modelo de abordagem no atendimento de doentes com cancro e suas famílias, tal como vem referido no perfil de competências da EONS (2013).

Em relação ao funcionamento da equipa de enfermagem, o método de distribuição trabalho funciona com método em equipa, o que a meu ver se adapta à realidade do atendimento ao doente, promovendo uma visão integrada e holística no atendimento ao doente tal como é defendido pela EONS (2013). No que respeita aos registos de enfermagem é utilizada a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.2 que se encontra-se em fase de adaptação e transição de suporte escrito para suporte de informático. Quando adaptada a suporte informático permitirá avaliar rapidamente os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

através das respostas às intervenções de enfermagem, tendo por base os diagnósticos elaborados pelo enfermeiro.

A equipa de enfermagem desenvolve as suas atividades todos os dias úteis, das 8h00 às 18h30 de segunda a quinta e das 8h00 às 17h00 à sexta-feira. Entre elas contam-se as consultas de enfermagem, atendimento no hospital dia e na consulta telefónica e acompanhamento dos doentes internados nas unidades de internamento com situações de dor crónica não controlada, em que foi solicitada a intervenção da Unidade de Dor. Para além destas atividades, a equipa de enfermagem participa ainda nas reuniões multidisciplinares, promove formação em serviço, e colabora a par da equipa médica da unidade de dor na organização das Jornadas Anuais da Unidade de Dor, que conta já com a sua 22ª edição.

7.1. Consulta de Enfermagem de acolhimento

Quando um doente se dirige pela primeira vez à unidade de dor é acolhido em consulta de enfermagem de primeira vez. A enfermeira torna-se a “porta de entrada” e o primeiro contacto da pessoa com dor na unidade. Neste momento é realizada uma entrevista de enfermagem. Com esta entrevista pretende-se apresentar sumariamente o funcionamento e organização da Unidade de Dor ao doente e família, ao mesmo tempo que é feita uma colheita de dados, onde constam entre outros, dados biográficos do doente, dados do ambiente sociocultural do doente, da sua história de saúde com particular interesse na sua história de dor, as atividades de vida diária, assim como é realizada uma observação física e emocional. Estes dados são registados em folha própria de enfermagem que é anexada ao processo do doente.

Neste momento que é também facultado um Guia de Acolhimento em suporte de papel onde constam algumas informações que foram dadas verbalmente, e onde estão registados os contatos telefónicos diretos da unidade assim como os nomes dos profissionais, para que o doente fique com a informação sistematizada para que o doente possa recorrer ao mesmo para esclarecimento de dúvidas.

7.2. Hospital de dia

O hospital de dia funciona diariamente tendo o mesmo horário da unidade de dor. Desenvolve a sua atividade na sala 3, que se encontra equipada com todo o material

necessário para avaliação, monitorização, vigilância e realização de técnicas analgésicas, garantindo a segurança do doente durante os procedimentos.

Apresenta duas modalidades de funcionamento:

- Regime de atendimento programado: para os doentes que se encontram em consulta médica e necessitam de intervenções invasivas para o controlo da dor e ainda para os doentes que se dirigem à unidade de dor com guias de tratamento previamente agendadas pela equipa médica.
- Regime de atendimento não programado: para os doentes que apresentam um agravamento da síndrome doloroso.

A equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades do plano de cuidados/ intervenções multidisciplinares e tratamentos planeados, executa-os autonomamente ou em interdependência com outros profissionais. Todos os tratamentos realizados em hospital de dia são dirigidos ao controlo e tratamento da dor do doente com dor crónica. São exemplos de alguns desses tratamentos a realização de sessão de diatermia, colocação e preparação de DIB (Drug Infusion Balloon), de PCA (*Patient Controlled Analgesia*), bloqueio de nervos do sistema nervoso autónomo, bloqueio de nervos periféricos, bloqueio do neuroeixo, aplicação de estimulação elétrica transcutânea, titulação analgésica endovenosa, aplicação de pensos cutâneos de Qutenza (capsaicina 8%) e de opióides, entre outros.

Para além da realização dos tratamentos supracitados, os enfermeiros ainda preparam e fornecem medicação transdérmica e oral a doentes referenciados por carências económicas e que estão a ser acompanhados na unidade de dor, promovem o apoio psico-emocional a todos os doentes ao mesmo tempo que ensinam estratégias de enfrentamento para promover uma adaptação positiva na gestão da dor, tais como, ensino ao doente sobre avaliação de dores irruptivas, como administrar medicação analgésica de SOS, como manter o regular funcionamento intestinal, qual a alimentação mais adequada, entre outros. Muita da informação prestada é acompanhada por panfletos informativos criados pela equipa de enfermagem e que é dada ao doente ou familiar de referência para sistematizar a informação dada. Todas as estratégias propostas e tratamentos realizados são registados no processo do doente garantindo desta forma a continuidade da prestação de cuidados.

E de relevar que todas as intervenções desenvolvidas pela equipe de enfermagem são acompanhadas por uma elevada competência técnica e de uma enorme

disponibilidade humana, verificada através da relação empática que é estabelecida com doente e sua família, nos diferentes momentos de atendimento do hospital de dia.

7.3. Consulta Telefónica de Dor

A consulta telefónica da unidade dor existe desde 1995, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados ao doente e família com dor crónica em casa, ajudar no controlo da dor, efetuar o despiste precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos, assim como dar apoio emocional ao doente e família com dor crónica. Funciona como uma “porta aberta” à unidade, transmitindo segurança ao doente e família assim como aos profissionais.

O horário de funcionamento da consulta telefónica encontra-se sobreposto ao horário de funcionamento da unidade de dor e o atendimento telefónico é realizado por uma das enfermeiras através de um telefone portátil, que está sempre na sua posse. De acordo com o observado em estágio, as chamadas telefónicas são recebidas a um ritmo constante com maior incidência no período da manhã. A grande maioria dos contactos telefónicos é realizada pelo próprio doente, sendo que os motivos mais frequentes para o contacto passa pela necessidade de apoio emocional tanto ao doente como à família, o esclarecimento e pedido de informações, exacerbação das queixas de dor, comunicação de efeitos secundários dos medicamentos e pedidos de medicação.

7.4. Acompanhamento e visita a doentes Internados com dor crónica

O acompanhamento aos doentes internados (independentemente do serviço) ocorre sempre que se verifica o pedido de colaboração para o tratamento de dor crónica de um doente, realizado através de um formulário escrito pelo seu médico assistente à unidade de dor.

Quando ocorre um pedido de colaboração, o doente é visitado por um médico e um enfermeiro da unidade de dor, a fim de avaliar o seu quadro doloroso e é iniciado um plano terapêutico que vá ao encontro das suas necessidades. Após este primeiro contacto o doente passa a ser visitado todos os dias, pela enfermeira e pelo médico da unidade que em conjunto com o doente, estabelecem a melhor estratégia de tratamento da dor.

De acordo com a reavaliação das características da dor, mas também da análise dos efeitos secundários da medicação prescrita, reajusta-se a terapêutica medicamentosa, tendo em conta as alterações ocorridas no estado de saúde do doente

que possam potenciar a ocorrência de dor, assim como o estado psicológico e emocional do doente para que de forma concertada com a equipe de enfermagem e médica do serviço de internamento, se possa atuar para promover a adaptação à dor do doente visitado.

Sempre que seja necessário, a equipa consulta o processo clínico e pede a colaboração da equipa do internamento, em especial da equipa de enfermagem, uma vez que estes são os elementos que se encontram constantemente no serviço e junto do doente, para fornecer outros dados que sejam relevantes do estado de saúde do doente. Esta atividade decorre todos os dias úteis, iniciando-se no período da manhã, até estar concluída a visita a todos os doentes internados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

European Oncology Nursing Society. (2013). *European Oncology Nursing Society Cancer Nursing Curriculum 2013* (Vol. 2013). Brussel: European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain. Disponível em:
<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550

Martins, M. M. A. M. (2009). *A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente/família com dor crónica*. Universidade Aberta. (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório Aberto da Universidade Aberta. Disponível em:
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1473/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Madalena%20Martins.pdf>

Regulamento n.º 14/2009 (2009). Código Deontológico Médico, Diário da República II Série, N.º 8 (13-01-2009) 1355-1369

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf

Apêndice III – Síntese das escalas unidimensionais de avaliação de dor utilizadas na unidade de dor nível II

SÍNTESE DAS ESCALAS UNIDIMENSIONAIS DE AVALIAÇÃO DE DOR UTILIZADAS NA UNIDADE DE DOR NÍVEL II

Avaliar a dor é uma tarefa exigente que obriga a desenvolver perícia e a deter conhecimentos específicos por parte do profissional. Sabemos que, quanto melhor for a avaliação da dor mais fácil será adequar o tratamento (Pimenta & Ferreira, 2006). É, no entanto, uma tarefa difícil, mas relevante para o seu controlo.

Segundo a Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003 da DGS (2003), uma boa avaliação da dor deve ser efetuada de forma objetiva e continuada pelos profissionais de saúde de forma a obter uma gestão adequada da terapêutica, proporcionar segurança à equipa multidisciplinar e, assim, promover a melhoria da qualidade de vida do doente.

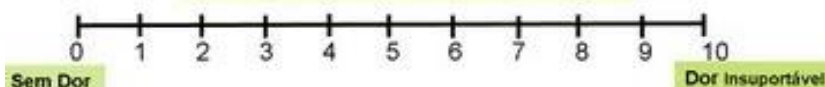
A Ordem dos Enfermeiros (2008) e Ritto *et al.* (2012), consideram que para se proceder a uma boa avaliação da dor deve ter-se em conta alguns princípios. Em primeiro reconhecer que a pessoa é a melhor avaliadora da sua dor, só ela a vive e conhece pelo que o auto relato deve ser privilegiado, acreditando sempre na pessoa sem fazer juízos de valor. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos tendo em conta as características da pessoa a avaliar (idade, capacidades cognitivas, capacidade de interpretação e comunicação e situação clínica), e devem ser utilizados com a frequência necessária para compreender se o nível de dor se manteve, diminuiu ou agravou. Para se proceder a esta análise deve ser utilizada por regra a mesma escala nas sucessivas avaliações sendo que em caso de alteração da situação clínica do doente, a mudança de escala deve ser justificada. Importa também que toda a equipa multidisciplinar deva ter formação sobre a escala aplicada ao doente, para que a medição da intensidade da dor seja a mais objetiva possível e o seu registo garanta a transmissão correta da informação avaliação.

Muitos são os instrumentos elaborados com intuito de facilitar a avaliação da dor. Os instrumentos podem ser de auto ou hétero avaliação, unidimensionais ou multidimensionais (Ordem dos Enfermeiros, 2008). As escalas unidimensionais apenas quantificam a intensidade da dor e são usadas em contextos clínicos para obter informações rápidas, sendo especialmente úteis para avaliar a dor aguda. Os instrumentos multidimensionais são utilizados para avaliar e medir as diferentes dimensões da dor (sensorial, afetiva, social...), sendo especialmente importantes na medição da dor crónica (Arantes & Maciel, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2008). Qualquer que seja a característica do instrumento de medição da dor, ele deve ser prático, fidedigno, sensível e válido (Sousa & Silva, 2005).

Uma vez que o tema deste relatório se debruça sobre a problemática da dor aguda, e o projeto que pretendo implementar no BO visa o seu controlo, irei apenas reportar-me as escalas de avaliação unidimensionais, referidas na circular normativa n.º 9 da DGS, mais adequadas à dor aguda. Estas escalas são instrumentos de auto avaliação e dão primazia à avaliação da intensidade da dor, o que na prática hospitalar é o aspeto mais aferido e que muitas vezes determina o tratamento analgésico a realizar (Sallum, Garcia & Sanches, 2012).

- **Escala Numérica** – Escala de autoavaliação, utilizada para população com idade igual ou superior a 6 anos de idade. Consiste numa régua dividida em 11 partes iguais, numerada de 0 a 10, em que 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 a classificação “Dor Máxima Insuportável”, pelo que a pessoa com dor deverá indicar qual o valor numérico correspondente à sua dor, tal como está representado na Figura 1 (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008);

Figura 1. Escala Numérica



Fonte: <http://margaridasemacao.blogspot.pt/2012/03/dor.html>

- **Escala Visual Analógica (EVA)** – Escala de autoavaliação, utilizada para população com idade igual ou superior a 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal ou vertical, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e noutra, a classificação “Dor Máxima”. A pessoa terá que sinalizar sobre a linha o ponto que representa a intensidade da sua dor como mostra a Figura 2 (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008);

Figura 2. Escala Visual Analógica



Fonte: <http://margaridasemacao.blogspot.pt/2012/03/dor.html>

- **Escala Qualitativa** – Escala de autoavaliação para população com idade igual ou superior a 4 anos de idade. Pode ser usada sem instrumento físico. Deve pedir-se à

peessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os adjetivos em baixo apresentados na Figura 3 (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008);

Figura 3. Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: DGS (2003)

- **Escala de Faces Wong Baker** – Escala de autoavaliação, utilizada para população com idade igual ou superior a 3 anos de idade ou em adultos que não consigam avaliar a sua dor através de outra escala. Para aplicar a escala é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, registando-se o número equivalente à face selecionada pelo doente tal como mostra a Figura 4 (DGS, 2003, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2008);

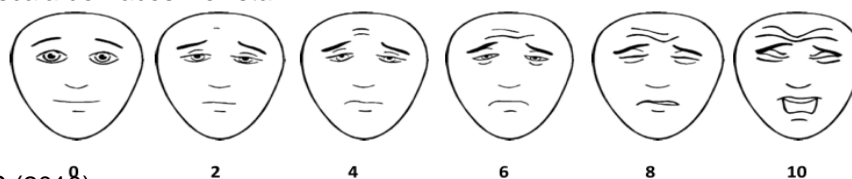
Figura 4. Escala de Faces Wong Baker



Fonte: <http://www.ib-u-ron.pt/a-dor/>

- **Escala de Faces Revista** – Escala de autoavaliação para população com idade igual ou superior a 4 anos de idade. A mímica facial é menos infantilizada e deve pedir-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, registando-se o número equivalente à face selecionada pelo doente na escala representada na Figura 5 (DGS, 2003, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2008);

Figura 5. Escala de Faces Revista



Fonte: DGS (2010)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arantes, A. & Maciel, M. (2008). Avaliação e Tratamento da Dor. In Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado Paliativo*. (p. 370-391). São Paulo: CREMESP, 2008.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Portugal. Disponível em:
[http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA](http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA)
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação da Direção Geral da Saúde n.º 14/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Portugal. Disponível em:
[http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-
informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pimenta, C. & Ferreira, K. (2006). Dor no doente com câncer. In C. Pimenta, D. Mota, D. Cruz (Ed.). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. (p. 124-166) São Paulo: Manole, 2006.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Dinis, L., Raposo, M., Pina, P., ... Faustino, S. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Grünenthal.
- Sallum, A., Garcia, D. & Sanches, M. (2012). Dor aguda e crónica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (Spe1), 150-154. DOI:10.1590/S0103-2100201200800023
- Sousa, F. & Silva, J. Mensurando Dor. *Revista Dor*, 6 (4) 680-687.

Apêndice IV – Reflexão sobre a prática de uma consulta de enfermagem de acolhimento a uma pessoa com dor oncológica não controlada – Ciclo de Gibbs.

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA DE UMA CONSULTA DE ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM DE UMA PESSOA COM DOR ONCOLÓGICA NÃO CONTROLADA – CICLO DE GIBBS

No dicionário de língua portuguesa da Porto Editora o termo acolhimento aparece descrito como o “ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo ou agasalho” (Porto Editora, 2013a, ¶3); e acolher significa dar guarida, refúgio, admitir em sua casa ou companhia, hospedar, receber, proteger” (Porto Editora, 2013b, ¶3). Como percebemos pela etimologia da palavra, acolher alguém implica necessariamente o envolvimento de duas pessoas, uma arte que não se limita à troca de informações, mas também de sentimentos e emoções (Fracollil & Zoboli, 2004; Ritto *et al.* 2012). De facto, o acolhimento é um cuidado de enfermagem, que é assumido como um “cuidado por excelência, síntese de algumas particularidades técnicas e duma grande carga de relação/comunicação” (Rodrigues, 1999, citado por Dutra, 2009, p. 43).

O acolhimento feito à pessoa na unidade de dor nível II é realizado através da entrevista de acolhimento que é conduzida por uma enfermeira da equipa e ultrapassa a simples recolha de dados biográficos e de história de saúde do doente. Com a entrevista pretende-se “receber” a pessoa e estabelecer com ela uma relação de proximidade e de confiança mútua que facilite a implementação e adesão ao plano terapêutico que será estabelecido, assim como atenuar o impacto de todo um mundo desconhecido sobre o doente. Assim é essencial que se estabeleça uma relação de empatia, respeito mútuo e confiança, elementos chave, que, vários autores, entre os quais Stefanelli (2005), dizem ser fundamentais para que a comunicação interpessoal e terapêutica seja adequada.

Durante o tempo de estágio tive a possibilidade de assistir e participar em onze consultas de acolhimento de enfermagem, inicialmente com uma posição de observadora, mas gradualmente adotando uma posição cada vez mais participante e contatei que os enfermeiros, para além de recolherem elementos fundamentais que caracterizem a experiência dolorosa da pessoa, que segundo Cardoso (1999), devem começar por uma história clínica cuidada que inclua, antecedentes pessoais (para conhecimento tanto da experiência dolorosa anterior como dos hábitos medicamentosos; avaliação psicossocial), história de doença atual (a sua evolução e terapêuticas efetuadas, com especial atenção para aquelas que possam contribuir para o alívio ou agravamento da dor, tais como radioterapia, quimioterapia, entre outras), e história da dor (características temporais, localização, intensidade, qualidade, fatores atenuantes e exacerbantes, sintomatologia

associada, invalidez resultante, interferências nas atividades de vida diárias, entre outros), recolhem também outros dados, tais como os comportamentos e sentimentos manifestados pelo doente, como forma de delinear a elaboração de um plano de enfermagem que responda à alteração dos comportamentos desadaptados da pessoa relativamente à sua dor, de acordo com os quatro modos adaptativos. Os dados recolhidos são escritos em folha de registo de enfermagem no processo do doente, de acordo com modelo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que se encontra em fase de implementação, como posterior recurso de informação e avaliação da evolução do doente.

