

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa

**MASSAGEM TERAPÊUTICA: um cuidado de
enfermagem a valorizar, como complemento das
técnicas farmacológicas, no alívio da dor da
Pessoa Idosa internada num serviço de Medicina**

Anabela Marques Ribeiro

Orientador: Prof.^a Pereira Lopes

Co-orientador: Enf.^a Chefe Paula Santos

2011

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, greyish-brown shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

“são os enfermeiros que têm à sua disposição um leque de meios e tempos de acção muito mais amplos que os outros profissionais. Quando se atingem os limites de intervenção dos outros profissionais de cuidados, os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade mesmo das situações mais desesperadas.”

Hesbeen (1997: p.47)

Ao Miguel pelo amor
Ao meu irmão pela amizade
Aos meus pais pelo afecto
Aos clientes pela parceria
Aos colegas do Serviço de Medicina Interna 4 pelo apoio
Aos colegas de curso pela cooperação
À Prof.^a Pereira Lopes pelas aprendizagens em diferentes domínios
À Enf.^a Chefe Paula Santos pelo estímulo, suporte e ajuda
e a todos aqueles que me ajudaram a crescer como enfermeira

MUITO OBRIGADA

RESUMO

Este relatório de estágio descreve o projecto de intervenção desenvolvido no serviço de Medicina Interna 4 do CHLC, com vista à aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica. O projecto centra-se na massagem terapêutica como complemento das técnicas farmacológicas com o objectivo de aliviar a dor das pessoas idosas internadas num serviço de Medicina Interna.

O **objectivo** foi experimentar a importância de um projecto conduzido pelos enfermeiros para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem no alívio da dor das pessoas idosas recorrendo à massagem terapêutica como estratégia complementar das técnicas farmacológicas. A **metodologia** do projecto baseou-se na concepção de trabalho formação-acção, ou seja, aproveitando a experiência do grupo promoveram-se sessões em serviço, de formação prática (sobre a técnica de massagem terapêutica) e desenvolveu-se a monitorização sistemática das mudanças ocorridas com divulgação e análise dos resultados, e consequente redefinição de objectivos a atingir (sempre em parceria com os elementos da equipa de enfermagem). Os **participantes** foram todos os enfermeiros do serviço de Medicina 4. A **colheita de dados** foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de 3 enfermeiros e através de auditorias aos registos de enfermagem nos processos clínicos dos clientes, recorri ainda à observação e a entrevistas informais. Os **resultados** demonstraram que a implementação deste projecto de forma estruturada, fundamentada e envolvendo a equipa de enfermagem contribuiu para uma mudança na prestação de cuidados, passando-se a realizar a colheita de “História de Dor” aos clientes internados; e incluindo a massagem terapêutica como estratégia complementar das técnicas farmacológicas no alívio da dor das pessoas idosas, nomeadamente em casos onde os clientes mantinham dor entre os intervalos da administração analgésica medicamentosa. Houve também uma melhoria nos registos de enfermagem, permitindo dar visibilidade a este cuidado autónomo de enfermagem aos clientes idosos com dor.

Neste relatório irei abordar, ainda, o impacto da implementação deste projecto na minha prática de cuidados como futura enfermeira especialista, à luz das competências definidas pela OE especificamente ao nível da: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados de enfermagem, Pessoa Idosa, Dor crónica e Massagem terapêutica*

ABSTRACT

This training report describes an intervention project developed over five months, between October 2010 and February 2011, in the Medical Ward 4 of the CHLC, with a view to acquiring the skills of a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

The aim was to experience the importance of a project led by nurses by using massage therapy as a complementary strategy of pharmacological techniques to improve nursing practice in relieving the pain of elderly people. The project **methodology** was based on hands-on training, that is, drawing on the expertise of the group sessions are promoted in-service practical training (on the technique of massage therapy) and developed a systematic monitoring of changes in disclosure and analysis of results, and the consequent redefinition of objectives to be achieved (often in partnership with the elements of the nursing team). The **participants** were all nurses of the medical service 4. **Data collection** was conducted through semi-structured interviews with a sample of three nurses and through audits of nursing records in medical files of clients, and also observation and informal interviews. The **results** showed that the implementation of this project in a structured, reasoned and involving the nursing staff contributed to a change in care, going to gather the harvest of "History of Pain" to interned clients, and with the inclusion of massage therapy as a complementary strategy of pharmacological techniques in relieving the pain of the elderly, particularly in cases where clients maintained pain between the ranges of analgesic drug administration. There was also improvement in the records in order to enhance visibility and autonomous nursing care.

In this report I will also address the impact of implementing this project in my future practice as a nurse specialist care, by OE defined skills: responsibility, ethics and legal, continuous quality improvement, care management, and development of apprenticeships.