Constatei ainda que, para além da recolha destes elementos fundamentais, os enfermeiros, detentores de uma grande experiência e perícia na abordagem ao doente crónica e sua família, complementam a entrevista, fornecendo outras informações como forma de facilitar uma melhor adaptação do doente à dinâmica e organização do funcionamento da unidade de dor. Estas informações incluem a apresentação da estrutura física e da equipa da unidade de dor assim como dos serviços prestados pela unidade, respetivos horários de funcionamento e formas de acessibilidade aos mesmos e são cruciais pois, deste modo, os enfermeiros demonstram abertura e disponibilidade em acompanhar o doente e família, posteriormente à vinda ao hospital. Para além disso o doente fica a perceber que ao ser acompanhado pela unidade de dor não ficará afeto a um único médico ou enfermeiro pertencendo ao conjunto destes profissionais, pelo que poderá ser atendido por um médico ou por um enfermeiro diferente cada vez que vier à consulta dor. Com esta estratégia e método de trabalho em equipa, constatei que o atendimento ao doente é mais célere, em especial quando o doente se dirige à unidade de dor de forma não programada, uma vez que os médicos e enfermeiros respondem ao problema levantado pelo doente e promovem o ajuste necessário para que o controlo analgésico seja o mais adequado possível. Os cuidados passam facilmente da fragmentação à continuidade garantindo ao doente o melhor atendimento possível com a equipa.

Nesta reflexão irei reportar-me a uma consulta de acolhimento que mereceu a minha atenção particular. Para melhor se perceber a situação parece-me revelante fazer o enquadramento sumário da história de saúde da doente, por forma a entender-se o porquê de refletir sobre esta situação específica.

A Senhora Dona Maria (nome fictício), 70 anos de idade, foi referenciada à unidade de dor através do Serviço de Oncologia Médica, tendo como única indicação escrita no

impresso de referenciação, dificuldade no controlo da dor. Os dados relativos à história da doença não se apresentavam muito pormenorizados, no entanto ficamos a saber que a Senhora tinha como diagnóstico base uma neoplasia de transição entre a sigmoide e o reto, que foi submetida a intervenção cirúrgica em Fevereiro de 2012, com colocação de colostomia. Fez tratamento adjuvante de quimioterapia (não especificado) que suspendeu por razões de descompensação analítica e de agravamento do estado geral (também não especificados). Atualmente apresenta uma recidiva do coto retal e carcinomatose peritoneal (sem indicação do estadiamento tumoral). Como habilitações literárias apresenta a 4ª classe de escolaridade está reformada de empregada de limpeza e viúva há 10 anos, vive atualmente na companhia da filha, do genro e do neto, desde que foi diagnosticada. Como antecedentes pessoais apresenta, diabetes melitus tipo II, hipertensão arterial, assim como um elevado grau de surdez motivado por um problema congénito de saúde que não sabe especificar. Medicada para a hipertensão com Indapamida 1,5mg (1 comprimido) uma vez dia e para a diabetes com Glimpirida 4mg (1 comprimido), uma vez dia. Faz como terapêutica analgésica Sevedrol 10mg em SOS e Trastec 35mcg.

A senhora dona Maria chega à sala de consulta em cadeira de rodas (utilizada apenas como forma de apoio para facilitar a deslocação intra-hospital) acompanhada pelo genro, a quem tinha dado o consentimento prévio para a acompanhar na consulta. Aparentava bom estado geral, sendo autónoma nas atividades de vida diária, com fácies sisudo e triste. A enfermeira dá início à entrevista de acolhimento, na sala 2 da unidade onde estavam garantidas as condições de privacidade e confidencialidade que o momento exigia. Foi pedida também autorização à doente para que eu pudesse estar presente como observadora, que foi assentido sem constrangimentos.

Antevendo-se uma grande dificuldade em recolher dados face às dificuldades auditivas da doente, a enfermeira enceta uma série de estratégias com vista a estabelecer um “diálogo” efetivo, privilegiando a recolha de dados diretamente da doente, tal como é aconselhado pela Ordem dos Enfermeiros (2008), mas esta não se revela fácil.

A estratégia inicial passou pela comunicação não-verbal através da escrita, na qual a enfermeira escrevia as questões num papel e as dava a ler à senhora para que depois ela as pudesse responder também de forma escrita. Contudo esta estratégia não foi eficaz. A Senhora tinha dificuldades na leitura e nem sempre conseguia compreender o que era questionado, revelando-se este processo muito moroso e pouco proveitoso. A estratégia seguinte passou pela utilização de gestos tal como sugerido pela DGS (2001)

no Plano Nacional da Luta Contra a Dor, e realização de desenhos e apresentação de imagens (escalas de dor) que possibilitassem a compreensão. O interessante deste momento deu-se quando a enfermeira apresentou as escalas de dor. Existe na unidade, por forma a facilitar a apresentação e a escolha da escala de dor pelo doente, um cartaz onde estão representadas no mesmo espaço a escala numérica, a escala visual analógica, a escala qualitativa e a escala de faces Wong Baker. Quando lhe foi apresentado o cartaz, a Senhora automaticamente percebeu o objetivo das imagens e identificou a sua dor, posicionando-se no nível de intensidade 8, segundo a escala numérica. Através desta resposta tão imediata, foi possível desenvolver um “diálogo” e quantificar a intensidade da dor em repouso e em movimento, a sua localização, o tipo de dor e qual a interferência nas suas atividades do dia-a-dia. Foi assim possível identificar a localização da dor na região perianal, tipo ardor ou sensação de aperto, com uma intensidade de 8 (EN) no momento da realização da entrevista mas que aumenta até 10 (EN) quando deambula ou se mantém sentada durante muito tempo.

Para além das estratégias atrás descritas, verifiquei que a enfermeira durante o desenrolar da consulta, recorreu também à comunicação não-verbal objetiva que se baseia na “capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais (...) que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo fâcies, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais do seu meio social, do espaço em que se situa” (Collière, 1999, p. 246), como manifestações sugestivas da dor ao mesmo tempo que mantinha uma postura que demonstrava disponibilidade e compreensão utilizando a todo o momento um tom de voz sereno e pausado, assim como o contacto direto com o olhar.

Eu, enquanto observadora de toda a dinâmica ocorrida na consulta, senti-me impotente e incapaz de ajudar. Percebi que se estivesse no papel da enfermeira não teria conseguido recolher os dados que ela tão astutamente conseguiu. A enfermeira, sustentada pela capacidade complexa e dinâmica da experiência a que os autores chamam de competência (Benner, 2001; Collière, 1999; Phaneuf, 2005), conseguiu desenvolver um trabalho excecional demonstrando uma enfermagem de qualidade, onde eu como enfermeira me pretendo encontrar.

Considero, no entanto que o meu papel enquanto observadora foi adequado. Durante o tempo da consulta, procurei conservar e manter uma postura compreensiva e compassiva, apesar de silenciosa que transparecesse uma mensagem que revelasse cuidado e atenção, não apenas com o que ela nos estava a tentar transmitir por gestos e sinais, mas também com as dificuldades em se exprimir e demonstrar as emoções, como

refere Phaneuf (2005). Isto porque, escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio utilizando gestos que expressem aceitação e perceber constitui não apenas olhar, mas identificar as diferentes dimensões do outro, por meio das suas experiências.

Durante a entrevista, constatei também que a enfermeira foi aproveitando momentos oportunos de “conversa” para realizar diversos ensinamentos, tal como aconselhado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001). Um dos primeiros ensinamentos foi sobre a auto avaliação da dor (localização, identificação e caracterização) e as formas de controlo dos estímulos desencadeantes da dor e dos sintomas que podem diminuir a sua tolerância. Para isso sugeri à Senhora e ao seu familiar que deveriam criar um “Diário de Dor” no qual a Senhora poderia registar os momentos em que a dor aparece e desaparece e a sua intensidade, bem como qual a medicação tomada para a controlar, assim como outros incidentes dignos de nota (Ordem dos Enfermeiros 2008). Em segundo, foi reforçando a ideia que o controlo da dor só seria bem-sucedido se o esquema analgésico, posteriormente instituído na consulta médica, fosse fielmente cumprido. Para isso entregou à senhora um panfleto onde se encontrava escrita a importância de cumprir o plano terapêutico, tendo sempre em atenção que no caso de dúvidas deveriam entrar em contacto, pessoalmente ou através de telefone, com a unidade de dor a fim de as esclarecer. Como diz Ritto *et al.* (2012, p. 306) “é possível, através do ensino, uma gestão adequada da medicação, nomeadamente da medicação analgésica de resgate, diminuindo os picos de dor e promovendo uma melhor qualidade de vida”.

Por fim e tendo em conta todas as dificuldades comunicacionais apresentadas durante a consulta, foi importante focar a atenção no género (familiar de referência), garantindo que este tinha compreendido todas as orientações e ensinamentos efetuados. Foi necessário lembrar de forma breve algumas das informações dadas e ainda valorizar a importância do apoio dos familiares em todo o processo que envolve o controlo da dor crónica. Sabemos que muitas vezes este é um processo demorado, onde cada doente responde de forma diferente à terapêutica analgésica, pela necessidade de titulações de doses frequentes e de ajustes de intervalos entre as doses, com o mínimo de efeitos secundários, mas é a família, que ao fazer parte deste processo facilita a sua implementação conduzindo à “autonomia do doente e do cuidador principal, promovendo o auto controlo da dor” Ritto *et al.* (2012, p. 307).

Terminada a consulta, e avaliando o que correu bem e o que correu menos bem, constatei que foi possível recolher os dados necessários para a caracterização e identificação da história de dor da Senhora que permitisse a implementação de um plano

de enfermagem, no entanto alguns aspetos ficaram por abordar. Faria sentido ter aproveitado o momento não só para compreender qual o objetivo e expectativas que a Senhora tinha quanto à redução da dor, quais os medos, ansiedade e stresse sentidos com a vivência da doença e conseqüentemente pela presença da dor, mas que face às limitações auditivas da doente, e o grau de desconhecimento destes assuntos tão íntimos por parte do genro, tornaram essa missão difícil de realizar. Para colmatar esta falha poder-se-ia ter incentivado a senhora a redigir um texto (em casa, num ambiente tranquilo, de acordo com o seu ritmo e vontade) no qual expressasse esses sentimentos assim como as implicações da dor no seu dia. Mas uma consulta de acolhimento não é um processo fechado e estanque. Este é um processo de construção partilhada entre o enfermeiro e o doente que vai além da aplicação sistemática de conhecimentos e / ou instrumentos, e que se prolonga no tempo e pelo tempo (Ritto *et al.*, 2012), pelo que num outro momento poderá ser apresentada esta sugestão, podendo desse modo, ser estabelecido um novo plano de ação de enfermagem com objetivos enquadrados dentro das expectativas da Senhora.

Em conclusão e tendo em contas as dificuldades que se anteviam, fiquei impressionada com o poder de comunicação que me foi possível de observar. Aparentemente tudo foi conseguido no momento exato, da forma correta, com o timbre perfeito, de uma forma única e adaptada à doente e ao seu familiar. Quanto a mim, percebi que apresentava uma enorme lacuna sobre as estratégias que deveria adotar para abordar doentes com problemas de comunicação. Considero que esta entrevista foi um momento único de aprendizagem, no qual dei por mim a refletir quantas vezes a minha comunicação com o doente não foi efetiva, ou que a mensagem não foi suficientemente explícita e que, por medo ou receio, o doente não tenha colocado questões e eu não tenha validado os ensinamentos realizados.

Infelizmente, e dado algumas condicionantes do meu ambiente laboral, a comunicação está bastante condicionada, quer pela ansiedade ou medo sentidos pela iminência da realização da cirurgia, quer pelo efeito da medicação anestésica e analgésica. Assim percebi que num doente com dificuldades de comunicação, posso optar por realizar uma heteroavaliação da dor, privilegiando e dando atenção particular ao comportamento do doente, analisando as expressões comportamentais de dor observáveis tais como a adoção de uma postura de proteção (resistência a certos movimentos), movimento de retirada perante estímulos dolorosos, agitação persistente, mesmo após a adoção de medidas não farmacológicas de conforto, diminuição do nível

de atividade, vocalização com gemido ou choro e mudança na expressão facial, (com caretas ou franzir da testa).

Considero que de hoje em diante estarei mais atenta aos meus comportamentos e que refletir sobre esta situação foi o primeiro passo para melhorar a forma como efetuo a minha comunicação com o doente que sente dor mas apresenta dificuldades na comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (edição comemorativa)*. (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora. (Traduzido do original do inglês *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice (commemorative edition)*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Cardoso, M. (1999). *Manual de tratamento da dor crónica*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.
- Dutra, R. A. (2009). *Acolhimento de enfermagem: vivências do doente idoso*. Universidade do Porto. (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19129/2/Acolhimen.pdf>
- Fracollil, L. A. & Zoboli, E. L. C. P. (2004). Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 38 (2), 143–151. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/04.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do francês *La planification des doind: une système intégré et personnalisé*, 1996, Montréal: Les Éditions de la Chenelière).
- Porto Editora. (2013a). *Dicionário da Língua Portuguesa 2013 - com Acordo Ortográfico*. Acedido a 10-11-2013. Disponível em:
<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/acolhimento>

Porto Editora. (2013b). Dicionário da Língua Portuguesa 2013 - com Acordo Ortográfico.

Acedido a 10-11-2013. Disponível em:

<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/acolher;jsessionid=rDRQwixSz18O0u7Xp1Mz8w>

Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Dinis, L., Raposo, M., Pina, P., ... Faustino, S. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Grünenthal.

Stefanelli, M. C. (2005). Introdução à comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. C. & Carvalho E. C. (Eds.), *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 62–72). São Paulo: Manole.

Apêndice V – Síntese das técnicas não farmacológicas utilizadas na unidade de dor nível dois

SÍNTESE DAS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS NA UNIDADE DE DOR NÍVEL DOIS

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS	EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
Crioterapia: Aplicação de frio	Técnica de aplicação local do frio para fins terapêuticos, recorrendo ao frio em forma líquida (água), sólida (gelo) ou gasosa (gases) (Nunes & Vargens, 2007).	Reduzir a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao sistema nervoso central e aumentando o limiar doloroso; aliviar o espasmo muscular pela redução da sua atividade reduzindo a dor; reduzir a produção de histamina; provocar uma vasoconstrição periférica; diminuir o metabolismo celular (Nunes & Vargens, 2007).	Provoca uma vasoconstrição periférica; previne o edema local; age como anestésico local; promove a redução do metabolismo celular; promove a coagulação, reduz a tensão muscular e alivia a dor (Elkin, Perry & Potter, 2005).	Indicada após procedimentos médicos para administração de analgésico local, tais como: Infiltrações de pontos trigger, infiltrações de plexos, bloqueio de nervo periférico e aplicação de penso tópico de Capsaicina 8%, através da aplicação de gelo superficial durante 10 a 15 minutos, que o doente deve continuar duas a três vezes por dia, através de sacos de água fria, sacos de gelo, cilindros gelados, toalhas geladas, compressas frias, cubos de gelo ou pela imersão em água fria, vigiando frequentemente alterações na coloração e aspeto da pele (Pimenta, 2001).	Doente portador de doença vascular periférica ou insuficiência arterial que apresente alterações da sensibilidade, alterações cognitivas ou da consciência.
CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS:					
Intervenção não farmacológica física					

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS	EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
Hipertermia: Diatermia	Elevação da temperatura tecidual local através transferência elétrica resistiva (Manual de instruções de equipamento de hipertermia, 1999).	Promover a regeneração celular mediante a elevação da temperatura do tecido na região lesada (hipertermia profunda), através da circulação de correntes de alta-frequência (0,48-6 Mhz) (Manual de instruções de equipamento de hipertermia, 1999).	Promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área; reduz a viscosidade sanguínea e tensão muscular; produz relaxamento muscular; reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez; aumenta o metabolismo tecidual; acelera a circulação sanguínea; produz o aumento da permeabilidade capilar que promove a remoção de metabolitos e o aporte de nutrientes aos tecidos (Elkin <i>et al.</i> , 2005).	O tratamento de diatermia tem a duração de 15 min por sessão sendo realizado de acordo com um plano de cinco semanas, que se encontram distribuídas da seguinte forma: 1ª semana - três sessões; 2ª e 3ª semana - duas sessões em cada; 4ª e 5ª semanas - uma sessão por semana. Esta terapia é indicada em doentes que apresentem dor miofascial localizada nas zonas sacro-lombar e cervical.	Em doentes que apresentem pacemaker ou outro tipo de implantes, infeções, hipersensibilidade ou irritação da pele a tratar, alterações da consciência ou cognitivas do doente, mulheres grávidas (Manual de instruções de equipamento de hipertermia, 1999).
	CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS: Intervenção não farmacológica física				

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS E EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
Massagem	Ato de massajar e pressionar partes do corpo com intuito terapêutico (Cassar, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2008).	Promove o aumento da circulação sanguínea e linfática; aumento do fluxo de nutrientes; remoção dos produtos catabólicos e metabólicos; estimulação do processo de cicatrização; resolução do edema e hematomas crônicos; alívio da dor; aumento dos movimentos das articulações; facilitação da atividade muscular; promoção do relaxamento local e geral (Cassar, 2001; Folhas, Oliveira, Rato, França & Ferreira, 2007).	Realizada massagem localizada durante cerca de 3 a 5 minutos após tratamento de diatermia, para promoção do relaxamento muscular.	Hipersensibilidade após tratamento, alterações da integridade cutânea (Cassar, 2001)
	CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS: Intervenção não farmacológica física			

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS	EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
Reiki	O reiki é uma terapia japonesa que consiste em canalizar a energia colocando as mãos em cima do corpo e pretende promover o equilíbrio global, (Associação Portuguesa de Reiki 2013a).	Reiki tem como objetivo restabelecer o equilíbrio energético vital e, assim, restaurar o estado de equilíbrio natural de quem o recebe, seja ele, emocional, físico ou espiritual; podendo auxiliar no tratamento de doenças e promover saúde (Associação Portuguesa de Reiki, 2013a).	Diminuir o stresse, medos e receios; diminuir a ansiedade e o sofrimento; diminuir os efeitos colaterais da quimioterapia; diminuir a dor física; melhorar a autoestima; aprender a positividade do pensamento, aceitar a autoimagem promover o relaxamento e leveza de pensamento; aceitar o novo eu e a força para vencer o tratamento e a doença, adquirir paz interior; melhorar o sono e o repouso (Associação Portuguesa de Reiki, 2013b).	As sessões são realizadas uma vez por semana, com a duração de meia hora. Esta terapia é aconselhada pelo médico da unidade de dor a todos os doentes que manifestem desejo e vontade em realizar sessões de reiki.	Não apresenta.
	CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS: Não reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros				

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS	EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
Musicoterapia	Musicoterapia é o uso profissional da música e de seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades (<i>World Federation of Music Therapy</i> , 2011).	Melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a qualidade de vida das pessoas que realizam musicoterapia (<i>World Federation of Music Therapy</i> , 2011).	A música permite reduzir a percepção da dor e o sofrimento (McCaffery,1990; Monteiro, 2010), influenciar memórias anteriores associadas à dor (Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp, 2011), elevar o humor, aumentar a sensação de controlo e o relaxamento, promovendo a saúde e a qualidade de vida (McCaffery,1990; Monteiro,2010).	As sessões são realizadas tendo em conta o número de doentes referenciados. Podem ser realizadas uma vez por semana, de forma individual ou em grupo. Têm a duração de uma hora / hora e meia se forem sessões de grupo, e de uma hora, se forem sessões individuais Esta terapia é aconselhada pelo médico da unidade de dor a todos os doentes que manifestem desejo e vontade em realizar sessões de musicoterapia individuais ou em grupo.	Não apresenta.
	CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS: Intervenção não farmacológica cognitivo-comportamental				

	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS	EFEITOS TERAPÊUTICOS	APLICAÇÃO NA UNIDADE DE DOR	CONTRA INDICAÇÕES
TENS (Estimulação elétrica nervosa transcutânea)	O TENS é considerado uma técnica não-invasiva para o tratamento da dor, na qual uma corrente elétrica de baixa tensão é aplicada ao doente através de elétrodos localizados na pele, a partir de um aparelho que gera energia de baixa intensidade (Healthwise, 2011).	Promover a diminuição da dor, incidindo sobre os nervos sensoriais periféricos, ao mesmo tempo que interfere nas vias sensoriais provocando a estimulação e a libertação de substâncias químicas (por exemplo, encefalinas e endorfinas) que influenciam a maneira como a dor é percebida e transmitida. Provocar o aumento do fluxo sanguíneo em áreas tratadas (Healthwise, 2011).	Dados recentes sugerem algum alívio da dor no entanto, os efeitos da aplicação do TENS permanecem controversos na bibliografia (Healthwise, 2011).	Doentes com hiperalgias provocada por neuropatia diabética.	Não deve ser utilizado em doentes com dispositivos implantáveis, como desfibriladores, pacemakers, bombas de infusão intravenosa, ou bombas de infusão da artéria hepática (Healthwise, 2011).
	CLASSIFICAÇÃO DA TÉCNICA SEGUNDO A ORDEM DOS ENFERMEIROS: Intervenção não farmacológica física				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Reiki (2013a). Ser e viver, reiki na oncologia. Acedido a 02-01-2014. Disponível em:

<http://associacaoportuguesadereiki.com/reiki/projectos-de-reiki/ser-e-viver-reiki-na-oncologia.html>

Associação Portuguesa de Reiki (2013b). Sobre Reiki. Acedido a 02-01-2014. Disponível em:

<http://associacaoportuguesadereiki.com/reiki/sobre-reiki/sobre-reiki.html>

Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M. & Panksepp, J. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (9), 1989–1999. DOI:10.1016/j.neubiorev.2011.06.005

Cassar, M. P. (2001). *Manual de massagem terapêutica*. (D. Batista, Trad.). São Paulo: Editora Manole Ltda. (Tradução do original do inglês Handbook of massage therapy, Butterworth-Heinemann).

Elkin, M. K., Perry, A. G. & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. (A. M. S. Passos & M. A. P. Reina, Trad.) (2ª edição.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Nursing interventions & clinical skills, Mosby).

Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França, C. & Ferreira, A. (2007). Massagem e relaxamento para o alívio da dor oncológica: Projeto “Bem -Estar.” *Dor*, 15, 37–40.

Healthwise (2001). Transcutaneous electrical nerve stimulation. Topic overview. Acedido a 20-10-2013. Disponível em:

<http://www.webmd.com/pain-management/tc/transcutaneous-electrical-nerve-stimulation-tens-topic-overview>

Manual de instruções de equipamento de hipertermia (1999). Barcelona: Indiba, SA.

McCaffery, M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27 (1), 1–5. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2179151>

Monteiro, A. F. G. e S. (2010). Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta. *Dor*, 18 (4), 5–9.

Nunes, S. & Vargens, O. (2007). A crioterapia como estratégia para o alívio da dor no trabalho de part: um estudo exploratório. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 15 (3), 337–342. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a03.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Pimenta, C. A. M. (2001). Controle da dor no domicílio. In Lotufo, P. A., Cutait, Pupo, R., T. (coord). *Manual de enfermagem – Programa de saúde da família*. (pp. 168-184). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf

World Federation of Music Therapy. (2011). O que é Musicoterapia? Acedido a 27-06-2013. Disponível em:

http://www.wfmt.info/WFMT/Info_Cards_files/PORTUGUESE - What is MT.pdf

Apêndice VI – Verbatim da entrevista
semiestruturada a uma musicoterapeuta e
respetiva análise de conteúdo



**4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em
Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente
Enfermagem Oncológica**

**Verbatim da entrevista semiestruturada a uma
musicoterapeuta e respetiva análise de conteúdo**

1- NOTA INTRODUTÓRIA

A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan & Biklen, 2013), tornando-se por isso um método único na recolha de dados para o investigador através da comunicação entre indivíduos (Anderson & Kanuka, 2003).

A entrevista aqui apresentada, foi realizada à musicoterapeuta e decorreu no dia 15 de Outubro de 2012 nas instalações do hospital tendo sido conduzida por mim. No início da entrevista foi solicitada a autorização para a sua gravação através em gravador de áudio, por forma a possibilitar a posterior transcrição, análise e publicação. Foi garantido à entrevistada que os dados recolhidos seriam anónimos. A entrevista durou cerca de 60 min.

Utilizou-se uma entrevista semi-directiva (Quivy e Campenhout, 2003), uma vez que esta foi previamente preparada, tendo para isso sido definido um guião orientado para dois objetivos, e construídas cinco perguntas relativamente abertas, para recolher a informação. As perguntas desenvolvidas permitiram ao entrevistado falar abertamente, com as palavras e ordem que desejava, mas também possibilitaram o encaminhamento e a focalização da entrevista para o objetivo da investigação.

O início da entrevista foi antecedido por um espaço introdutório que decorreu de modo coloquial e onde houve a oportunidade de conhecer um profissional com formação inicial em Educação Musical e Mestre em Musicoterapia que trabalha com doentes com dor crónica desde 2006 na Unidade de Dor Nível II e na qual desenvolve um projeto de musicoterapia que decorre em *setting* terapêutico individual ou de grupo. O projeto que desenvolve tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes que recorrem à unidade de dor crónica deste hospital.

A entrevista decorreu de forma informal, esclarecendo as dúvidas que surgiram pelas respostas, e colocando novas questões que visassem esclarecer os pontos abordados.

1.1 - O Guião da entrevista

Objetivos da entrevista:

- 1- Identificar quais os objetivos, benefícios/ malefícios da musicoterapia nos doentes com dor crónica.
- 2- Analisar com a perita formas de desenvolvimento do projeto e estratégias para a implementação e desenvolvimento de um projeto no qual a música fosse um recurso do cuidado.

Questões formuladas:

- **Questão nº 1:** *Tendo em conta que o doente com dor crónica necessita de um nível de apoio alargado para manter um melhor estado de saúde, como vê a aplicação da musicoterapia junto destes doentes?*
- **Questão nº 2:** *Em termos práticos, como desenvolve o seu trabalho de musicoterapeuta, junto dos doentes com dor crónica.*
- **Questão nº 3:** *Da sua experiência, como poderia descrever os benefícios que a musicoterapia traz aos doentes com dor?*
- **Questão nº 4:** *No âmbito do 4º curso de mestrado em enfermagem que me encontro a frequentar, pretendo implementar um projeto que visa a aplicação de música no pós-operatório imediato para controlo da dor aguda. Em sua opinião, e baseada na sua experiência, qual seria a seleção musical mais adequada para esta finalidade? Poderia dar exemplos*
- **Questão nº 5:** *Tendo em conta a sua experiência e formação, de que forma aconselharia a realização desta intervenção? Que conselhos e sugestões recomendaria?*

As questões enunciadas pretendem responder aos dois objetivos da entrevista tendo para isso sido organizadas de forma encadeada e sequencial. As primeiras três questões (1ª, 2ª, 3ª) pretendem responder ao primeiro objetivo, e as últimas duas questões (5ª e 6ª) pretendem responder ao segundo objetivo.

Com a questão nº 1, pretende-se saber de forma geral e de acordo com a perspetiva da musicoterapeuta como esta percebe a aplicação de música junto dos doentes com

dor crónica, identificando que objetivos são planeados, quais os benefícios encontrados e qual o grau de satisfação dos doentes com a intervenção realizada. Com a questão nº 2, pretende-se esclarecer como é aplicada a musicoterapia na unidade de dor crónica, quais os critérios utilizados para a seleção de doentes, em que momentos decorre e que tipo de acompanhamento é realizado. Com a questão nº 3, deseja-se saber em concreto quais os efeitos da aplicação de musicoterapia, e qual a perceção da musicoterapeuta tendo em conta a sua experiência. Com a questão nº 4 e nº 5, pretende-se discutir com a musicoterapeuta os aspetos técnicos associados ao método de utilização da música no alívio da dor que possam ser utilizados como recurso no cuidado, abordando os contributos mais pertinentes para a implementação e desenvolvimento do projeto de estágio.

2- TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Nota Introdutória

Boa tarde, o meu nome é Catarina e encontro-me a desenvolver um projeto que tem como título “A música como intervenção de enfermagem no controlo da dor aguda no doente oncológico no pós-operatório imediato” que se encontra inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Oncológica. Desde já gostaria de lhe agradecer a disponibilidade que demonstrou em realizarmos esta entrevista, que visa principalmente recolher o seu testemunho e experiência na área da musicoterapia, por forma a fundamentar melhor o meu projeto de intervenção. A entrevista será confidencial. Se permitir os dados serão gravados para mais tarde proceder à sua análise.

Musicoterapeuta – Ok, muito bem. Tenho muito gosto em colaborar em trabalhos que envolvem a musicoterapia.

Catarina – Gostaria então de começar por lhe fazer a seguinte pergunta “Tendo em conta que o doente crónico necessita de um nível de apoio alargado para manter um melhor estado de saúde, como vê a aplicação da musicoterapia junto destes doentes?”

Musicoterapeuta – O doente crónico, seja ele oncológico ou não oncológico, precisa de todo o apoio que lhe possam dar. Eu funciono muito nessa base... é isso que eu quero. Com a musicoterapia podemos ter mais uma abordagem para melhorar a qualidade de vida e em alguns casos até a regressão da doença. Já há estudos que falam sobre isso, falam até sobre a aplicação de música em certas frequências nas células cancerígenas, sendo que o resultado é a alteração da forma celular... Não sei se já ouviste falar de um estudo de Márcia Capela, é uma médica brasileira.

Catarina – Não...

Musicoterapeuta – Então vê, procura na internet. Pode interessar. Portanto, ela conseguiu provar que nas doentes com células do cancro da mama humana MCF-7, a audição de uma música de Ligeti, Atmospheres, e de uma sinfonia de Beethoven, destrói ou altera a forma das células em cerca de 20%, o que equivale a dizer que 1 célula em cada 5 é influenciada, o que é muito. É um grande resultado! Agora, não se sabe a que é devido. Porque é que com outras músicas não funciona? Se é dos instrumentos, se é da frequência, se é devido ao timbre, se é por estarem a ouvir ao vivo ou através de fones. Sobram muitas dúvidas e portanto, ainda existe um grande caminho a ser feito. De

qualquer maneira, percebeu-se que frequência tem de facto influência no organismo, alterando a forma das células, a sua estrutura, podendo levar à sua destruição.

Vou dar-te um exemplo que decorreu da minha prática. Tive um paciente que tinha um quisto a nível da barriga. Nas minhas sessões utilizo alguns instrumentos que produzem uma vibração muito forte, e nesse dia coloquei o instrumento em cima da barriga perto do quisto. O paciente tocou o instrumento em cima dele, e a vibração fez movimentar as células todas, e o quisto acabou por dissolver-se. O paciente veio até mim, porque alguém lhe tinha falado de que a música poderia ajudar, e então começámos a fazer musicoterapia. Trabalhámos a cabeça e fiz essas aplicações das vibrações no próprio corpo. Antes das sessões de musicoterapia o paciente tinha feito uma ecografia e passado 2 meses e meio a 3, nem foi preciso muito, numa outra ecografia os quistos desapareceram e não apresentaram mais nenhum problema, diminuíram sem medicação. Obviamente não foi feito um estudo exaustivo, mas o que é certo é que resultou. Muito em breve vou fazer um estudo que consiga avaliar esta influência no corpo humano. Porque eu acredito mesmo vivamente nisto a 100%. Por isso é que eu falo com tanto entusiasmo, porque não tenho dúvidas nenhuma, sendo que até já experimentei em mim!

Catarina - Mas a musicoterapia em hospitais não funciona só assim?

Musicoterapeuta – Claro que não! O processo de musicoterapia tem muito a ver com aquilo que a pessoa é, e com as suas vivências. As doenças aparecem porque decorrem dos hábitos de vida das pessoas e da sua forma de estar ao longo da vida, pelo que não é um processo que aconteça de um dia para o outro. Uma pessoa que tem um cancro não começou agora. A doença vai crescendo, evoluindo...,tem a ver com os hábitos alimentares, e com muitas outras coisas....A musicoterapia também é um processo! Fui pioneira em Portugal a fazer musicoterapia a nível hospitalar, e tem de se ter uma sensibilidade diferente. Tens de ter sensibilidade de quando é que vamos tocar, em que momento é que vamos tocar, porque isso faz toda a diferença. Neste momento acho que sou eu a única que estou a exercer, mesmo a musicoterapia. Todos os meus outros colegas fazem-no mas como complemento da psicologia. Mas não é musicoterapia! Por isso é importante ser músico.

Catarina – Segundo a bibliografia que já li, a aplicação de música aos doentes com dor aguda deve obedecer a alguns critérios e a um certo número de regras. A música deve ter características rítmicas, de tempo, não ter andamentos alternados ...

Musicoterapeuta – Sim, isso são as características da música, mas depende sempre da pessoa que tens perante ti. Depende do paciente, por isso é que é importante conhecer

o paciente, porque na musicoterapia não é só chegar e por música. Tens de fazer um plano terapêutico. Tens de saber o que o paciente tem. Tens de perceber quais são as preferências dele. Se eu tiver um paciente que gosta de *heavy metal*, eu tenho de trabalhar com *heavy metal*, por que isso vai ter resultados terapêuticos muito superiores do que se eu estiver a trabalhar com aquilo que me agrada, ou o que eu acho que faz bem ao paciente X ou Y. Cada paciente é um caso. Aí está a diferença! Para a realização do teu estudo, e não sendo tu musicoterapeuta, o que deves fazer? Vais pegar em músicas tranquilas, que sejam da opção do paciente. Isto porque, se pegares em músicas que o paciente gosta, os efeitos são muito superiores e os resultados são mais rápidos. E para isso deverias tentar fazer um historial do que é que o paciente gosta e com que música se identifica.

Pretendes aplicar a música ao mesmo tempo a todos os pacientes?

Catarina – Não, pretendo aplicar de forma individual.

Musicoterapeuta – Então, assim ainda é melhor. A minha sugestão é que, perguntes à família, ou ao paciente, que género ele(a) gosta mais, porque isso é muito melhor. Depois tens muitos tipos de músicas suaves. Há as músicas dos passarinhos, da água, do vento, que são músicas sem ritmos, muito tranquilas, sem batidas, muito fluidas, com poucos instrumentos, pouca mistura e sem muita harmonia. Sons melódicos e suaves.

Catarina - O que me estás a dizer vai ao encontro do que li na bibliografia. Face à sua experiência e uma vez que eu sou leiga no que toca à música será que me poderia ajudar na seleção desse tipo de músicas para incluir no estudo?

Musicoterapeuta – Sim, claro eu posso-te dar alguns nomes. Depois envio-te para o email. E o teu estudo é para incluir um grupo controlo e um grupo experimental?

Catarina – Ainda estou a avaliar. O objetivo seria verificar se a música influenciava a perceção da dor e verificar quais os benefícios na sua diminuição.

Musicoterapeuta – Mas podias fazer, seria mais rico se tivesses um grupo de controlo, era mais fundamentado e podias verificar se trazia alterações nos sinais vitais, ou até nas análises laboratoriais.

Catarina – Voltando agora um pouco atrás, gostaria que me explicasse, como desenvolve o seu trabalho de musicoterapeuta na unidade de dor, e quais os benefícios da aplicação da musicoterapia.

Musicoterapeuta – Relativamente ao meu trabalho de musicoterapia, desenvolvo-o recorrendo a instrumentos musicais, ao mesmo tempo que utilizo os recursos do paciente. Os pacientes são sinalizados através de um médico da especialidade da unidade de dor, psicologia ou oncologia. As sessões podem ser individuais ou em grupo. Em grupo demoram cerca de 1h ou 1h30 mais ou menos, com grupos de 6-7 pessoas. Mais não, porque depois acaba por não ser benéfico para todos, não se consegue dar a atenção suficiente a todos e o espaço, como viste, não é muito grande. A nível individual demoro 50 a 60 minutos, que nem sempre cumpro, depende do paciente. Há aqueles que necessitam exteriorizar mais e portanto varia em função de cada paciente.