KEYWORDS: *Nursing, Elderly, Chronic Pain and Massage Therapy*

INDICE

1 - INTRODUÇÃO	9
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
3 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO	33
3.1 – METODOLOGIA DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	34
3.1.1 – Diagnóstico da situação	36
3.1.2 - Formação sobre a técnica da massagem terapêutica, Sensibilização para a implementação do projecto de intervenção e Resultados auditados referentes ao mês de Novembro	42
3.1.3 – Balanço intermédio (Janeiro).....	47
3.1.4 – Balanço final	49
3.1.4 – Análise das ideias centrais das entrevistas	58
3.2 – METODOLOGIA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NOS ESTÁGIOS DAS UNIDADES DE DOR DO HSAC E HGO	61
4 – CONCLUSÃO	64
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO I Folha auditoria aos registos da dor implementada no CHLC	80
ANEXO II Artigo “ Massagem Dorsal de Bem Estar e de Conforto”	81
ANEXO III Instrução de trabalho.....	82
APÊNDICE I Cronograma	83
APENDICE II Proposta de novo guião de auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor	84
APENDICE III Guião de auditoria aos registos de enfermagem sobre a massagem terapêutica	85
APENDICE IV Guião de entrevista	86
APENDICE V Formação em serviço sobre a massagem terapêutica e sensibilização para o Projecto de intervenção	87
APENDICE VI Resultado da auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor, referentes ao mês de Novembro	88
APENDICE VII Resultado da auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor, referentes ao mês de Janeiro	89

APENDICE VIII	Resumo da reunião de apresentação dos resultados e definição de objectivos, no mês de Janeiro	90
APENDICE IX	Lembretes de “bolso”	91
APENDICE X	Documento “História de dor”	92
APENDICE XI	Resultado da auditoria aos processos do mês de Fevereiro....	93
APENDICE XII	Resumo da reunião de apresentação dos resultados e definição de objectivos no mês de Fevereiro.....	94
APENDICE XIII	Entrevistas.....	95
APENDICE XIV	Análise de conteúdo das entrevistas	96
APENDICE XV	Estudo de caso	97
APENDICE XVI	Reflexão “À procura de aprovação do estágio”	98
APENDICE XVII	Reflexão “Acolhimento”	99
APENDICE XVIII	Reflexão “Adesão ao regime medicamentoso”	100
APENDICE XIX	Reflexão “Impacto das doenças crónicas terminais na família”	101

SIGLAS

APED	.....	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
ARS	.....	Administração Regional de Saúde
AVD's	.....	Actividades de Vida Diárias
ACE	.....	Associação Científica dos Enfermeiros
BPS	.....	Behavior Pain Scale
CHLC	.....	Centro Hospitalar de Lisboa Central
DGS	.....	Direcção Geral de Saúde
ESEL	.....	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HGO	.....	Hospital Garcia de Orta
HSAC	.....	Hospital Santo António dos Capuchos
HSM	.....	Hospital de Santa Marta
IASP	.....	International Association for the Study of Pain
INE	.....	Instituto Nacional de Estatística
OE	.....	Ordem dos Enfermeiros
OMS	.....	Organização Mundial de Saúde
PAIND	.....	Pain Assessment in Advanced Dementia
REPE	.....	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
VAS	.....	Visual Analogue Scale
VIH	.....	Vírus da Imunodeficiência Humana

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem vindo a tornar-se uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e consequentemente a influenciar a prática dos cuidados de enfermagem. Estes devem ter formação que lhes permita compreender as alterações inerentes ao processo de envelhecimento de forma a potenciar da melhor maneira possível todas as capacidades que as pessoas idosas ainda têm para oferecer. PAÚL (2005: p.37) refere que “a problemática da saúde dos idosos, real e percebida, é um aspecto fundamental quando se perspectiva um envelhecimento óptimo (...) se a saúde física não é por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar.”

Inerente ao processo de envelhecimento, surgem várias patologias onde a Dor pode estar presente, com implicações negativas associadas (sofrimento físico e psicológico, diminuição da qualidade de vida, alterações no desempenho normal das AVD's e elevados custos económicos) para o próprio, para os cuidadores e para a sociedade em geral. Esta situação vem de encontro ao que é referido por HERR & KWEKKEBOOM (2003: p.237), quando dizem que as pessoas idosas¹, por frequentemente sofrerem de patologias dolorosas agudas e crónicas, têm uma alta prevalência de dor, tendo como consequências alterações físicas, emocionais, sociais e funcionais.

Sendo a Dor um fenómeno multifactorial que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas é um sério problema de saúde pública. HOMSI et al. (2006: p.444) dizem que a dor é referida espontaneamente pelos clientes mais 70,3 vezes do que qualquer outro sintoma, sendo também a causa mais comum de solicitação de cuidados de saúde. Desde o final do século passado que Dor crónica pelas implicações que causa, já não é só considerada como um sintoma mas também como uma doença por si, tal como refere COIMBRA (1995: p.50).

De acordo com a DGS (2010: p.9), cerca de 50% das pessoas idosas que vivem na comunidade têm dor, bem como cerca de 83% dos que estão institucionalizados. A elevada prevalência da dor na população idosa é justificação da necessidade de uma

¹ Os termos “Pessoas idosas” e “Clientes” ao longo do trabalho serão utilizados para referir o foco de cuidados de enfermagem, embora o termo “Cliente” seja mais abrangente por não se restringir apenas à população idosa. Achei importante salientar esta diferença porque embora este projecto esteja direccionado à pessoa idosa, fui-me basear em documentação e programas de saúde destinados ao “Adulto e Idoso”.

análise desta problemática, no sentido de se explorarem estratégias que permitam aliviar o sofrimento e dar mais qualidade de vida à pessoa que envelhece.