Nas sessões tento utilizar a parte motora dos pacientes, o canto, a expressão corporal e até a improvisação, com o intuito de melhorar a sensação e o bem-estar sendo o objetivo máximo melhorar a qualidade de vida. O intuito é eles serem criativos, é resgatar o lado saudável deles. Para facilitar o processo recorro a alguns acessórios. Se o paciente não puder, como já aconteceu com pacientes que estão com muita dor ou porque já não têm condições físicas para estarem sentados, passo eu a tocar para eles. Início um processo de musicoterapia recetiva. No fundo é proporcionar música e avaliar se ela está de facto a ser ouvida e com que resultados.

Em termos globais os resultados foram muito bons! Os pacientes com dor entravam aqui muito prostrados, sem vontade nenhuma para fazer nada, alguns tinham uma atitude que demonstrava este tipo de pensamento: “tenho esta doença horrível, vou morrer, e ainda me andam aqui a chatear com isto...” e numa só sessão as coisas mudavam. No início começo por falar com eles e faço questões sobre as suas preferências musicais, o que nem sempre é fácil! Depois começo a tocar um instrumento e provoço o corpo a libertar endorfinas e a produzir hormonas do bem-estar. Nesta altura os pacientes deixam de poder controlar, baixam as resistências e começam a relaxar. É a vantagem da utilização dos instrumentos ou do canto. O paciente começa a ficar com propensão para o que vai acontecer, mesmo que não queira. Para avaliar os resultados sobre a dor, aplicava a escala numérica de dor antes do início da sessão, onde obtinha resultados que rondavam os 7, 8 ou 9, e no final da sessão, sendo que nesta altura os resultados desciam para valores 1, 2 e até mesmo sem dor.

Para tu imaginares como resulta, tenho algumas sessões que filmei, em que se vê pacientes que não se mexiam, porque tinham dor, doía o braço, e depois doía aqui, doía acolá, e de repente estão a dançar. Isso no espaço de uma hora, uma hora e meia! Muito do que acontece tem a ver com os efeitos fisiológicos da música, sendo que a

musicoterapia tem uma componente de psicologia muito forte. Após cada sessão, existe um espaço de debate, que cada musicoterapeuta faz à sua maneira, onde falamos sobre as metas a atingir, os objetivos, para as pessoas perspetivarem e organizarem a sua vida. Porque a dor não é só a parte física, também é a parte psicológica.

Eu acho, que no caso da dor crónica, que a medicina trabalha os sintomas e eu trabalho a causa. Mas é claro que isto não acontece de um dia para o outro. As coisas vão acontecendo. O que é facto é que resulta mesmo.

Vou dar-te um exemplo de uma outra atividade que desenvolvi aqui na unidade. Decidi aplicar música no hospital de dia durante o tempo que os pacientes realizavam alguns tratamentos para a dor. O contacto entre mim e o paciente era pouco, não havia grande conversa, mas..., dou-lhe um instrumento, cantamos, começam a mexer com um shake ou a tocar num metalofone e imediatamente estamos a distrair o cérebro da dor.

Catarina – Portanto, essa distração modulava a dor ...

Musicoterapeuta – Exatamente, distrai e a mensagem da dor desaparece um bocado diminuindo a dor. Havia alguns doentes que estavam a fazer tratamento e passado um bocado já não se lembravam do que estavam a fazer. É interessante! Tenho tido vários pacientes. Que após a musicoterapia, e trabalhando a parte emocional, deixaram de tomar a medicação para dormir, para a ansiedade, para a depressão, o que é ótimo!

Catarina – Mas tem exemplos de doentes que deixaram de tomar a medicação?

Musicoterapeuta – Sim, eu tenho uma paciente que para mim é especial! Eu falo sempre dela. É uma doente oncológica que teve cancro da mama, fez mastectomia e na altura do tratamento estava altamente medicada sendo que a vida dela nessa altura desconstruiu-se. A relação com o marido, não estava a ser fácil, principalmente porque ela sentia-se menos feminina. Com as sessões de musicoterapia ela deixou de tomar medicação..., sempre de forma gradual, e melhorou muito a sua vida. E porquê? Como eu digo sempre! A música é um medicamento! Eu dou uma dose de música e a pessoa começa a libertar as hormonas do bem-estar, começa a dormir melhor, produz outros químicos que não estava a conseguir produzir naturalmente, e é induzida a isso através da frequência, do som e da própria conversa.

A interação que se cria resulta em bem-estar. Portanto, no pós-operatório, e para o teu projeto, apesar das pessoas não poderem movimentar-se, vão ouvir a música, e isso vai ser benéfico, porque vão deixar de se focar no barulho que existe à sua volta. Muitas vezes nós não nos apercebemos, mas quando somos doentes ouvimos o barulho das

máquinas, das pessoas, dos enfermeiros..., o mudar de um penso, perguntar pela sopa, pelo termómetro, seja o que for. É uma barulheira! Portanto também é importante distrair o cérebro disso. E realmente a música aí vai ter muita importância, o paciente foca-se no que está a ouvir e gravita naquilo, abstraindo-se dos medos, de como acordou da cirurgia, das dores, de se sentir desamparado. A música acaba por ser uma referência, um apoio ao qual a pessoa se pode agarrar, e se for o que ela gosta, tanto melhor, tornando o relaxamento muito superior.

Catarina – Realmente os seus contributos estão a ser extremamente interessantes e ricos para o desenvolvimento do meu projeto. Ter como referência, a sua experiência é fundamental! Posto isto, que outros conselhos e sugestões recomendaria para a implementação do meu projeto?

Musicoterapeuta – Bem, se fosses musicoterapeuta dizia leva o instrumento X ou Y, utiliza aquela parte do corpo, etc...Mas assim não consigo dizer porque terias de saber tocá-los e saber a que instrumentos me estou a referir. Como enfermeira, aquilo que podes fazer é, escolher um tipo de música e aplicar, através de fones, leitor de MP3. O som não deve ser muito alto porque quando a pessoa começa a relaxar a música começa a parecer que está muito alta, deves escolher músicas sem ritmo, coisas muito fluidas e com pouca agitação e poucas batidas. Se o objetivo é relaxar, tem de ser mesmo coisas que induzem o relaxamento e não serem muito expressivas e conhecidas, porque podem desencadear processos, tristeza, ou outras emoções. Deves escolher músicas que tenham a ver com energia, com força, com vitalidade e se conseguires que seja ao gosto do paciente tanto melhor! Há muitas coisas. Vou-te enviar algumas só para teres uma ideia.

Eu não tenho uma lista definida porque cada paciente tem um grupo de músicas diferente, e portanto eu não consigo utilizar a mesma receita para vários. Não consigo, porque adapto a música às necessidades do paciente e são muito específicas de paciente para paciente. É claro que tenho algumas músicas no meu repertório e que acabo por ir testando comigo. Avalio o que é que aquela música me faz sentir, que instrumentos me tocam mais... Por exemplo, fiz uma sessão a uma paciente que tinha sido amputada a uma perna e ela identificava-se muito com o som do piano. O que ela referia é que o som do piano a fazia viajar e que lhe trazia uma sensação de liberdade, portanto toda a música que eu utilizei foi piano, e resultava muito positivamente.

Em resumo, o mais importante é que a música seja o mais simples possível. Passarinhos, sons da natureza, água a correr, com um instrumento de fundo. São sons assim que fazem a pessoa viajar, levando-a para outras paisagens.

Catarina – E a aplicação de música pode ter alguns efeitos secundários?

Musicoterapeuta – Não há efeitos secundários, a não ser poder desencadear alguma irritação se for incomodativa para a pessoa. Por isso é que é importante ter em conta o volume do som. Nem muito alto, nem muito baixo. Com sons pouco ritmados e o mais simples possível. Para além disso deve estar limitado temporalmente, arranjar períodos, e garantir que o paciente quer ou não quer ouvir música... gerindo isso com ele. Quando estiveres a por a música não se deve interromper o processo... aconselho ainda a dar autonomia à pessoa, por exemplo na regulação do volume... para o paciente sentir a sensação de controlo. Quando um paciente vai para uma cirurgia, fica à mercê e portanto se eles puderem ter algum controlo em alguma coisa, pode ser por uma coisa simples, como controlar o volume, vai ajudar bastante. Tem de se perguntar à pessoa. A pessoa tem de poder controlar estas coisas, porque isso também faz parte destes processos.

Como percebes, há muita coisa implícita. Não é só chegar ali e pôr música. É um processo.

Catarina- Obrigada por tudo, terminamos desta forma a entrevista, fico desde já muito agradecida pela sabedoria e conhecimentos transmitidos assim como pela disponibilidade em me atender.

3- ANÁLISE DE CONTEÚDO

3.1- Apresentação e Discussão dos dados

Entende-se por análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2009, p. 44). Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências., apurando o sentido ou os sentidos de um documento (Claudinei, 2004).

Depois da leitura e análise da entrevista procurei agrupar a presença ou a ausência de uma ou de várias características do texto que fossem ao encontro dos objetivos delineados. Para facilitar a interpretação dos resultados estabeleci duas categorias de assunto que sobressaíram da entrevista.

Categoria nº 1- Objetivos e benefícios/malefícios da musicoterapia;

Categoria nº 2- Sugestões para o desenvolvimento do projeto de investigação.

Para a primeira categoria criei três subcategorias (Objetivos/ Benefícios/ Malefícios) e para a segunda categoria criei outras três subcategorias (Tipo de intervenção e interação com os pacientes/ Características da música a utilizar/ Tipo de estudo sugerido) que se encontram esquematizados na tabela seguinte. Na primeira coluna estão identificadas as categorias, na segunda coluna as subcategorias e na terceira coluna a unidade de contexto, onde podemos encontrar no texto os excertos que relatam e contextualizam a subcategoria definida.

Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto
Objetivos e benefícios/malefícios da musicoterapia	Objetivos	<i>"melhorar a qualidade de vida e em alguns casos até a regressão da doença"</i> <i>"trabalhando a parte emocional"</i> <i>"serem criativos, e resgatar o lado saudável deles"</i> <i>"provoco o corpo a libertar endorfinas e a produzir hormonas do bem-estar"</i>

	Benefícios	<p><i>“aplicava a escala numérica de dor antes do início da sessão, onde obtinha resultados que rondavam os 7, 8 ou 9, e no final da sessão, sendo que nesta altura os resultados desciam para valores 1, 2 e até mesmo sem dor.”</i></p> <p><i>“diminuindo a dor resulta em bem estar distrair o cérebro da dor”</i></p> <p><i>“abstraindo-se dos medos”</i></p> <p><i>“deixar de se focar no barulho que existe à sua volta”</i></p> <p><i>“relaxamento muito superior”</i></p>
	Malefícios	<p><i>“Não há efeitos Secundários”</i></p> <p><i>“desencadear alguma irritação se for incomodativo para a pessoa”</i></p>
Sugestões para o desenvolvimento do projeto de investigação	Tipo de intervenção e interação com os pacientes	<p><i>“escolher um tipo de música e aplicar através de fones, leitor de mp3”</i></p> <p><i>“Aplicar de forma individual”</i></p> <p><i>“músicas (...) que deveriam ser da opção do paciente”</i></p> <p><i>“limitado temporalmente, arranjar períodos”</i></p> <p><i>“garantir que o paciente quer ou não quer ouvir música”</i></p> <p><i>“não (...) interromper o processo”</i></p> <p><i>“dar autonomia à pessoa”</i></p>
	Características da música a utilizar	<p><i>“músicas dos passarinhos, da água do vento (...) músicas sem ritmos, muito tranquilas...sem batidas (...) poucos instrumentos , pouca mistura e sem muita harmonia”</i></p> <p><i>“músicas sem ritmo, coisas muito fluidas, e com pouca agitação e poucas batidas”</i></p> <p><i>“não serem muito expressivas e conhecidas”</i></p> <p><i>“som não deve ser muito alto”</i></p>
	Tipo de estudo sugerido	<p><i>“incluir um grupo controlo e um grupo experimental”</i></p> <p><i>“verificar se trazia alterações nos sinais vitais, ou até nas análises laboratoriais...”</i></p>

De acordo com os dados apresentados na tabela, é possível fazer a seguinte interpretação dos dados:

Relativamente à primeira categoria “Objetivos e benefícios/malefícios da musicoterapia” é possível concluir que: O objetivo principal da musicoterapia, referido pela musicoterapeuta é melhorar a qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico dos doentes tal como é descrito pela *World Federation of Music Therapy* (2011). Entre os seus benefícios principais a musicoterapeuta aponta para a diminuição da dor, tal como é referido nos artigos de Good & Ahn (2008), Hook, Songwatha, Wongchana & Petpichetchian (2008), Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2011), para um aumento da distração face a eventos negativos e para um aumento do relaxamento, como é suportado por Cutshall *et al.* (2011). Ainda segundo a musicoterapeuta não se evidenciam malefícios resultantes da aplicação de musicoterapia desde que se tenham em conta as preferências e opiniões dos doentes (Cutshall *et al.*, 2011; Vaajoki, Kankkunen, Pietilä, Kokki & Vehviläinen-Julkunen, 2012; Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2011; Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2011).

Quanto à segunda categoria “ Sugestões para o desenvolvimento do projeto de investigação” identificaram-se três subcategorias que importa evidenciar. Relativamente à subcategoria “Tipo de intervenção e interação com os doentes”, a musicoterapeuta sugere o seguinte: A música a aplicar deve ser feita de forma individual, através de fones e com recurso a um leitor de MP3 como é também referido por *The Joanna Briggs Institute*, (2011); o doente deve ser esclarecido do que vai acontecer e dar o seu consentimento cumprindo todos os requisitos morais que possam entrar em conflito com a investigação (Fortin, 1999); aquando da intervenção de aplicação de música, esta não deve estar sujeita a interrupções ao mesmo tempo que deve estar estabelecido o período de aplicação, como referem Cutshall *et al* (2011) e Şen, Yanarateş, Sizlan, Kiliç, Özkan & Dağlı (2010); a música deveria ser selecionada pelo paciente o que está de acordo com o que diz Hook, Songwatha, Wongchana & Petpichetchian (2008), Good & Sukhee Ahn, (2008), para garantir alguma autonomia do doente em todo o processo (Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2011). Quanto à subcategoria, “Características da música a utilizar” de acordo com a musicoterapeuta esta deveria deter as seguintes características: Ser tranquila (preferencialmente com sons da natureza), sem ritmos rápidos e sem batidas, com a inclusão de poucos instrumentos musicais como é referido por Lin, Lin, Huang, Hsu & Lin (2011) e Economidou, Klimi, Vivilaki, Lykeridou (2012). As músicas tocadas não devem ser muito conhecidas para evitar o risco de associação emocional e devem ser aplicadas em volumes baixos (*The Joanna Briggs Institute*, 2011). Relativamente à subcategoria “Tipo de estudo sugerido” é aconselhado recorrer a uma intervenção onde pudesse ser utilizado o método experimental, com grupo controlo e

grupo experimental no qual fosse possível avaliar a influência da música em parâmetros fisiológicos, tais como os sinais vitais, ou em parâmetros bioquímicos, passíveis de serem analisados através de análises laboratoriais, tal como é apresentado nos estudos de Lin, Lin, Huang, Hsu & Lin (2011), Binns-Turner, Law Wilson, Pryor; Boyd & Prickett (2011) e Vaajoki, Kankkunen, Pietilä, Kokki & Vehviläinen-Julkunen (2012), Vaajoki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2011) e Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, (2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, T. & Kanuka, H. (2003). *E-research: methods, strategies, and issues*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Binns-Turner, P., Wilson, L., Pryor, E., Boyd, G. & Prickett, C. (2011). Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy. *AANA Journal*, 79 (4 Suppl), S21–27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403963>
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (M. J. Alvarez, S. B. dos Santos & T. M. Baptista, Trad.). Porto: Porto Editora. (Traduzido do original do ingl Qualitative research for education, 1991, Boston: Pearson Allyn & Bacon).
- Claudinei, J. G. C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 611–614.
- Cutshall, S., Anderson, P., Prinsen, S., Wentworth, L., Olney, T., Messner, P. K., ... Bauer, B. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17 (4), 16–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22314630>
- Economidou, E., Klimi, A., Vivilaki, V. G. & Lykeridou, K. (2012). Does music reduce postoperative pain? A review. *Health Science Journal*, 6 (3). Disponível em: <http://www.hsj.gr/volume6/issue3/631.pdf>
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) (p. 388). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation, 1996, Mont Royal: Décarie Éditeur).
- Good, M. & Ahn, S. (2008). Korean and american music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing: Official Journal of the*

American Society of Pain Management Nurses, 9 (3), 96–103.
DOI:10.1016/j.pmn.2008.02.002

Hook, L., Songwathana, P. & Petpichetchian, W. (2008). Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (4), 259–271. Disponível em:

<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TJNR/article/download/2478/2408>

Lin, P. C., Lin, M. L., Huang, L. C., Hsu, H. C. & Lin, C. C. (2011). Music therapy for patients receiving spine surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7-8), 960–968.
DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x

Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. (J. M. Marques, M. A. Mendes, & M. Carvalho, Trad.) (4ª edição). Lisboa: Gradiva. (Tradução do original do francês Manuel de recherche en sciences sociales, 1995, Paris: Dunod).

Sen, H., Yanarateş, O., Sızlan, A., Kılıç, E., Ozkan, S. & Dağlı, G. (2010). The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22 (4), 145–150. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153932>

The Joanna Briggs Institute. (2011). The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: music as an intervention in hospitals. *Nursing & Health Sciences*, 13 (1), 99–102. **DOI:**10.1111/j.1442-2018.2011.00583.x

Vaajoki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A. M., Kokki, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The impact of listening to music on analgesic use and length of hospital stay while recovering from laparotomy. *Gastroenterology Nursing*, 35 (4), 279–284.
DOI:10.1097/SGA.0b013e3182608fc1

Vaajoki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A. M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Music as a nursing intervention: effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients. *Nursing & Health Sciences*, 13 (4), 412–8. **DOI:**10.1111/j.1442-2018.2011.00633.x

Vaajoki, A., Pietilä, A. M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention.