Tal como refere a DGS (2003: p.1), este contexto, constitui um desafio para os enfermeiros que lidam com estas queixas diariamente, pois cada cliente tem a necessidade e o direito de ser livre de dor e ainda porque, é um dever dos profissionais avaliar sistematicamente e tentar aliviar a dor dos seus clientes.

Percebendo a necessidade de controlar a dor dos clientes internados, começaram a ser emanadas várias recomendações sobre a importância da avaliação e registo da dor durante o internamento hospitalar, desde o acolhimento (através da história de dor²) até ao momento de alta.

Ao perceber as características da dor possibilita-se a implementação de um correcto e eficaz plano de cuidados, realizado em parceria com o cliente visto ter em consideração as suas experiências anteriores e as suas expectativas futuras, com o intuito de obter resultados que possam transcender o “*aqui e agora*”. WATSON (1985: p.321) menciona que no processo de cuidar, o enfermeiro, deve considerar as variáveis que interferem nos ambientes internos e externos, e de maneira confortante deve ajudar a pessoa a ser o mais eficiente possível, tendo em consideração a sua situação de doença. O conforto deve ser sempre definido pelo cliente, pois sendo ele o beneficiário deve manifestar quais as actividades que lhe promovem maior bem-estar. WATSON (2002: p.120) afirma também, que o cuidar desenvolve-se entre pessoas através de uma experiência relacional que engloba a união de sentimentos (intersubjectividade) e que esta pode potenciar a auto-recuperação e a descoberta de um poder e de um controle interior, contribuindo para a descoberta de um novo sentido na própria existência.

O enfermeiro, conhecendo as estratégias já adoptadas pelo cliente no controlo da dor, pode utilizar as terapias complementares como adjuvantes ao tratamento farmacológico, proporcionando o alívio da dor e do sofrimento causado pelos episódios dolorosos. SMELTZER (2002: p.186), descreve que a implementação de planos de cuidados para o alívio da dor podem ser alcançados por meios farmacológicos e não

² Segundo a OE (2008: 33) a **HISTÓRIA DE DOR** deve conter: ◊ Evolução; ◊ Padrão; ◊ Localização; ◊ Qualidade; ◊ Intensidade; ◊ Formas habituais de expressar a dor; ◊ Factores de alívio e agravamento, ◊ Estratégias de Coping, ◊ Impacto nas actividades de vida, ◊ Expectativas acerca da dor e tratamento, ◊ Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; ◊ Sintomas associados; ◊ Descrição de uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

farmacológicos, mas a maior parte do sucesso será conseguido com uma combinação de ambos.

PIMENTA et al. (1992: p.9) referem que o enfermeiro não é o único profissional a implementar o tratamento da dor, mas detém grande responsabilidade na monitorização da resposta do cliente. Salientam ainda que grande parte da inadequação do tratamento da dor resulta do facto de nenhum profissional isoladamente ser o responsável pelo processo de alívio da dor. Espera-se que o “*outro*” identifique o problema e sugira a solução, passando o controlo da dor a ser um problema com baixa prioridade para os profissionais de saúde.

TROVO et al. (2003: p.488) realçam que o enfermeiro exerce um papel fundamental perante as terapias não farmacológicas, visto estar em contacto directo com a população, tendo a oportunidade de educá-la e esclarecê-la quanto aos benefícios ou não destas terapias, seja em hospitais, centros de saúde ou junto à comunidade. O enfermeiro precisa actuar de forma integrada com o cliente, procurando solucionar os desconfortos da melhor forma possível, pois as terapias não farmacológicas caracterizam-se por técnicas que visam a assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como corpo, mente e espírito integrados e não como um conjunto de partes isoladas.

São várias as estratégias não farmacológicas que se podem utilizar no alívio da dor, tendo a OE (2008: p49-50) salientado as seguintes: técnicas cognitivo-comportamentais (terapia cognitivo comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades coping, relaxamento com imaginação, distração); físicas (aplicação de frio e aplicação de calor, exercício, imobilização, **massagem**, estimulação eléctrica transcutânea – tens); suporte emocional (toque terapêutico, conforto).

O estudo realizado SANSONE & SCHMITT (2000: p.304) num lar de idosos, onde as enfermeiras faziam massagem, revelou que a massagem traz benefícios para as pessoas idosas. Tendo-se verificado melhorias ao nível da intensidade de dor, ansiedade, medo, agitação, irritabilidade, confusão mental e estimulava a comunicação verbal e não verbal.

Devido ao facto de me sentir sensibilizada para a temática do alívio da dor; por um desconforto percebido ao longo da minha prática profissional, onde me tenho deparado com várias pessoas idosas com dor crónica não controlada; e por ter formação pessoal na área da massagem considere importante utilizar os

conhecimentos já adquiridos e direccionar o projecto de intervenção para a utilização da **Massagem terapêutica como complemento das estratégias farmacológicas de alívio da dor crónica, na pessoa idosa internada num serviço de Medicina Interna**. Esta competência de formadora era um recurso à partida que eu possuía e que me permitiria estar disponível para o desenvolvimento de outras.

A temática do projecto foi desde o começo negociada com a equipa de enfermagem e com a Enf.^a Chefe do serviço. Era importante que este grupo sentisse que com a implementação do projecto estaríamos a contribuir para o alívio da dor das pessoas idosas internadas no serviço e a valorizar uma das intervenções autónomas dos cuidados de enfermagem (como é o caso da massagem terapêutica) como complemento das técnicas farmacológicas. Para o sucesso da implementação do projecto, este deveria ser sentido como sendo o resultado do empenho de cada um individualmente, e não como mais uma tarefa, mais uma preocupação a juntar-se ao trabalho diário.

A metodologia de projecto baseou-se na filosofia de formação-acção, ou seja, foi realizado um diagnóstico preliminar que permitiu elaborar um plano de acção que identificou as mudanças a efectuar e a estabelecer o plano de formação³ para o desenvolvimento do trabalho. A formação foi assim implementada modularmente de acordo com o plano elaborado e fazendo com que os participantes se transformassem em agentes do processo de mudança (primeiro identificou-se que não eram valorizadas as estratégias não farmacológicas no alívio da dor e mostraram-se esses resultados à equipa de enfermagem; depois realizaram-se sessões formais e informais aos enfermeiros, de formação e sensibilização para a utilização da massagem terapêutica no alívio da dor; posteriormente foi-se monitorizando mensalmente os resultados obtidos, sendo os mesmos apresentados aos enfermeiros para que em conjunto se procedesse à análise/reflexão e definição de novos objectivos/estratégias a atingir). Este modelo, de acordo com CORREIA (2003: p.35), revela que a formação não é apenas uma instância de mediação das relações formador/formando, mas uma instância de auto-mediação do formando com o seu mundo subjectivo, mediador do grupo de formação com as suas subjectividades, mediador do grupo com um projecto de acção através do qual ele se exterioriza.

³ Plano de formação com recurso à elaboração de um diagnóstico participado, identificando as áreas temáticas e as soluções previstas para os problemas e a sua melhoria.

O objectivo geral do projecto consistiu em adquirir competências de enfermeira especialista ao implementar um projecto de mudança da prática profissional com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem, recorrendo à utilização da massagem terapêutica como estratégia complementar das técnicas farmacológicas no alívio da dor crónica das pessoas idosas.

Os objectivos específicos definidos para este projecto foram:

- Que os enfermeiros do serviço de Medicina Interna 4 do CHLC, sejam capazes de usar a massagem terapêutica nas pessoas idosas com dor, como complemento das técnicas farmacológicas;
- Que os enfermeiros do serviço de Medicina Interna 4 do CHLC elaborem registos de enfermagem onde descrevam a utilização da massagem terapêutica às pessoas idosas com dor como complemento das técnicas farmacológicas.

Estruturalmente este relatório está elaborado de acordo com o seguinte esquema de pensamento:

- Exposição do enquadramento teórico existente sobre esta temática de forma a facilitar a compreensão do projecto de intervenção;
- Apresentação da metodologia do projecto, salientando a importância da metodologia participativa;
- Análise dos resultados obtidos, descrevendo o percurso desenvolvido e salientando as mudanças nas práticas de cuidados de enfermagem;
- Discussão dos dados realçando o desenvolvimento das competências adquiridas durante o estágio na área da investigação, prestação de cuidados, dinamização na construção/divulgação do saber e gestão de liderança de grupos na mudança de práticas;
- Conclusão do trabalho referindo as limitações do trabalho e a sua implicação na prática. Reforço possíveis caminhos a seguir no futuro de modo a aprofundar resultados e formas de evoluir na construção de saberes e práticas que possam vir a ajudar no controlo/alívio da dor das pessoas idosas (e outras). Incito ainda à reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Em termos do quadro teórico de enfermagem optei pela teoria de Jean Watson visto esta pertencer à “*Escola do Cuidar / Caring*”. Ou seja, prevê a integração da

pessoa nos cuidados, tendo em conta o ambiente/meio em que está inserido, para que se atinja o melhor estado de saúde possível, a este processo dá-se o nome de cuidar transpessoal.

Considero esta teoria muito pertinente para a orientação deste projecto de intervenção e para a minha evolução pessoal na prática profissional, visto incentivar a inclusão das pessoas idosas (e dos restantes clientes) como parceiros dos cuidados de saúde. Para esta autora *“o cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem (...) tal visão requer que o enfermeiro seja cientista, teórico e clínico, mas também um agente humanitário e moral na qual o enfermeiro como pessoa está envolvido como um co-participante activo nas transacções humanas do cuidar”* (WATSON, 2002: 97). Assim sendo, pode-se dizer que só quando o enfermeiro demonstra preocupação e respeito pelo outro é capaz de o compreender e respeitar, direccionando os seus cuidados para as verdadeiras necessidades sentidas pelos clientes.

No aprofundamento teórico sobre a dor crónica baseei-me na teoria do *“Gate Control”* de Melzack e Wall (1982); recorri à definição da DGS e da OMS para abordar o conceito de peçoas idosas; e foquei o trabalho de Cassar (2001) para explicar a massagem terapêutica. Sempre que considerei importante referi outros autores, possibilitando-me dessa forma, obter uma visão mais abrangente e fundamentada nestas temáticas.

Apoiei-me em Correia (2003) e Cardim (2009) para explicar o processo de formação em contexto de trabalho utilizado, *“formação-acção”*, visto basear-se no modelo da participação activa de todos os intervenientes para o diagnóstico, definição de objectivos e estabelecimento de intervenções, com vista à concretização dos resultados desejados. De acordo com este modelo a experiência individual deve ser aproveitada e incentivada para o crescimento do grupo.