Journal of Clinical Nursing, 21 (5-6), 708–717. **DOI:**10.1111/j.1365-2702.2011.03829.x

World Federation of Music Therapy. (2011). O que é Musicoterapia? Acedido a 27-06-2013. Disponível em:

http://www.wfmt.info/WFMT/Info_Cards_files/PORTUGUESE - What is MT.pdf

Apêndice VII – Plano da sessão de formação
desenvolvida na unidade de dor de nível dois

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A música como intervenção não farmacológica no controlo da dor **Data:** 4 de Novembro 2013 **Hora:** 8h30min
Duração: 40min **Destinatários:** Enfermeiros e médicos da Unidade de Dor **Local:** Unidade de Dor, 8º piso, sala 2

OBJETIVO GERAL:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS	AValiação
<p>Apresentação do artigo de revisão científica</p> <p><i>“Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine”</i></p> <p>dos autores G. Bernatzky, M.Presch, M. Anderson e J. Panksepp</p> <p>publicado na revista <i>Neuroscience and Biobehavioral Reviews</i> nº35 de 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar a evidência científica da utilização da música no controlo da dor; • Identificar o potencial da música como terapia não farmacológica na utilização concomitante com a medicina ocidental; • Sensibilizar os profissionais para a importância da utilização da música como terapia não farmacológica do controlo da dor. 	<p>Introdução (5 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema, dos objetivos e da metodologia adotada <p>Desenvolvimento (25 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de musicoterapia; • Processamento da dor a nível cerebral; • Apresentação dos diferentes estudos analisados no artigo e das suas conclusões; • Apresentação dos mecanismos terapêuticos que decorrem da audição de música – linhas de investigação. <p>Conclusão (10 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntese do trabalho apresentado; • Sugestões de implementação de música em contexto clínico; • Discussão do tema. 	Método expositivo, participativo.	Computador; vídeo projetor.	Debate e esclarecimento de questões acerca tema abordado.

Apêndice VIII – Estudo de Situação com reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados a uma pessoa em pós-operatório imediato com dor aguda



**4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em
Enfermagem**

Área de Especialização
**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente
Enfermagem Oncológica**

**Estudo de Situação com reflexão crítica sobre os cuidados
de enfermagem prestados a uma pessoa em pós-
operatório imediato com dor aguda**

INTRODUÇÃO

O presente estudo de situação foi realizado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica e desenvolveu-se no estágio de Cirurgia Geral de um Centro Oncológico Multidisciplinar de referência.

Um pouco à semelhança de um estudo de caso, o estudo de situação pretende alcançar, com a observação dos dados recolhidos, uma análise cuidada dos fenómenos que envolvem o processo de doença da pessoa que é sujeita a análise e, ao mesmo tempo, perspetivar e colaborar na tomada de decisões sobre o problema estudado, indicando as possibilidades para sua modificação. A sua criação foi acompanhada de uma reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem ao doente oncológico com dor aguda, baseada na evidência científica, tendo por suporte a teoria de adaptação de Callista Roy.

Como sabemos, o cancro e os seus tratamentos trazem normalmente grandes implicações a nível físico, emocional, social e espiritual, podendo resultar num impacto sociopsicológico significativo para o doente e sua família, pelo que é importante que o enfermeiro conheça doente e estabeleça com ele uma relação de ajuda profícua capaz de o ajudar a adaptar-se à nova situação de saúde. De entre as várias doenças oncológicas, o carcinoma do cólon e reto é referenciado como um dos que apresenta uma elevada taxa de incidência e prevalência a nível mundial (*World Health Organization* (WHO), 2014) e nacional (Direção Geral da Saúde, 2013).

A doente escolhida para este estudo de situação apresentava um carcinoma do cólon e reto, tendo sido selecionada por contemplar os seguintes critérios: ser portadora de uma doença oncológica; apresentar um dos carcinomas mais frequentemente operados no serviço de cirurgia geral (segundo informação do enfermeiro orientador de estágio); ser operada e iniciar o seu período de recuperação pós-operatória durante o período de tempo no qual decorreu o estágio; ser uma doente que, decorrente da sua cirurgia, apresentasse uma previsibilidade elevada da intensidade de dor aguda no período pós-operatório (Garcia, 2006); e que decorrente da complexidade de cuidados necessários ao controlo da dor aguda possibilitasse demonstrar a exigência colocada na prestação destes.

Estabeleci como objetivos deste trabalho:

- Conhecer a doente, estabelecendo uma relação terapêutica no momento da admissão ao serviço.
- Demonstrar as atividades de enfermagem na prestação de cuidados à doente com dor aguda no pós-operatório imediato com vista à sua adaptação, desenvolvendo uma reflexão crítica baseada na evidência científica;
- Desenvolver um plano de cuidados de acordo com o modelo teórico de Callista Roy, fundamentado nos princípios e nas competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e de enfermeiro de oncologia definidas pela European Oncology Nursing Society (EONS) (2013).

O trabalho foi estruturado num único capítulo, subdividido em três subcapítulos, iniciando-se com uma breve apresentação e enquadramento do estudo de situação, seguindo com a apresentação da doença oncológica da doente. Posteriormente apresenta-se a pessoa e a evolução da sua situação de doença, descrevendo os cuidados de enfermagem prestados no período pós-operatório, baseados na teoria de adaptação de Callista Roy.

1 – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE SITUAÇÃO

Como sabemos, a experiência de doença é um acontecimento único na vida de cada indivíduo. A forma como se enfrenta e se elaboram estratégias para lidar com a mesma é muito peculiar, dependendo das características de cada um e do contexto onde se desenvolve sendo fundamental o papel da enfermagem. Quando estabelecemos um processo de enfermagem com e onde a participação do doente é pedra basilar, pretendemos garantir a recuperação e sucesso de todo o tratamento. Como nos diz a Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009), os cuidados de enfermagem envolvem uma interação com a pessoa, família, grupos ou comunidade, estabelecendo uma relação de ajuda, procurando identificar os problemas de saúde, orientando a sua intervenção para o ajustamento dos comportamentos desadaptados. Pretende-se que o enfermeiro seja capaz de pensar criticamente de forma a encontrar a melhor forma de resolver o problema identificado, recorrendo ao conhecimento e à experiência (Potter & Perry, 2006).

Este raciocínio deve ser efetuado segundo a metodologia do processo de enfermagem, tratando-se de uma resolução sistemática de problemas, através do método científico, seguindo várias etapas (Bolander, 1998) que podem variar de acordo com a teoria de enfermagem.

Segundo a teoria de adaptação de Roy & Andrews (2001), o processo de enfermagem inclui as seguintes etapas: identificação de comportamento, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção, e avaliação, devendo este basear-se na visão da pessoa como um sistema adaptável, na qual a pessoa é vista como um sistema global, que responde ou se adapta às mudanças ou estímulos, sejam eles estímulos internos ou do ambiente envolvente, no qual o principal objetivo da enfermagem é dirigido a ajustar o comportamento da pessoa doente para que desenvolva um comportamento adaptado (Pearson & Vaughan, 1992).

Para a EONS (2013) o papel do enfermeiro de oncologia deve obedecer a cinco itens fundamentais: **a teoria**, na qual enfermeiro de oncologia se baseia, utilizando conceitos teóricos como base para a intervenção e tomada de decisões práticas; a recolha de dados, através da qual o enfermeiro oncológico recolhe dados relativos ao estado do doente de forma sistemática e contínua, devendo esses dados ser de fácil acesso e comunicados ao resto dos membros da equipa multidisciplinar; o **diagnóstico**, pelo qual

o enfermeiro analisa os dados recolhidos formulando posteriormente o diagnóstico de enfermagem; **o planeamento** que é desenvolvimento através da elaboração de um plano de cuidados orientado para os objetivos de forma individualizada e holística; e **a intervenção**, na qual o enfermeiro coloca em prática o plano de cuidados de enfermagem de modo a cumprir os objetivos estipulados para o doente. Para além disso, deve atuar prestando cuidados de forma holística, tolerante, sem julgamento, assegurando que os direitos, crenças e desejos do indivíduo e das suas famílias não sejam comprometidos, garantindo a obtenção de uma **avaliação** abrangente e holística tendo em conta as condições físicas, sociais, culturais, psicológicas e ambientais da doença oncológica; e avaliando o impacto de viver com cancro para o doente e para a sua família.

Enquanto enfermeira, procurando a excelência do cuidado, necessito deter a capacidade para interligar estas competências, devendo deter conhecimento técnico-científico, da pessoa, (as suas preferências, os seus hábitos, expectativas, capacidades e recursos), identificando os comportamentos desadaptados e, em conjunto com a doente, estabelecer metas de recuperação com vista a um comportamento adaptado.

Os dados recolhidos para a realização deste estudo de situação foram obtidos aquando da admissão da doente ao serviço, utilizando a folha de colheita de dados instituída, que segue o modelo da teoria das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson, revelando-se este o momento mais oportuno para desenvolver um diálogo terapêutico no qual se pudesse recolher os dados necessários à caracterização da pessoa, contexto e situação atual de doença, e vivências da doente e família face à situação de doença. Apesar de ter acompanhado a doente desde a sua admissão, cirurgia e período do pós-operatório imediato, o desenvolvimento deste estudo de situação cingiu-se aos acontecimentos decorridos aquando da passagem da doente pela SO e, em particular, no desenvolvimento de intervenções que promovessem a adaptação e enfrentamento ao estímulo de dor aguda.

1.1 – Breve conhecimento da doença oncológica

Em Portugal o carcinoma do cólon e reto constitui o tumor mais frequente e o segundo com maior taxa de mortalidade, sendo causa de morte de 9 a 10 pessoas por dia no nosso país (Miranda *et al.*, 2013). Na realidade, apesar de existir tratamento curativo, o diagnóstico é habitualmente realizado numa fase sintomática, tornando o

prognóstico reservado e a sobrevivência global aos 5 anos não ultrapassa 50% (Pinto, 2012).

Clinicamente, o carcinoma do cólon e reto manifesta-se fundamentalmente por alterações do trânsito intestinal e retorragias, sendo que sintomas como a dor abdominal e o emagrecimento traduzem um estado avançado da doença (Mendes, 2008). Múltiplos são os fatores de risco que podem estar envolvidos no aparecimento e desenvolvimento do carcinoma do cólon e reto. Os mais referidos na bibliografia são os hábitos alimentares, as condições ambientais, a carga hereditária, o estilo de vida ou a presença concomitante de outras patologias. Em particular, podemos referir que, com o aumento da idade, em especial a partir dos 50 anos, aumenta a incidência de aparecimento de carcinoma do cólon e reto em ambos os sexos, o sedentarismo, a obesidade, o excesso de álcool e a ingestão excessiva de carne, principalmente a vermelha, o tabagismo, a diabetes, assim como antecedentes pessoais de pólipos intestinais, presença de doença inflamatória do cólon ou história familiar de carcinoma do cólon e reto, contribuem para o desenvolvimento e aparecimento de adenomas, para além de aumentarem o risco do carcinoma do cólon e reto (Gomes, 2008).

Embora alguns dos fatores de risco sejam possíveis de serem modificados com alterações dos estilos de vida, outros como a idade e a história familiar não o são. Daí a importância da realização da prevenção e do rastreio. A “prevenção, rastreio e deteção precoce estão entre as melhores estratégias disponíveis na luta contra o cancro” (Otto, 2000, p. 33). No entanto, não interessa termos rastreios se não se sensibiliza a população para os mesmos. As barreiras são muitas, estas estão relacionadas não apenas com os cidadãos, mas também com os profissionais de saúde, as instituições que os realizam e com os testes (Pinto, 2012).

A prevenção e deteção precoce do cancro é da responsabilidade de muitos profissionais, mas os enfermeiros têm uma posição crucial para servirem de defensores desta causa e catalisadores da mudança. A prevenção primária do cancro significa sugerir comportamentos saudáveis que promovam a adaptação, tais como a cessação do tabagismo, diminuição da ingestão de álcool, alteração dos hábitos dietéticos, e, nalguns casos, melhoria do ambiente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 1991).

As mais recentes *guidelines* sugeridas pela *American Cancer Society*, o *American college of Gastroenterology* e a *American Society of Colon and Rectal Surgeons* para o

rastreio do carcinoma do cólon e reto referem a pesquisa de sangue oculto fezes anualmente, a sigmoidoscopia flexível de 5 em 5 anos e a colonoscopia de 10 em 10 anos, como as melhores estratégias, para indivíduos assintomáticos com idade superior a 50 anos (grupo de risco padrão) (Qaseem *et al.*, 2012).

Para a realização dos métodos de rastreio do carcinoma do cólon e reto, importa estratificar corretamente o risco individual de carcinoma do cólon e reto. Existem três níveis de risco para o carcinoma do cólon e reto: risco padrão, no qual se incluem todos os indivíduos assintomáticos com idade superior a 50 anos; risco aumentado, que engloba os indivíduos com história familiar de polipose ou cancro; e por último, o alto risco que inclui indivíduos com história de síndromes hereditários de polipose adenomatosa, síndrome Lynch, colite ulcerosa ou doença de Crohn (Gomes, 2008), devendo adaptar-se os exames ao risco individual identificado. No entanto a colonoscopia é o exame “*gold standard*”, no que se refere a métodos de diagnóstico do carcinoma do cólon e reto, permitindo o seu diagnóstico em mais de 25% das lesões não detetadas por outros métodos (Mendes, 2008).

Com o diagnóstico de carcinoma do cólon e reto feito o tratamento do doente deve ser guiado por um correto estadiamento devendo para isso o caso ser discutido e tratado por uma equipa multidisciplinar constituída por cirurgiões, patologistas, radiologistas, oncologistas, radioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e estomaterapeutas. A cirurgia continua a ser o único tratamento potencialmente curativo, mas as terapêuticas adjuvantes, tais como a quimioterapia e a radioterapia, desempenham um importante papel. A cirurgia tem por objetivo, independentemente da localização do tumor, a remoção do tumor primário com margens adequadas e a realização de linfadenectomia regional. Aproximadamente 92% dos doentes com cancro do cólon e 84% com cancro rectal são submetidos, como primeira opção terapêutica, à cirurgia, a maioria com intenção curativa (Compton, 2003).

O prognóstico dos doentes com carcinoma do cólon e reto depende da invasão tumoral na parede intestinal, do envolvimento de gânglios locais e de metástases à distância, só sendo possível definir exatamente o estadiamento da doença na fase pós-operatória, através do estudo patológico das peças ressecadas, exceto quando existe evidência de metastização à distância (Jacobsen & Jackson, 2009).

Para a realização deste estudo de situação foi importante conhecer quais os antecedentes pessoais e familiares da Sra. D.^a D.F.R.G. que se apresentam em seguida.

1.2 – Período pré-operatório: Admissão da doente ao serviço

A Sra. D.^a D.F.R.G. de 39 anos, caucasiana, sexo feminino, natural de Lisboa, deu entrada no serviço de cirurgia com diagnóstico de neoplasia colon estadio III para realização de hemicolectomia no dia seguinte.

À chegada ao serviço vem acompanhada pelo marido, encontra-se bem-disposta, fácies normal, com aparência bem cuidada e arranjada. Apresenta bom estado geral, peso 60kg e 1,66m de altura, pele e mucosas coradas e hidratadas. Como antecedentes pessoais refere ser fumadora de cerca de 20 cigarros por dia, e como antecedentes cirúrgicos menciona ter realizado duas cesarianas (1995, 2001), e uma apendicectomia (2000). Relativamente à história familiar de doença, indica que o pai e o irmão têm diabetes tipo I, desconhecendo doenças gastrointestinais nos familiares mais próximos. Desconhece alergias. Em termos alimentares refere preferir carne a peixe, não comendo legumes por não gostar, tomando 3 a 4 cafés por dia. Refere que ultimamente tem descansado mal durante a noite, em particular desde que soube da doença, dormindo cerca de 3 a 4 horas. Católica, mas pouco praticante, refere não necessitar da assistência do capelão.

A Sra. D.^a D.F.R.G reside na cidade de Lisboa, tendo como agregado familiar o marido e duas filhas (18 e 12 anos), sendo a sua principal ocupação a atividade de doméstica. Estudou até ao 11^o ano e não concluiu o secundário por dificuldades económicas e familiares. Vive num apartamento com 2 quartos, 2 casas de banho, 1 sala e 1 cozinha com condições adequadas para o bem-estar e saúde. O rendimento familiar é garantido pelo marido que tem um negócio de venda ambulante de comida (roulote) durante a noite. A relação familiar parece estável, o marido de ar sério, durante a entrevista de acolhimento, foi manifestando expressões de carinho e de suporte perante a situação de internamento. Verifica-se uma grande preocupação de ambos pelo bem-estar psicológico das filhas, o que os levou a omitir o verdadeiro problema de doença. Segundo o marido *“se disséssemos às meninas que a mãe tinha cancro elas não iriam suportar. Assim, optámos por lhes dizer que ela tinha um problema na barriga e tinha de ser operada” (sic).*

O apoio familiar tem sido de extrema importância para ambos, a Sra. D.^a D.F.R.G tem uma família grande, “*tenho 1 irmão, 3 tios e 7 primos da parte dos meus pais, da parte do meu marido também tenho um cunhado e a minha sogra que estão sempre disponíveis*” (sic), alguns amigos do casal também têm sido fundamentais, acompanhando todo o processo de descoberta da doença e prestando apoio emocional. Como ocupação dos tempos livres, refere que tem prazer em fazer caminhadas, ler e ouvir música, mas que desde que descobriu a doença têm-se reservado mais em casa, apesar da insistência de uma amiga em continuar a fazer caminhadas. Quando questionada sobre o que conhece da sua doença e quais as suas implicações para si e para a sua vida, refere que tem feito algumas pesquisas na internet e que sabe que a cirurgia é apenas o início da batalha que tem de travar para vencer o cancro, no entanto manifesta-se otimista na resolução da situação. Revela ter medo e alguma ansiedade face aos tratamentos, em especial no que concerne à presença de dor no pós-operatório. Neste momento foi oportuno explicar que temos formas de ajudar a controlar a dor, mas que seria necessário a sua colaboração. Foi escolhida em conjunto com a doente a escala numérica de avaliação de dor (que foi utilizada durante todo o internamento) e caracterizada a dor sentida no momento da colheita de dados que corresponde ao 1º dia de internamento. A dor descrita caracterizou-se numa dor abdominal, localizada principalmente no flanco esquerdo, tipo moimha, com uma intensidade de 2. Para a Sra. a presença de dor é encarada como um prenúncio de que algo não está a correr e que a situação de saúde está a piorar. Associa a dor a estados terminais de doença, uma vez que, por experiência pessoal, cuidou de uma vizinha a quem foi diagnosticado um tumor abdominal e que “*teve um fim de vida com muito sofrimento*” (sic).