Relativamente ao desenvolvimento e aquisição de competências de especialista procurei basear-me as nas orientações da OE. Utilizei ainda a teoria de Benner (2001) para definir o estadiamento das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio.

2 – ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste capítulo do trabalho pretendo dar a conhecer a legislação e os principais conceitos, que estão directamente interligados com o tema escolhido e com os objectivos apresentados, facilitando deste modo a compreensão do trabalho realizado, bem como procurar relacioná-los entre si e com a teoria de Jean Watson.

Na prática profissional de enfermagem é importante definir qual o modelo de cuidados adoptado, isto porque é necessário que todos os profissionais partilhem as mesmas ideias, crenças e valores de modo a que assim seja possível existir uma orientação para as actividades de trabalho. De acordo com PEARSON (1992: p.19) o facto de se definir um modelo de enfermagem que oriente a prática de cuidados é importante porque permite obter continuidade nos esquemas de cuidados e tratamentos estabelecidos; origina menos conflitos; permite uma lógica subjacente aos cuidados; orienta os cuidados de enfermagem dentro da área de actuação; serve de guia principal nas tomadas de decisão, normas e políticas; e serve de guia para os critérios de selecção dos novos membros da equipa.

Segundo a Circular Normativa nº 9/DGS de 14/06/2003 “O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”. Tendo em conta estas directivas, e porque o Enfermeiro/ Enfermeiro especialista é o prestador de cuidados directos às Pessoas Idosas e restantes clientes, este deve em todos os turnos avaliar a Dor daqueles pelos quais está responsável, de modo a posteriormente proceder ao respectivo registo de todas as características da dor avaliadas no processo clínico. Este é um dos principais passos para que se possa efectivar um plano de cuidados e tratamentos adequados, sempre validado com o cliente. Esse tratamento pode passar por terapêuticas farmacológicas ou por terapêuticas não farmacológicas, como é o caso da massagem terapêutica que é uma estratégia autónoma dos cuidados de enfermagem, tal como refere a OE (2008: p.18).

Uma especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do idoso justifica-se pelas exigências com que os enfermeiros se deparam, ao longo das suas práticas profissionais, relacionada com a especificidade das pessoas idosas, com vista a compreenderem os seus problemas de saúde e satisfação das necessidades identificadas, sempre com a validação feita pelo doente.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE, artigo 4º do Decreto-lei N.º 161/96, de 4 de Setembro o Enfermeiro “é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Por seu lado, o Enfermeiro Especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Podem-se distinguir dois tipos de cuidados, aqueles que são prestados diariamente, com o objectivo de ajudar a pessoa a manter a saúde, a vida ou o conforto (como é o caso da realização da massagem com o objectivo de aliviar a dor); e aqueles que são prestados a todas as pessoas em situação de crise, limitação ou doença, com o objectivo de curar ou reabilitar. Esta definição torna ainda evidente o padrão de qualidade que rege os cuidados de enfermagem nas suas funções autónomas e interdependentes. De acordo com o artigo 5º do Decreto-lei N.º 161/96, de 4 de Setembro, os cuidados de enfermagem caracterizam-se por englobarem várias formas de actuação tendo em conta o grau de dependência do utente, sendo assim, têm como finalidade:

“a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado; b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias; d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.”

Em 2010, a OE regulamentou as competências comuns⁴ e específicas do enfermeiro especialista, consoante a sua temática de especialidade e definiu quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal;

⁴ As competências de enfermeiro especialista serão descritas mais pormenorizadamente no capítulo 5.

melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em Março de 2011, foi emitido o regulamento 168/2011, que pretende legislar a Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, focando a área de especialização “Saúde do Idoso”, onde se pretende intervir através da elaboração de projectos dirigidos à saúde do Idoso a vivenciar processos de saúde/ doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Tendo em conta o anterior regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, a ESEL no seu plano de estudos estruturou o curso de modo a formar enfermeiros com o seguinte perfil de competência: intervir como perito na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade; na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais; na definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa idosa com doença crónica, ao nível local, regional, nacional e europeu;

Na temática da dor, os enfermeiros têm o dever moral e profissional de avaliar e registar as características da dor de todos os clientes internados e posteriormente devem definir o tratamento adequado a implementar, sempre validando-o com o cliente. O tratamento pode passar unicamente por estratégias farmacológicas, que como função interdependente que é, depende sempre da prescrição médica. Mas no caso do enfermeiro e do idoso, escolherem uma estratégia não farmacológica como complemento às estratégias farmacológicas de alívio da dor, deparamo-nos com um CUIDAR autónomo da enfermagem, visto a massagem não necessitar de prescrição médica.

WATSON (2002: p.302) utiliza o termo cuidar como sendo a essência da enfermagem, funcionando como a base para a prática dos enfermeiros. Jean Watson pertence ao grupo de teóricas que se insere na *ESCOLA DO “CARING”*, termo este que a autora pretende que seja mais do que o cuidar – *TO CARE* – ou cuidado – *CARE*. Este modelo conceptual além de destacar “*a natureza interpessoal do cuidado*”, incluindo o aspecto transcendente e metafísico do Homem, destaca o enfermeiro como promotor da saúde e tratamento da doença. A sua meta é ajudar as pessoas a alcançar a harmonia dentro de si.

A teoria de WATSON (2002: p.130) é baseada em dez factores de cuidar que ajudam a compreender o cuidado de enfermagem, como o fundamento da estrutura de cuidar e que facilmente se podem articular com o fenómeno da dor nas pessoas idosas:

1 - Formação de um sistema de valores humanista e altruísta – neste caso o enfermeiro deve conhecer os valores nos quais os idosos baseiam a sua vida, nomeadamente a nível *sócio-culturais* (existem povos em que é normal sofrer em silêncio, noutras em que é promovido o expressar da dor publicamente), *género* (em algumas famílias os homens não devem chorar ou demonstrar que estão a sofrer, enquanto que às mulheres já é permitido), *experiências de vida anteriores* (se a pessoa idosa já vivenciou experiências dolorosas no passado, pode ter desenvolvido resistências a estímulos dolorosos, ou pelo contrário, o receio de sofrer pode fazer com que o limiar de dor diminua perante esses mesmos estímulos);

2 - Inculcar fé e esperança – Se a pessoa idosa acredita que determinada estratégia terapêutica é eficaz no alívio da dor, caso não exista nenhuma contra-indicação, ela deverá ser promovida. Como tal, quantos mais conhecimentos os enfermeiros possuírem na temática do alívio da dor (técnicas farmacológicas e não farmacológicas), melhor poderão implementar um plano de cuidados eficaz em parceria com o idoso e prestador de cuidados;

3 - Sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros – As pessoas idosas podem pertencer a uma mesma faixa etária, mas este factor não implica de sofram todas de forma igual. É importante os enfermeiros conhecerem o limiar de dor de cada idoso, ou seja o estímulo a partir do qual a pessoa passa a sentir dor. Por exemplo, se um cliente sente dor quando tem que andar, é sensato desenvolver estratégias que visem o alívio desse sofrimento (administrando analgésicos prescritos antes ou após; realizando massagens terapêuticas; avaliar com o cliente a necessidade de impor um estímulo doloroso; recorrer a auxiliares de marcha ou a cadeira de rodas, entre outros).

É igualmente importante perceber os sentimentos das pessoas idosas face à dor. O idoso isola-se? Reage com agressividade face à presença de terceiros? Como é que o idoso e os prestadores de cuidados vivenciam o processo de deterioração da qualidade de vida da pessoa idosa e da família na qual está inserida?

4 - Desenvolvimento de uma relação de cuidar, ajuda e confiança – Um idoso com dor encontra-se fragilizado física e psicologicamente. Como tal é essencial que possa sentir que os enfermeiros estão em parceria com ele a desenvolver o melhor plano de cuidados possível;

5 - Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos – Os enfermeiros devem estar preparados para ouvir os seus clientes, mesmo quando não concordam com as decisões, nomeadamente no que diz respeito à definição do plano de cuidados;

6 - Utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão – Numa altura em que os meios de divulgação de informação estão massificados, torna-se fundamental que os enfermeiros tenham acesso e motivação para acompanharem a evolução do conhecimento da temática do alívio da dor nos idosos, para que depois possam transmitir o saber às pessoas idosas e seus respectivos prestadores de cuidados;

7 - Promoção da componente transpessoal no processo ensino-aprendizagem – A transmissão dos conhecimentos não pode ser limitada à visão do enfermeiro como detentor do saber e do cliente como receptor da informação. O enfermeiro deve em conjunto com a pessoa idosa definir os tópicos a serem abordados, pois dessa forma o idoso encontra-se mais motivado e disponível para apreender a informação. A pessoa idosa deve ser ouvida e a sua experiência de vida sobre, nomeadamente sobre estratégias anteriormente utilizadas no alívio da dor, deve ser valorizada, mesmo que se venha a verificar a necessidade de esclarecimentos adicionais sobre o assunto. Por sua vez, o modo como a informação deve ser transmitida também deve ser ajustado às características particulares dos intervenientes;

8 - Fornecimento de um ambiente de apoio, de protecção mental, física, sócio-cultural e espiritual – Associada a situações de dor, muitas pessoas idosas vivenciam situações de fragilidade, nomeadamente a nível financeiro ou espiritual. Como tal, os enfermeiros devem estar despostos para a necessidade de encaminhamento pontual para profissionais (Assistentes Sociais, Padres, entre outros), sempre que essa também seja a vontade dos clientes;

9 - Assistência na satisfação das necessidades humanas – Um cliente com dor dificilmente poderá manter uma adequada qualidade de vida, assim sendo, o enfermeiro deverá adequar a sua prestação de cuidados de forma a incentivar, ajudar, ou substituir a pessoa idosa na realização das suas actividades de vida diárias;

10 - Promoção dos factores existenciais e fenomenológico-espirituais – As pessoas idosas devem ser ajudadas a desenvolver e utilizar estratégias que visem o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida (podendo passar pela utilização de métodos não farmacológicos: massagem terapêutica, musicoterapia, distração, rezar, conviver com família e amigos, passear, conviver com animais de estimação).

Esta autora enfatiza as dimensões morais e éticas do cuidar, considerando o cuidar um compromisso moral, que tem como objectivos: proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, que só pode ser demonstrado e praticado numa relação interpessoal. Apela para uma acção centrada no cliente, como sujeito de cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu meio ambiente. Assim, a enfermagem é uma ciência humana, na medida em que estuda a pessoa humana como um todo, um conceito pessoal e integral. Enfermeiro e doente são co-participantes num processo geral de saúde com responsabilidades acrescidas nos campos social, científico e metodológico (WATSON, 1985, p. 90).