Relativamente à evolução e vivência da doença oncológica, a Sra. D.^a D.F.R.G refere ter suspeitado que algo não estava bem, quando apresentou retorragias pontuais associadas a dor abdominal moderada no início de Abril de 2013. Por este motivo dirigiu-se ao centro de saúde da sua área de residência, no qual lhe é prescrito a realização de análises sanguíneas, e colonoscopia de diagnóstico. Os exames laboratoriais efetuados não apresentaram alterações, no entanto a colonoscopia deteta uma “*lesão vegetante semi-circunferencial e estenosante não ultrapassável, compatível com neoplasia (exofítica)*”. Com este diagnóstico é referenciada para este centro oncológico multidisciplinar, onde fica a aguardar data de consulta. No mês de Junho, tem um agravamento dos sintomas, manifestado por um quadro de retorragias abundantes

associadas a dores intensas, que descreveu como “sensação de guinada, tipo cólica, que nunca passava e parecia repuxar tudo cá dentro” (sic), que a levaram à urgência geral do hospital da área de residência. Nessa altura foi observada, realizou análises laboratoriais e foi medicada com analgésicos (que não recorda o nome). Como já tinha o pedido de encaminhamento para o centro oncológico multidisciplinar, reenviaram-na para domicílio a aguardar consulta.

Durante o período de espera até à consulta, a doente refere ter mantido dores abdominais intensas, especialmente quando evacuava, para as quais se automedicava com Brufen em doses de 1200 mg de 6 em 6 horas (adotando um comportamento desadequado) e em concomitância tomava laxante Doce Alivio em dose de um comprimido por dia. Tentou outras alternativas de controlo da dor quando a medicação começava a diminuir o seu efeito, tais como a aplicação de calor (aplicação de água quente no banho) ou frio, mas sem resultados.

No início de Julho foi à consulta e, perante a evolução de doença, são realizados exames complementares para estadiamento da doença que incluiu análises laboratoriais, Raios-X do tórax para investigação de metástases pulmonares (que não se confirmaram) e a realização de Tomografia Axial Computorizada abdomino-pélvica. O diagnóstico final foi de cancro colon transversal estágio IIIb, com invasão da parede muscular própria até à subserosa e tecidos peritoneais. Perante o diagnóstico é proposta à doente, em reunião de decisão terapêutica, intervenção cirúrgica de ressecção tumoral, que aceitou.

Para controlo da dor foi enviada à clínica da dor na qual foi prescrito um esquema terapêutico que se encontra a fazer e que inclui: Travex 50 mg (sos), Ipobrufeno 400mg pequeno-almoço e jantar; Paracetamol 1gr, 10h e 22h; Mirtazapina 15 mg ao deitar; Omeprazol 20 mg.

Pelos dados recolhidos, constata-se que a situação de doença apresentada pela doente é encarada como muito preocupante, em especial no que toca à presença de dor. A doente desenvolveu a partir do diagnóstico, um conjunto de mecanismos emocionais de adaptação à doença de acordo com as suas circunstâncias de vida que a levavam a aparentar uma calma relativa (demonstrada na entrevista de colheita de dados), verbalizada apenas pela constante preocupação com o bem-estar das duas filhas, mas alertando-me para um significado pessoal muito negativo atribuído à doença oncológica, à presença de dor e à eventual iminência da morte. Perante esta realidade e no sentido

de ajudar a doente a tomar consciência do que se passava com ela, recorri a algumas estratégias que facilitassem a melhor adaptação da doente à situação de doença. Assim utilizei a escuta ativa, procurando manter um ambiente calmo aquando da prestação dos cuidados isento de estímulos externos, para desenvolver com a doente uma relação de confiança terapêutica (Phaneuf, 2005) para além disso utilizei sempre tom de voz sereno e pausado, o toque e o contacto direto com o olhar por forma a de mostrar disponibilidade e compreensão, para que a doente pudesse exprimir, se assim desejasse as suas preocupações. No entanto não foi fácil para a doente ultrapassar esses obstáculos emocionais, que conseqüentemente condicionaram todo o processo de avaliação e controlo da dor aguda no período pós-operatório.

1.2 – Período pós-operatório: sala de observação

Tendo em conta a apresentação da doente e a descrição da evolução da sua doença oncológica, apresento em seguida a descrição do plano de cuidados, após a entrada da doente na sala de observação, e no qual foram identificados os comportamentos desadaptados em três modos de adaptação (modo fisiológico, autoconceito e função de papel na vida real), os estímulos que levaram à sua desadaptação, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem, os comportamentos adaptados esperados e a avaliação (Apêndice 1).

Este plano foi realizado, após a Sra. D.^a D.F.R.G. ter dado entrada na sala de observação pelas 12.30h, vinda do bloco operatório onde foi submetida à realização de hemiclectomia para remoção tumoral. Foi acolhida por mim e pelo meu orientador de estágio que, em conjunto, ficamos responsáveis pela prestação dos cuidados necessários à recuperação pós-operatória.

Quando a doente deu entrada na sala de observação já não era apenas mais uma doente sujeita a uma cirurgia, mas sim uma pessoa com uma história pessoal e particular de vida, com quem eu já tinha estabelecido uma ligação prévia no momento de acolhimento ao serviço. Por este facto, a doente sentiu-se mais confortada, permitindo-lhe enfrentar os seus medos e angústias de forma mais fácil. Também para mim este facto foi facilitador na prestação de cuidados, uma vez que cuidar implica envolver o próprio doente no planeamento, na execução e na avaliação dos cuidados, estabelecendo

estratégias de resolução de problemas em conjunto (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008).

A doente que acompanhei, desenvolveu a partir do diagnóstico, um conjunto de mecanismos emocionais de adaptação à doença de acordo com as suas circunstâncias de vida que a levavam a aparentar uma calma relativa (demonstrada na entrevista de colheita de dados), verbalizada apenas pela constante preocupação com o bem-estar das duas filhas, mas alertando-me para um significado pessoal muito negativo atribuído à doença oncológica, à presença de dor e à eventual iminência da morte. Perante esta realidade e no sentido de ajudar a doente a tomar consciência do que se passava com ela, recorri a algumas estratégias que facilitassem a melhor adaptação da doente à situação de doença. Assim utilizei a escuta ativa, procurando manter um ambiente calmo aquando da prestação dos cuidados isento de estímulos externos, para desenvolver com a doente uma relação de confiança terapêutica (Phaneuf, 2005) para além disso utilizei sempre tom de voz sereno e pausado, o toque e o contacto direto com o olhar por forma a de mostrar disponibilidade e compreensão, para que a doente pudesse exprimir, se assim desejasse as suas preocupações. No entanto não foi fácil para a doente ultrapassar esses obstáculos emocionais, que conseqüentemente condicionaram todo o processo de avaliação e controlo da dor aguda no período pós-operatório.

A atuação de enfermagem teve enfoque no modo de adaptação fisiológico, dado que as metas de adaptação para o período pós-operatório são estabelecidas de acordo com as prioridades básicas de sobrevivência da pessoa. O modo de interdependência não foi identificado por não se justificar neste período. As intervenções de enfermagem estabelecidas foram desenvolvidas de acordo com os estímulos focais, contextuais e residuais, para que a adaptação seja promovida.

Descrevendo agora em pormenor as intervenções de enfermagem efetuadas à chegada à Sra. D.^a D.F.R.G, tendo em conta o comportamento desadaptado identificado, verificamos que: no modo fisiológico a Sra. D.^a D.F.R.G apresentava uma alteração a nível da oxigenação, com a doente a manifestar uma diminuição da capacidade respiratória com saturações periféricas inferiores a 90%, tendo sido imediatamente administrado oxigénio a 3 l/min através de sonda de oxigénio bi-nasal e elevada a cabeceira da cama. A nível nutricional a doente apresentava bom estado geral, com pele e mucosas ligeiramente pálidas, com sonda nasogástrica em drenagem passiva, sem conteúdo, tendo como plano alimentar uma dieta zero para os próximos 2 dias. No que toca à

eliminação, não se identificaram movimentos intestinais, mas a doente refere desconforto face à presença da sonda vesical, pelo que foram prestados esclarecimentos sobre a função e objetivos da mesma. A sonda vesical encontra-se funcionante, drenando urina clara, com débito urinário superior a 30ml/h. Relativamente à atividade e repouso verifica-se agitação psicomotora, choro fácil e mal-estar generalizado que a doente diz ser decorrente da presença de dor, pelo que foi ajudada a encontrar uma posição que se revelasse mais confortável. Quanto à proteção, não existem alterações na pele e tegumentos, com a exceção da ferida operatória situada na região abdominal com incisão mediana que se encontra tapada com penso externamente limpo e seco, ficando sob vigilância. A nível dos fluidos e eletrólitos a doente apresenta duas vias periféricas no dorso da mão esquerda sem sinais inflamatórios, com fluidoterapia em curso (soro polielectrolítico simples a 42 ml/h e polielectrolítico glicosado a 21 ml/h) não se verificando alterações hemodinâmicas (Tensão Arterial: 126/78mmHg; Pulso: 67 batimentos por minuto; Temperatura: 36,1°C). No que diz respeito à categoria dos sentidos, a doente refere ter dor intensa a nível abdominal que não conseguia especificar (8 na escala numérica), traz em curso protocolo analgésico N-conv D (Anexo 1) que ainda não teve grande eficácia algica.

No modo de autoconceito identifica-se uma alteração na categoria do eu pessoal manifestado através do comportamento de agitação psicomotora em resposta à associação que a doente faz pela presença de dor a um eventual agravamento da doença que a poderá conduzir à morte.

No modo de função da vida real, o seu papel familiar está comprometido. A doente adulta, ativa, manifesta-se incapaz de poder tomar conta das filhas tendo de recorrer a familiares para a ajudarem no seu papel de mãe. Esta situação deixa-a preocupada e ansiosa perante o facto de ter de recorrer ao apoio de terceiros para substituição do seu papel.

Efetuada o plano de cuidados de acordo com os comportamentos desadaptados, volto agora a minha atenção para os cuidados que envolveram a avaliação e o controlo da dor aguda pós-operatória, por ser o meu enfoque.

Durante o tempo de estágio em que acompanhei a Sra. D.^a D.F.R.G, verifiquei que cuidados que envolvem a avaliação e o controlo da dor aguda pós-operatória são uma prioridade para a equipa de enfermagem e também o foram para mim durante o estágio.

A primeira etapa de atuação passa pela avaliação da dor, tal como indica a circular normativa n.º 9 da Direção Geral da Saúde (2003). Durante o processo de avaliação da dor aguda, os enfermeiros dão primazia à caracterização e descrição que a doente faz da sua dor, tal como aponta o Guia orientador da boa prática para a dor elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) e o Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direção Geral da Saúde (2001). Como sabemos, a pessoa é o melhor avaliador da sua dor. Desta forma, procedi em consonância e questioneei a Sr.ª D.F.R.G quanto à localização da dor, as suas características, a duração, a frequência, e se existia algum fator de agravamento ou de alívio que pudesse influenciar a mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Para além disso, a intensidade da dor foi avaliada através de uma escala de autoavaliação (escala numérica), que já havia sido utilizada anteriormente com a doente. Caso não fosse possível utilizar esta escala, teria recorrido a uma outra escala mais adaptada à situação clínica, que se encontram facilmente acessíveis na documentação do serviço e que está de acordo com as diretrizes da circular normativa n.º 9 da Direção Geral da Saúde (2003).

Apesar de se dar primazia à descrição da dor feita pela doente, os enfermeiros ficam também atentos a outros dados objetivos e que muitas vezes acompanham as queixas de dor aguda, tais como o aumento da tensão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória, diaforese, palidez, aumento da tensão muscular ou a adoção de uma posição defensiva (Bolander, 1998), que no caso específico da Sra. D.ª D.F.R.G a repercutia-se essencialmente através da agitação psicomotora e choro.

Mas avaliar a dor não é tarefa fácil. Como sabemos, a dor é um fenómeno multidimensional pessoal, que engloba muitos componentes tanto sensoriais como afetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Sakata *et al.*, 2003). Para a Sra. D.ª D.F.R.G, a presença de dor repercutia uma carga emocional negativa que, segundo a própria, a levava a pensar num agravamento da situação de saúde e numa maior dificuldade em poder ajudar as filhas, desempenhando o seu papel de mãe. Por este motivo, o apoio emocional e o encorajamento da expressão dos sentimentos, desenvolvendo uma relação de confiança e compreensão são fundamentais (Bolander, 1998; Ordem dos Enfermeiros, 2008), tendo estabelecido um diálogo com a Sr. D.F.R.G, onde escutei os seus medos, preocupações e sentimentos face à interrupção do seu papel familiar, identifiquei quem a substituiu, enfatizando tratar-se de uma situação temporária e necessária, explicar que a cirurgia era importante para a sua saúde, e que a presença de dor não é indicativo de agravamento da doença.

Após avaliação da dor, estabeleci medidas de resolução adequadas ao problema que, neste caso, passaram por medidas farmacológicas e não farmacológicas. Como sabemos a dor aguda é descrita como uma “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (Direção Geral da Saúde, 2001, p. 27), pelo que a primeira linha de atuação para o seu controlo, tal como indica a evidencia científica, deve basear-se em terapias farmacológicas com analgésicos fortes, como os opióides (Momeni, Crucitti & De Kock, 2006).

A analgesia delineada para a Sra. D.^a D.F.R.G foi planeada tendo em conta intensidade da dor prevista para a intervenção cirúrgica a que foi submetida e incluiu uma analgesia preventiva como intervenção prévia à cirurgia, por forma a diminuir ou atenuar a dor no pós-operatório imediato e que teve seguimento na sala de observação com a prescrição de um protocolo analgésico não convencional, com utilização de analgesia controlada pelo doente (*Patient Controlled Analgesia* - PCA) que continha morfina em perfusão endovenosa contínua a 0,4mg/h, em bólus de 1mg com intervalos de segurança de 8 minutos.

Vários são os protocolos analgésicos que se encontram disponíveis na instituição que têm como finalidade a uniformização e a organização analgésica da dor aguda no pós-operatório (Caseiro *et al.*, 2013). Segundo Caseiro *et al* (2013, p. 300) “os protocolos analgésicos (...) refletem os conceitos de planeamento integrado e de analgesia multimodal, dando especial destaque às modalidades analgésicas não convencionais (por via epidural e em PCA), elegendo-as como as mais efetivas e seguras para administração de opióides.” Estão estabelecidos dois tipos de protocolos analgésicos, os convencionais e os não-convencionais, existindo, até à data, 12 protocolos convencionais e 13 não convencionais (Caseiro *et al.*, 2013). A analgesia convencional diz respeito a toda a analgesia passível de ser colocada em marcha apenas pela prescrição do clínico assistente, mas sem necessidade da sua intervenção direta, enquanto que a analgesia não-convencional diz respeito a outras modalidades analgésicas que necessitam da intervenção direta do anestesiológista para poderem ser iniciadas (Caseiro *et al.*, 2013). No entanto, todo este processo não é possível sem a vigilância e o controlo de qualquer manifestação indesejável ou de ineficácia terapêutica realizada pelos enfermeiros. Estes são elementos chave em todo o processo e espera-se que adotem atitudes corretoras de substituição, adequação analgésica ou de interrupção de protocolos de acordo com os acontecimentos e avaliação da dor pós-operatória (Caseiro, 2004).

Como já referi, a Sra. D.^a D.F.R.G chega à SO com um protocolo analgésico que não estava a ser eficaz. Por este motivo, ouve a necessidade de adequar a dose de perfusão endovenosa de morfina aumentando-a para 0.5mg/h ao mesmo tempo que se administrou paracetamol 1gr endovenoso em intervalos de 6h em 6h. Um aspeto importante que importa referir passou pela utilização da PCA. De acordo com Momeni *et al* (2006) a utilização de PCA como método de controlo da dor pelo doente proporciona uma analgesia eficaz e segura desde que o doente compreenda a sua utilização. Devido à sua agitação e ansiedade, a Sra. D.^a D.F.R.G não tinha compreendido convenientemente a utilização da PCA, receando que se carregasse muito no botão podia ficar sonolenta e, por conseguinte, não conseguir ver as filhas na hora da visita. Nesta situação, denota-se uma falha na comunicação e, conseqüentemente, na interpretação da informação recebida por parte da doente. Revela-se imprescindível, na realização de ensinamentos, a necessidade de obter o *feedback* da doente sobre a informação transmitida, de forma a perceber o que realmente ela compreendeu. Provavelmente teria sido proveitoso, no momento do acolhimento, recorrer a instrumentos auxiliares de ensino, tal como a apresentação e demonstração do aparelho de PCA, facilitando a assimilação da informação por parte da doente.