Como disciplina a enfermagem é considerada metade arte e metade num sistema de influências e valores que enfatizam um grande respeito pela vida humana e a sua dimensão espiritual, uma capacidade para crescer e mudar, liberdade de escolha e a importância da relação interpessoal e intersubjectiva entre cliente/enfermeiro, *"tratar o indivíduo como uma pessoa; preocupação e empatia; características personalizadas da enfermagem; processo de comunicação e esforço extra"* (WATSON, 2002, p.64), comprovando a visão de que este processo implica uma resposta pessoal, na relação com o outro, onde as próprias acções e o modo como o cuidar é revelado, são ideais, em que as pessoas desejam ser cuidadas.

Refere ainda que quanto mais os cuidados são "actualizados como sendo um ideal moral intersubjectivo, cada ocasião do cuidar no momento-a-momento, mais potencial o cuidar detém para que os objectivos da saúde do homem se encontrem através de dar sentido à existência própria de cada um, descobrindo o nosso próprio poder interior e controlo, potencializando exemplos de transcendência e auto-recuperação" (WATSON, 2002, p. 131). Diz ainda que o enfermeiro

pode através do cuidar transpessoal e das transacções do cuidar, entrar num relacionamento intensamente pessoal existindo momentos de cuidar transcendentais em que a ligação que se cria entre o enfermeiro e o cliente é de tal forma importante que ultrapassa o momento e o lugar. É nesta perspectiva que me devo situar, o que vai permitir que a pessoa idosa tenha o máximo de controlo sobre a sua pessoa, facilitando-lhe uma auto-aprendizagem sobre modos de lidar e de actuar em situações de confronto com a doença (dor crónica). Esta descrição vai de encontro a EDVARDSSON et al (2003) que no seu estudo realizou entrevistas a enfermeiros do norte da Suécia, e que obteve relatos que referiam que o contacto físico da massagem era facilitador da sensação de proximidade e de conectividade entre os profissionais e as pessoas idosas.

Para WATSON (2002: p.98), a pessoa não é apenas um organismo é também uma parte da Natureza. A essência de cada pessoa está relacionada com a sua experiência com a Natureza, muito embora também possa transcender o mundo físico sempre que se verifica uma harmonia entre a mente, o corpo e a alma da pessoa.

Considerarei pessoas idosas, os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, tal como vem descrito pela DGS no Plano Nacional das Pessoas Idosas (2004: p. 5). Segundo a OMS⁵, em quase todos os países, a proporção de pessoas acima de 60 anos está a crescer mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária, como resultado do aumento da esperança média de vida.

ERMIDA (1999: p. 43) explica que para todas as formas de vida existe uma duração máxima, e independentemente de qual seja o limite, é sempre precedido por um período de envelhecimento. Este pode ser definido como um processo de diminuição orgânica e funcional que acontece inevitavelmente com o passar do tempo, significa isto que o envelhecimento por si não é uma doença mas uma condição inerente à vida, muito embora possa ser agravado por doenças ou acidentes. Sabe-se que com o avançar de idade o número de doenças degenerativas (como a artrose) aumenta, assim como risco de cancro, sendo habitual aparecerem dores sintomáticas (que acompanham uma doença) à medida que se envelhece. Quando a pessoa idosa, vive sozinha, isolada, longe da família/amigos tem, para além da dor física, carências afectivas que são fonte de grande sofrimento e angústia. A morte de familiares e de

⁵ Acedido em: 20/01/2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

amigos gera um sentimento de perda e de desespero, mistura-se com a agressividade, tristeza e medo da solidão e da dependência de terceiros. Estes factores misturados contribuem para o aparecimento de vários tipos de dor.

Conforme refere RAMOS (2003: p 793), o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (como é o caso da dor crónica), está na base de uma transformação do modelo de saúde tradicional que já não é medido apenas pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. O conceito de envelhecimento activo, dentro desta lógica, passará por ser o resultado da interacção multidimensional entre saúde física, saúde mental, suporte familiar, independência económica e integração social. Apesar de não se referir concretamente ao processo de envelhecimento, a postura do “*Cuidar Transpessoal*” conjuga-se perfeitamente com o modelo de saúde anteriormente descrito, pois WATSON (2002: p.104-106) menciona na sua obra que o enfermeiro tem que ser capaz de apreender as percepções da pessoa e com isto ajudá-lo a desenvolver as suas acções. A visão fragmentada do ser humano exige uma mudança de atitudes, de modo a que enfermeiro e o cliente sejam considerados pessoas que interagem e se respeitam mutuamente.

Podemos assim dizer que o envelhecimento da população pode ser visto como um sucesso das políticas de saúde e do desenvolvimento sócio-económico, mas também coloca um desafio à sociedade que terá de se adaptar, a fim de maximizar a saúde e a capacidade funcional dos idosos, bem como sua participação social e segurança. Em Portugal, temos o exemplo do “Projecto Envelhecer com Qualidade”⁶ implementado desde 2006 pelo Gabinete Cidade Saudável da Autarquia de Viana do Castelo inserido num dos objectivos do Projecto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde, onde se pretende: promover o envelhecimento saudável através do combate ao isolamento, do contacto intergeracional e ainda da criação de mecanismos que facilitem o acesso da população sénior a actividades de lazer, culturais e recreativas. Este projecto inclui, actividades gratuitas, desde sessões de cinema, a visitas a museus e núcleos arqueológicos, actividades no Centro de Monitorização e Interpretação Ambiental e na Biblioteca Municipal e ainda, uma vez por mês, bailes que têm percorrido as diferentes freguesias do concelho.