Identificada esta limitação, reforçou-se a explicação do funcionamento do dispositivo, desmistificando medos e receios e incentivando a utilização da PCA. Verifiquei que, quanto mais vezes a doente é incentivada, mais eficaz é a utilização da PCA, tornando a doente mais autónoma na gestão e controlo da sua dor e mais satisfeita com os cuidados, tal como referem Adriana & Palombo (2001). Para além disso, uma utilização adequada da PCA permite uma redução do tempo despendido pelo enfermeiro no tratamento analgésico, fazendo com que tenha mais tempo para prestar assistência a outros comportamentos desadaptados da doente (Momeni *et al.*, 2006; Palombo & Medeiros, 2001).

De salientar que a utilização de protocolos analgésicos promove uma certa liberdade de atuação dos enfermeiros na gestão e controlo da dor no que toca a intervenções farmacológicas (Garcia, 2006), reduzindo o espaço que medeia a avaliação e a atuação, sem esquecer a importância da articulação entre equipas. Como diz Caseiro (2004, p.33), “os enfermeiros, pelo seu papel fulcral em todos os procedimentos de vigilância, monitorização, interpretação e manutenção indispensáveis à organização analgésica do pós-operatório, deverão ser objeto permanente de atenção no que diz

respeito à formação que envolva as tarefas que lhes cabem”. Esta função vai ao encontro do que é descrito no guia orientador de boas práticas para a dor, no qual é referido que o enfermeiro deve “colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17).

Para além das medidas farmacológicas adotadas para o controlo da dor aguda, foram associadas medidas não farmacológicas tais como a massagem, posicionamento e apoio emocional, que segundo Potter & Perry (2006) e a Ordem dos Enfermeiros (2008) podem promover o relaxamento, a redução da ansiedade e o controlo da dor.

Terminada a avaliação e implementadas as intervenções necessárias para o controlo da dor, procede-se ao seu registo tal como é indicado na circular normativa n.º 9 da Direção Geral da Saúde (2003), efetuando-as em folha própria de enfermagem existente na sala de observação, com todo o rigor, sem esquecer nenhum pormenor e em conformidade com as indicações de registo do protocolo analgésico instituído, uma vez que só assim se garante uma eficaz continuidade de cuidados entre todos os membros da equipa multidisciplinar (Caseiro, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os restantes registos resultantes das intervenções efetuadas são também realizados apesar de não existir um instrumento de avaliação específico para monitorizar e avaliar as ações implementadas sobre as necessidades levantadas, sendo descritas ao longo das notas de enfermagem.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem prestados a esta doente na sala de observação pautaram-se pela promoção da adaptação a cada um dos comportamentos desadequados, com vista a uma rápida recuperação pós-operatória. Como diz Lopes (2011, p. 26) “os enfermeiros, ajudam e complementam as competências de funcionamento das pessoas em situação de dependência na realização das atividades de vida” ao mesmo tempo que “orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual”, sendo esta a conduta que pude observar ao longo do estágio e em particular junto da Sra. D.ª D.F.R.G.

CONCLUSÃO

Um dos aspetos mais importantes do doente oncológico é a multiplicidade de tratamentos que implica muitas vezes a presença de dor. A dor, e em especial a dor aguda pós-operatória, quanto não tratada convenientemente provoca o aumento de complicações pós-operatórias, causando desconforto, alterações fisiológicas e psicológicas, prolongamento do internamento, aumento dos custos e insatisfação do doente com os tratamentos (Fontes & Jaques, 2007). Face à possibilidade de ocorrências destas complicações, tive a possibilidade de aprender que só através da elaboração de um diagnóstico precoce, identificando o quadro algico no pós-operatório imediato, avaliando o doente de forma sistematizada, utilizando escalas específicas para avaliação e caracterização da dor em todos os seus domínios, aferindo as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do doente, identificando fatores que contribuam para o aumento ou diminuição da queixa algica, e adaptando a terapêutica analgésica ao tipo e intensidade da dor, se pode controlar a dor convenientemente. Para além disso o tratamento deve ser individualizado e desenvolvido em conjunto com outros profissionais, pois é no confronto com as diferentes realidades de cuidar que se otimizam os melhores tratamentos.

Pela realização deste estudo de situação, pude desenvolver competências comunicacionais e relacionais necessárias à avaliação da pessoa com dor aguda no pós-operatório imediato e, ao mesmo tempo, desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, no que respeita ao desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade pessoal, bem como competências no domínio da gestão dos cuidados, em particular quando entrevi no processo de cuidar, estabelecendo diagnósticos, e desenvolvendo soluções adequadas de avaliação, baseadas na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Para além disso, cumpro com um dos requisitos do perfil de competências da EONS (2013), segundo o qual o enfermeiro em oncologia deve saber construir um plano de cuidados com base nas características individuais da pessoa doente com cancro.

Analisando o percurso realizado para a consecução deste estudo de situação considero que consegui atingir os objetivos a que me propus, uma vez que estabeleci uma relação terapêutica com a Sra. D.^a D.F.R.G no momento da admissão ao serviço, útil para a prestação de cuidados de enfermagem no período pós-operatório, desenvolvendo uma reflexão crítica, demonstrando um exercício profissional seguro e ético fundamentado

num conjunto de conhecimentos científicos e técnicos baseados na evidência científica, que possibilitou a adaptação da doente.

A utilização da teoria da adaptação de Callista Roy, assumiu-se como um desafio, mas permitiu-me perceber que as pessoas, mediante estímulos, podem desencadear respostas, ora positivas ora negativas, em situações de doença, cabendo ao enfermeiro atuar como mediador entre a objetividade técnica e a subjetividade humana, elaborando estratégias para as ações do cuidar e capacitando o doente a criar mecanismos de enfrentamento dos comportamentos desadaptados que possam diminuir as respostas negativas e assim facilitar a recuperação da saúde. Trata-se de uma teoria útil e que se enquadra na prestação de cuidados ao doente com dor. No entanto, devo referir que, ao longo da realização trabalho, senti algumas dificuldades na utilização da linguagem proposta por Roy, nomeadamente no levantamento dos diagnósticos, uma vez que não me encontrava familiarizada com os conceitos. Devo referir ainda, tal como enunciei anteriormente, que a teórica de referência da instituição é Virginia Henderson, tendo sido necessário um esforço extra da minha parte para realizar a transposição dos dados obtidos na colheita de dados (realizada recorrendo ao documento da instituição) adequando-os para a implementação do plano de cuidados de acordo com a teoria da adaptação de Callista Roy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana, P. & Palombo, V. (2001). Controlo da dor aguda no pós-operatório imediato. *Revista Enfermagem UNISA*, 2, 57–61.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofisiológica*. (M. T. Leal, A. G. de Almeida, B. de M. Corrêa, F. Gaspar, G. Mouga, I. Albernaz, ... M. A. Madeira, Trad., M. A. Madeira, Ed.) (1ª edição). Lisboa: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Sorensen and Luckmann's basic nursing: a psychophysiologic approach, 3th ed., 1994, Philadelphia: W.B. Saunders Co).
- Caseiro, J. M. (2004). *A Organização da Analgesia do Pós-Operatório*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Caseiro, J. M., Serralheiro, I., Medeiros, L., Teles, I., Regateiro, M. de L., Afonso, M., ... M. Amélia. (2013). *Manual de procedimentos do Serviço de anestesiologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE*. (8ª edição.). Lisboa: Baxter.
- Compton, C. C. (2003). Colorectal carcinoma: diagnostic, prognostic, and molecular features. *Modern Pathology: An Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology*, 16 (4), 376–388. doi:10.1097/01.MP.0000062859.46942.93
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (1991). *O papel dos enfermeiros na prevenção e detecção precoce do cancro* (pp. 1–2).
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Portugal. Disponível em: [http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA](http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&mid=5005&codigoms=0&codigono=6833683471047367AAAAAAAA)
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

European Oncology Nursing Society. (2013). *European Oncology Nursing Society Cancer Nursing Curriculum 2013* (Vol. 2013). Brussel: European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain. Disponível em:

<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência Cuidar Saude*, 6 (2), 481–487.

Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em analgesia pós-operatória*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Gomes, P. M. (2008). *Cancro do cólon e recto*. Universidade da Beira Interior. (Tese de Mestrado). Disponível no repositório da Universidade da Beira Interior. Disponível em:

<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/736/pedrosmestradocancro.pdf>

Jacobsen, J. & Jackson, V. A. (2009). A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 7 (4), 475–80. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19406044>

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550

Lopes, C. T. F. S. S. (2011). *Cuidados centrados no doente em oncologia*. Universidade do Porto. (Tese de Mestrado). Disponível no repositório da Universidade do Porto. Disponível em:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57211/2/CUIDADOS%20CENTRADOS%20NO%20DOENTE%20EM%20ONCOLOGIA.pdf>

Mendes, V. (2008). Prevenir o cancro do cólon e recto. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 15 (4), 153–155. doi:0872-8178

- Miranda, N., Nogueira, P. J., Rosa, M. V., Alves, M. Is., Afonso, D., Portugal, A. C., ... Oliveira, N. (2013). *Portugal: doenças oncológicas em números – 2013*. Lisboa: DGS, Ed.
- Momeni, M., Crucitti, M. & De Kock, M. (2006). Patient-controlled analgesia in the management of postoperative pain. *Drugs*, 66(18), 2321–2337. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17181375>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Divulgar*, 19. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad.). (3ª edição). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Oncology Nursing*, Mosby).
- Palombo, P. & Medeiros, V. (2001). Controlo da dor aguda no pós-operatório imediato. *Revista Enfermagem UNISA*, 2, 57–61. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-12.pdf>
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). O Modelo Tradicional para o Exercício de Enfermagem. In Pearson, A. & Vaughan, B. (Ed.). *Modelos para o exercício de enfermagem*. (M. J. Simeão, Trad.) (pp. 16–27). Lisboa: ACEPS. (Tradução do original do inglês *Nursing Models for Practice*, 1986, Londres: William Heinemann Medical Books).
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do

français La planification des soins: un système intégré et personnalisé, 1996, Montréal: Les Éditions de la Chenelière).

Pinto, A. (2012). Rastreio do carcinoma do cólon e reto: eficácia e adesão. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 19 (3), 113–114.

Potter, P. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. (L. Correia, I. Ligeiro, Trad.). (5ª edição.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Basic nursing: essentials for practice, Mosby).

Qaseem, A., Denberg, T. D., Hopkins, E. H., Humphrey, L. L., Levine, J. Sweet, D. E. & Shekelle, P. (2012). Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 156 (5), 378-386. DOI:10.7326/0003-4819-156-5-201203060-00010

Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da enfermagem : o modelo de adaptação de Roy*. (C. Fonseca, Trad). Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução do original do inglês The Roy Adaptation Model, 1981, New Jersey: Prentice Hall).

Sakata, R. K., Hisatugo, M. K., Aoki, S. S., Vlainich, R. & Issy, A. M. (2003). Avaliação da Dor. In Cavalcanti, I. L. & Maddalena, M. L. (Eds.). *Dor* (pp. 53–94). Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843–860. DOI:10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x

World Health Organization. (2014). *Noncommunicable Diseases - Country Profiles 2014*. Geneva: WHO.

Apêndice 1 – Plano de Cuidados

	Estímulo	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Comportamento esperado	Avaliação
MODO FISIOLÓGICO	<u>FOCAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Anestesia geral <u>CONTEXTUAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia 	Alteração da oxigenação: trocas gasosas inadequadas (saturação periférica de oxigênio inferior a 90%)	<ul style="list-style-type: none"> Elevação da cabeceira da cama; Administração de oxigênio a 3l/min por sonda bi-nasal. 	A doente deve apresentar uma oxigenação eficaz, evidenciada através de saturação periférica de oxigênio superior a 95%	Avaliar a saturação de oxigênio de 15 em 15 minutos durante a primeira hora e 30 em 30 na segunda hora, e posteriormente uma vez por hora.
	<u>FOCAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Presença de sonda nasogástrica em drenagem passiva; <u>CONTEXTUAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia com necessidade de dieta zero 	Alteração da nutrição: nutrição menor que as exigências orgânicas por indicação de dieta zero	<ul style="list-style-type: none"> Administração de fluidoterapia endovenosa (soro polielectrolítico simples a 42 ml/h e polielectrolítico glicosado a 21 ml/h); Explicar a necessidade de não ingerir alimentos; Explicar a importância da presença da sonda nasogástrica; Iniciar a ingestão de líquidos após 48 horas de pós-operatório, de forma gradual, vigiando a tolerância; 	A doente deve retomar a ingestão de líquidos, sem surgir náuseas ou vômitos.	Avaliar a reação da doente após ingestão de líquidos.
	<u>FOCAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Presença de sonda vesical <u>CONTEXTUAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia; Internamento hospitalar 	Alteração da eliminação: desconforto face à presença da sonda vesical	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a importância da presença da sonda vesical, evidenciando que a sua presença é temporária; Vigiar o débito urinário (devendo manter um débito de 30ml/hora) 	A doente deve compreender a importância da presença sonda vesical, mantendo um débito urinário acima de 30ml/hora.	Avaliar a reação da doente sobre a presença da sonda vesical, uma vez de 8 em 8 horas; Contabilizar a urina drenada no saco coletor uma vez por hora.
	<u>FOCAL:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ferida operatória 	Alteração dos sentidos: dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> Dar à doente a possibilidade de expressar os seus sentimentos, preocupações, estabelecendo 	A doente deve ser capaz de utilizar a PCA	Avaliar a dor através da escala numérica de

	<p><u>CONTEXTUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia <p><u>RESIDUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Experiências anteriores; Relatos de familiares e amigos 		<p>uma relação de confiança e compreensão;</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar e caracterizar a dor, efetuando o seu registo; Explicar os benefícios e a forma de utilização da PCA; Auxiliar a doente a obter uma posição mais confortável; Atuar em conformidade com o protocolo analgésico N-conv D; 	<p>de acordo com os ensinamentos efetuados;</p> <p>A intensidade de dor deve ser inferior a 3 (escala numérica de 0 a 10).</p>	<p>duas em duas horas ou sempre que a doente refira dor ou após 30 minutos de uma intervenção de controlo da dor.</p>
	<p><u>FOCAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ferida operatória <p><u>CONTEXTUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia 	<p>Alteração da proteção: integridade da pele alterada face à presença de ferida operatória situada na região abdominal mediana</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar sinais inflamatórios da ferida cirúrgica; Vigiar hemorragia da ferida cirúrgica; Realizar o penso cirúrgico após 48 horas; 	<p>A ferida cirúrgica deve apresentar boa evolução cicatricial: sem hemorragia, sem sinais inflamatórios, sem deiscência dos bordos.</p>	<p>Observação da ferida cirúrgica uma vez por dia.</p>
MODO AUTOCONCEITO	<p><u>FOCAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de hemicolectomia <p><u>CONTEXTUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Carcinoma do cólon rectal <p><u>RESIDUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Experiências anteriores; Relatos de familiares e amigos 	<p>Alteração do eu pessoal: medo da morte</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escutar atentamente seus medos, preocupações, e os sentimentos; Ressaltar as vantagens da cirurgia realizada; Informar de que estará sempre acompanhada por profissionais de saúde durante o internamento que poderão prestar apoio sempre que necessário; Explicar como decorreu a cirurgia; Tentar transmitir sentimentos e emoções positivas; 	<p>A doente deve demonstrar ausência de medo da morte.</p>	<p>Questionar a doente sobre os seus medos e preocupações, uma vez por dia.</p>

MODO DE FUNÇÃO DO PAPEL	<p><u>FOCAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de hemicolectomia <p><u>CONTEXTUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Internamento hospitalar • Responsabilidades familiares • Incerteza quanto ao futuro <p><u>RESIDUAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de impotência 	<p>Papel de mãe comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar os medos, preocupações e sentimentos face à interrupção do seu papel familiar; • Identificar quem substituiu o seu papel, enfatizando tratar-se de uma situação temporária e necessária; • Explicar que a cirurgia era importante para a sua saúde, incentivando-a a retomar as suas atividades e responsabilidades após a alta, adaptando-se às suas limitações; 	<p>A doente demonstrará compreender que a situação será temporária e que poderá retomar o seu papel após a alta.</p>	<p>Questionar a doente sobre o seu papel de mãe no dia seguinte.</p>
--------------------------------	--	----------------------------------	---	--	--

Anexo 1 – Protocolo analgésico N-conv D

N-CONV_D

MORFINA (1 mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA ev COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Qualquer Tipo de Cirurgia Major

Modo de Preparação

Adicionar: 5 ml de morfina 1% (50 mg = 5 ampolas)
45 ml de SF (NaCl 0,9%)

Programação da Máquina de PCA

- *Loading-dose:* não programar
- *Concentração:* 1 mg/ml
- *Bolus:* 1 mg
- *Lockout:* 8 min
- *Background:* 0,3 – 0,5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 25 mg

Analgesia

- **MORFINA**, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 10 mg de morfina ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 5 mg de morfina ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na UCPA, à cabeceira do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 frasco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);

- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista **(Tel: 4151)**.

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
- Substituir a morfina sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parassimpaticolítico

Apêndice IX – Protocolo para a aplicação de música no controlo da dor aguda pós-operatória

Prestação de Cuidados de Enfermagem

Protocolo para a aplicação de música no controlo da dor aguda pós-operatória

1. NOME: Aplicação de música a doentes submetidos a cirurgia no pós-operatório imediato

2. ÂMBITO: Cuidados de enfermagem para o controlo da dor aguda pós-operatória

3. PESSOAL ABRANGIDO: Enfermeiros do bloco operatório central

4. PONTOS IMPORTANTES:

4.1 – Enquadramento:

A dor é considerada uma experiência individual subjetiva e multidimensional que envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (Ordem dos Enfermeiros, 2008) e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (APED, 2011, para. 3).

A dor aguda é definida como uma “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (DGS, 2001, p. 27), sendo a dor cirúrgica a causa mais frequente de dor aguda (Valentim, 2008).

O controlo e tratamento da dor envolvem a atuação dos enfermeiros de modo autónomo e interdependente, pelo que estes profissionais devem proceder à identificação de queixa algica, à caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, à aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, à identificação de fatores que contribuam para a diminuição ou agravamento da queixa algica e à seleção de alternativas de tratamento assim como à verificação da eficácia das terapêuticas implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O adequado controlo da dor pós-operatória tem influência positiva na satisfação dos doentes, bem como na evicção de complicações a curto, médio e longo prazo (Sarmiento *et al.*, 2013) pelo que o seu controlo é tanto mais eficaz quando envolve um plano

analgésico multimodal que envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (C. Pimenta, 2001).

A música como intervenção sistematizada de enfermagem apresenta-se como uma alternativa não farmacológica considerada como uma técnica não farmacológica cognitivo-comportamental (Ordem dos Enfermeiros, 2008) que é capaz, de ajudar a reduzir a perceção da dor (Cutshall *et al.*, 2011; Good & Ahn, 2008; Hook, Songwathana & Petpichetchian, 2008; Lin *et al.*, 2011; Sen *et al.*, 2010), aumentar a sensação de controlo e o relaxamento (Monteiro, 2010), reduzir o consumo de analgésicos no pós-operatório imediato (Sen *et al.*, 2010) e aumentar a satisfação dos doentes relativamente aos cuidados a que são submetidos (Allred *et al.*, 2010; Binns-Turner *et al.*, 2011; Cutshall *et al.*, 2011), pelo que pode ser utilizada como uma terapia adjuvante da terapêutica farmacológica no controlo da dor leve a moderada (Bernatzky *et al.*, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

4.2 – Objetivos da aplicação de música no pós-operatório imediato:

- Diminuir a intensidade da dor pós-operatória;
- Promover o aumento da satisfação dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes no pós-operatório imediato;
- Promover a adaptação da pessoa ao processo de doença.

5 - Material

- Leitor de MP3 MEMUP ou SUNSTECH;
- Auscultadores EARPOLLUTION;
- Protetor de auscultadores;
- Instrumento de colheita de dados: a música como intervenção de enfermagem.

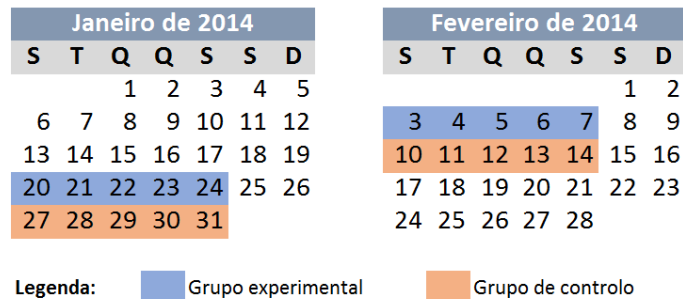
6 – Planificação temporal da intervenção

A intervenção decorrerá num período de quatro semanas, de 20 de Janeiro até 14 de Fevereiro de 2014.

A amostra será dividida em dois grupos: o grupo experimental (com aplicação de música) e o grupo de controlo (sem aplicação de música). Os doentes serão selecionados para cada grupo consoante a semana para a qual têm o agendamento cirúrgico, tal como representado na Figura 1. Assim, para o grupo experimental são selecionados os doentes agendados para os dias 20 a 24 de Janeiro e 3 a 7 de Fevereiro, e para o grupo de controlo

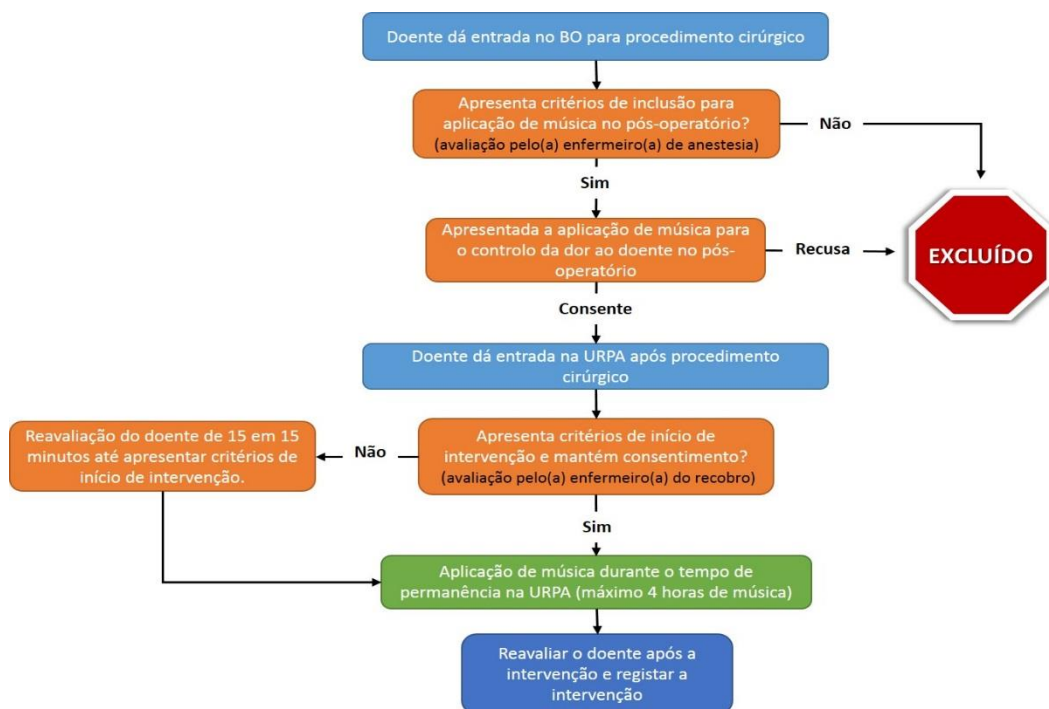
serão os doentes propostos para cirurgia nos dias 27 a 31 de Janeiro e 10 a 14 de Fevereiro.

Figura 1. Planificação temporal da intervenção



7 – Algoritmo da intervenção de enfermagem para aplicação da música no pós-operatório imediato

Figura 2. Algoritmo para a implementação de musicoterapia no pós-operatório imediato



8- Sequência do procedimento

8.1- Antes da cirurgia (enfermeira de anestesia):

- Avalia se o doente tem critérios para a aplicação de música no pós-operatório:

Critérios de inclusão: doentes internados no hospital com idade superior a 18 anos, propostos para realização de cirurgia tiroideia eletiva sob anestesia geral; O tempo mínimo de exposição de música deverá decorrer durante três horas.

Critérios de exclusão: doentes com alteração do estado de consciência (declínio cognitivo ou distúrbios psicológicos avaliados por um médico no pré-operatório ou que constassem dos antecedentes do doente), com história de abuso de álcool ou drogas, doentes que têm encaminhamento pós-cirúrgico para o outro local que não a URPA, doentes com alteração da acuidade auditiva, doentes que no pós-operatório apresentem uma escala de Aldrete e Kourlik superior ou igual a 8, escala de sedação de Wilson inferior ou igual a 3 e doentes que apresentem complicações à chegada ou durante o tempo de permanência na URPA, tais como náuseas, vômitos, (efeitos secundários da terapêutica), hemorragia ou outro tipo de complicações que não permita o evoluir adequado da recuperação anestésico-cirúrgica.

- Pedido consentimento para a aplicação de música:
- Determina o interesse do doente sobre a aplicação de música no pós-operatório;
- Explica sucintamente o procedimento a que será submetido;
- Seleciona a composição musical de acordo com a preferência do doente: 1- Composição de sons da natureza; 2 – Composição em viola; 3 – Composição em piano; 4 – Composição de Jazz;
- Preenche a folha de colheita de dados: avaliação inicial;
- Esclarece dúvidas do doente sobre procedimento a desenvolver.

8.2 - Após a cirurgia (enfermeira da URPA):

- Avalia o doente para dar início à intervenção:
 - Critérios de início: doente sem náuseas ou vômitos, escala de Aldrete e Kroulik ≥ 8 e escala de Wilson ≤ 3 ;
 - Critérios para suspender a intervenção: recusa do paciente, após aplicação de quatro horas de música, ou alta da URPA;
- Assegura que o leitor de MP3 e os auscultadores funcionam devidamente;
- Programa o leitor de Mp3 de acordo com a seleção musical;
- Define o volume do leitor entre 6 e 8 no MEMUP ou 13 a 15 no SUNSTECH;
- Coloca as proteções individuais nos auscultadores;

- Coloca os auscultadores e inicia a aplicação de música ao doente;
- Preenche o instrumento de colheita de dados: segunda avaliação;
- Assegura que o leitor de MP3 e os auscultadores funcionam e estão colocados devidamente durante a intervenção;
- Esclarece dúvidas do doente sobre o procedimento;
- Finda a intervenção, procede à desinfeção do leitor com álcool a 70º e coloca-o a carregar.

Referências Bibliográficas:

Allred, K. D., Byers, J. F. & Sole, M. Lou. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Management Nursing*, 11 (1), 15–25. DOI:10.1016/j.pmn.2008.12.002

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2011). Dor. *Associação portuguesa para o estudo da dor*. Acedido 06-01-2014. Disponível em:

<http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c>

Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M. & Panksepp, J. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (9), 1989–1999. DOI:10.1016/j.neubiorev.2011.06.005

Binns-Turner, P., Wilson, L., Pryor, E., Boyd, G. & Prickett, C. (2011). Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy. *AANA Journal*, 79 (4 Suppl), S21–27. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403963>

Cutshall, S., Anderson, P., Prinsen, S., Wentworth, L., Olney, T., Messner, P. K., ... Bauer, B. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17 (4), 16–23. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22314630>

Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.

- Good, M. & Ahn, S. (2008). Korean and american music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 9 (3), 96–103. DOI:10.1016/j.pmn.2008.02.002
- Hook, L., Songwathana, P. & Petpichetchian, W. (2008). Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (4), 259–271. Disponível em:
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TJNR/article/download/2478/2408>
- Lin, P. C., Lin, M. L., Huang, L. C., Hsu, H. C. & Lin, C. C. (2011). Music therapy for patients receiving spine surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7-8), 960–968. DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x
- Monteiro, A. F. G. e S. (2010). Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta. *Dor*, 18 (4), 5–9.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pimenta, C. A. M. (2001). Controlo da dor no domicílio. In Lotufo, P. A., Cutait, Pupo, R., T. (coord). *Manual de enfermagem – Programa de saúde da família*. (pp. 168-184). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P. & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.
- Sen, H., Yanarateş, O., Sızlan, A., Kılıç, E., Ozkan, S. & Dağlı, G. (2010). The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22 (4), 145–150. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153932>
- Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *Dor*, 18 (1), 12–17. Disponível em:
http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0141238001294680266-228.pdf

Apêndice X – Instrumento de colheita de dados

AValiação INICIAL: pré-operatório

Nº _____ C / E

Este questionário e a respetiva intervenção de música deverão ser apenas realizados a **doentes submetidos a cirurgia tiroideia eletiva sob anestesia geral.**

1- Idade: _____

2- Sexo:

- Feminino
 Masculino

3- Habilitações literárias:

- Sem escolaridade
 Ensino básico (1º ao 9ºano)
 Ensino Secundário (10º ao 12ºano)
 Ensino Superior

4- Ocupação:

- Empregado
 Desempregado
 Reformado
 Estudante

5- ASA: _____

6- Antecedentes cirúrgicos:

- Sim Não

7- Doença oncológica:

- Sim Não

Etiqueta do doente

Enfermeiro(a) de anestesia _____

As questões 12 a 15 deverão ser apenas realizadas aos doentes do grupo experimental (grupo com aplicação de música).

8- Qual é o seu interesse em música?

- Toca música ou canta
 Só ouvinte de música
 Sem interesse

9- Exposição à música

- 1x ao dia ou mais
 1x por semana, raramente ou nunca

Explicação sucinta do procedimento:

A equipa de enfermagem está a desenvolver um projeto que pretende ajudá-lo a reduzir a dor sentida após a cirurgia, através da audição de música. O que se pretende fazer é, após a cirurgia, e quando se encontrar no recobro colocar uns auscultadores pelos quais ouvirá música suave durante algum tempo.
Pode aceitar ou recusar fazer parte do projeto.

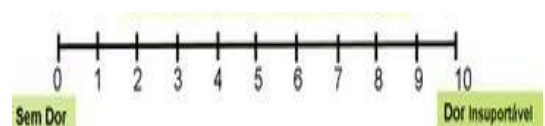
10- Que tipo de música gostaria de ouvir?

- 1- Composição de Sons da natureza
 2- Composição em Piano;
 3- Composição em Viola;
 4- Composição em Jazz.

11- Sinais Vitais (antes da intervenção cirúrgica)

Frequência respiratória	
Tensão arterial	
Frequência cardíaca	
Dor (escala numérica)*	

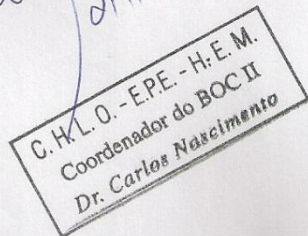
Escala Numérica



* O (a) enfermeiro (a) deverá apresentar a escala numérica ao doente e ensinar a sua forma de utilização na avaliação da dor.

Apêndice XI – Autorização para implementação do estudo

Amend
Carlos Nascimento
21/11/2013



Lisboa, 17 Outubro de 2013

Ao Senhor

Dr. Carlos Nascimento

Diretor do Bloco Operatório Central do Centro
Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas
Moniz, EPE

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de música como intervenção de enfermagem no controlo da dor aguda do doente oncológico no pós-operatório imediato.

Prezado diretor,

Chamo-me Catarina Valente, sou enfermeira no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz, EPE.

Enquanto enfermeira deste bloco operatório, sinto-me permanentemente impelida em melhorar os cuidados e a atuação dos enfermeiros aos utentes por nós atendidos. Tal realidade suscitou em mim a necessidade de melhorar e aprofundar os meus conhecimentos, pelo que decidi inscrever-me no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o qual me encontro atualmente a frequentar.

Inserido no âmbito das atividades curriculares do referido curso, foi-me pedido que desenvolvesse um projeto de intervenção no meu local de trabalho, como suporte de avaliação curricular e, ao mesmo tempo, como forma de aprimorar as intervenções ou de implementar procedimentos que visassem melhorar a nossa atuação enquanto profissionais de saúde. Neste sentido e questionando o que seria mais pertinente para a realidade do serviço, consultei os resultados dos questionários de satisfação respondidos pelos utentes submetidos a cirurgia no ano de 2012 e verifiquei que a dor emergia como um dos aspetos mais negativos. Partindo desta premissa elaborei a minha problemática.

Como sabemos, controlar a dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais importantes para a obtenção de resultados de qualidade que se traduzem em ganhos em saúde. Entende-se como controlo da dor as diversas intervenções realizadas com o intuito de reduzir ou eliminar a sensação de dor, quer recorrendo a terapêutica farmacológica, quer a intervenções não farmacológicas, realizando uma avaliação do doente com dor, instituindo um plano de intervenção holístico e individualizado e efetuando uma avaliação do impacto das mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

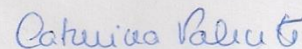
A dor é multifatorial e multidimensional pelo que não existe uma abordagem isolada quanto ao seu tratamento. Neste sentido e com o intuito de reduzir a dor e melhorar a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia, pretendo implementar um protocolo que vise a aplicação de música aos doentes pós cirúrgicos e que se encontrem na unidade de recuperação pós anestésica (URPA).

Segundo a bibliografia, a aplicação de música permite alterar os processos sensoriais, cognitivos e afetivos, podendo ajudar a reduzir a perceção da dor e de sofrimento, elevar o humor e aumentar a sensação de conforto e relaxamento (Monteiro, 2010). Pode ser utilizada como uma terapia adjuvante da terapêutica farmacológica no controlo da dor leve a moderada, ou até mesmo substituir as intervenções farmacológicas antes, durante e após os procedimentos dolorosos (Bernatzky, Presch, Anderson, & Panksepp, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2008). Esta técnica é designada como uma técnica não farmacológica cognitivo-comportamental (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Neste sentido, a implementação de um protocolo de aplicação de música na URPA do Hospital de Egas Moniz, EPE pretende ser uma estratégia que visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como da satisfação dos doentes no pós-operatório, potenciando ganhos em saúde para o doente e conseqüentemente para a instituição.

Sem outro assunto, ciente da sua sensibilidade para o tema em apreço,

C/ Conhecimento da enfermeira chefe Isabel Santos



Catarina Valente

Enfermeira do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar
Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz, EPE

Apêndice XII – Imagens dos equipamentos utilizados para aplicação de música

Figura 1. Leitor de MP3 *Memup*



Figura 2. Leitor de MP3 *Sunstech*



Figura 3. Auscultadores *Earpollution*



Figura 4. Protetores individuais descartáveis



Apêndice XIII – Plano da sessão de formação aos enfermeiros e anestesistas do BO

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A música como intervenção de enfermagem no controlo da dor aguda no pós-operatório imediato

Data: 17 de Janeiro 2014

Hora: 8h15min

Duração: 40min

Destinatários: Enfermeiros e anestesistas do bloco operatório

Local: Auditório do hospital

OBJETIVO GERAL:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS	AVALIAÇÃO
<p>Apresentação do projeto</p> <p><i>“A música como intervenção de enfermagem no controlo da dor aguda no pós-operatório imediato”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Justificar o âmbito do projeto; • Demonstrar o potencial da música como terapia não farmacológica no controlo da dor; • Apresentar o projeto de implementação de música no pós-operatório imediato. • Sensibilizar os profissionais para a utilização da música como terapia não farmacológica do controlo da dor. 	<p>Introdução (5 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema, dos objetivos e da metodologia adotada <p>Desenvolvimento (25 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Justificação do âmbito do projeto; • Definição de musicoterapia e de música como um recurso complementar do cuidado de enfermagem; • Apresentação dos benefícios da música no alívio da dor aos doentes cirúrgicos em pós-operatório imediato; • Apresentação e explicação de utilização do protocolo de aplicação de música no controlo da dor aguda pós-operatória, e do instrumento de colheita de dados. • Pedido de colaboração na aplicação da intervenção à equipa de enfermagem <p>Conclusão (10 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntese do trabalho apresentado; • Esclarecimentos de dúvidas 	Método expositivo e interativo.	Computador; vídeo projetor.	Debate e esclarecimento de questões acerca tema abordado.