⁶ Acedido em: 06/05/2011. Disponível em: http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559

Estratégias (cuidados) de distração, como as anteriormente descritas direccionadas aos idosos, contribuem para redução da intensidade de dor, tal como é defendido pela OE (2008: p.49). Isto porque a dor pode ser definida de diversos modos, sendo unânime que é algo subjectivo e que se apresenta sob forma de sinais e sintomas variados. A IASP definiu a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial descrita em termos dessa lesão”.⁷

Segundo CIPE® versão 2 (2010), a Dor é o “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.⁸

De acordo com PEREIRA & COELHO (2002: p 23-25), a dor deve ser encarada como um “fenómeno global” que se traduz numa sensação incómoda, que só poderá ser descrita por quem a experimenta. Esta é considerada como sendo uma experiência perceptiva complexa, aprendida e influenciada por todo um contexto de vida social. Sintoma particularmente importante em qualquer faixa etária é frequentemente associado ao sofrimento ou ao desconforto. Estando conscientes do poder que a dor exerce sobre a pessoa idosa, afirmam que é pois importante o papel do enfermeiro na prestação de cuidados, nomeadamente na detecção e avaliação da dor, uma vez que é ele quem se encontra mais perto do cliente e que mais tempo passa a seu lado.

O grande desafio do combate à dor inicia-se na sua avaliação, já que a dor é, antes de tudo, subjectiva, variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais. Torna-se necessária uma abordagem multidimensional na avaliação dos atributos da dor. OLIVEIRA (2007) refere que na avaliação dos atributos da dor se deve ter em consideração não apenas a intensidade da dor, mas também a localização; qualidade; irradiação; factores temporais (duração); factores de agravamento e alívio da dor; Impacto no sono, na função e na qualidade de vida; necessidade de doses de resgate (sos) para a dor irruptiva.

Conforme define SILVA (2005), de entre as experiências humanas mais destabilizadoras encontra-se a dor que, envolvendo sempre dimensões físicas e emocionais, tende a encerrar quem a sofre num círculo de solidão; ele próprio factor de cronicidade e de desistência, sendo que a dor no idoso é mais frequente e perigosa.

⁷ Acedido em: 9/11/2010; Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=1ff1de774005f8da13f42943881c655f&id=2838023a778dfaecdc212708f721b788>

⁸ Acedido em: 10/02/2011; Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Estudos apontam para o dobro da prevalência de dor acima dos 60 anos. Em comunidade atinge 25 a 50% dos idosos; nos institucionalizados a percentagem sobe para 71 a 83%.

DIAS (2010: p.469) elaborou um estudo de investigação que pretendia contribuir para o maior conhecimento do impacto da dor crónica na autonomia dos Idosos. Concluiu que a dor corporal emerge como o sintoma principal da doença, parecendo condicionar as várias dimensões da vida, em especial o desempenho físico, a saúde mental e o funcionamento social. Mas o que é a dor e qual a sua função?

COIMBRA (1995: p.49) respondendo à anterior questão refere que a dor é o nosso mecanismo de defesa pessoal. Sem ela pequenos ferimentos e infecções poderiam tornar-se graves problemas, uma vez que, demoraríamos a percepcioná-los, daí termos receptores da dor distribuem-se por praticamente todos os tecidos do organismo. Os diversos tipos de apresentação da dor ajudam a diagnosticar o tipo de lesão ocorrida, essa forma, é muito importante a história referida pelo paciente a respeito do tipo de dor.

No que se refere às pessoas idosas será que têm o mesmo limiar de dor das restantes faixas etárias ou poderá a idade influenciar a percepção de dor? ANDRADE et al (2006: p.274), salientam que durante muitos anos, foi aceite que a idade avançada resultava numa perda da percepção dolorosa. No entanto estudos experimentais de sensibilidade e tolerância à dor, realizados com indivíduos jovens e idosos, argumentaram que as mudanças de percepção de dor, devido à idade avançada, não foram clinicamente significativas.

GOMES (2006: p.423) refere que a avaliação e tratamento da dor no idoso são dificultados pelas particularidades inerentes a esta faixa etária, como declínio da função cognitiva, co-morbilidades, diminuição da reserva funcional dos órgãos, farmacocinética e farmacodinâmica diferenciada, medicação em uso para várias etiologias potenciadoras de dor. inerentes ao processo de envelhecimento, ou senescência, caracterizando-se por diminuição gradual da reserva funcional do organismo, fenómeno que compromete a capacidade de adaptação a modificações internas ou externas. A frequência cardíaca, a pressão arterial sistólica e o débito cardíaco que sejam normais num idoso saudável que esteja em repouso, não aumentam como num jovem numa situação de stress. A acidez do estômago, a motilidade intestinal e a superfície de absorção do intestino delgado reduzem-se, tornando mais lenta a digestão. A composição corporal altera-se ao longo do tempo ocorrendo redução de massa

muscular em 10%, perda de 20% de teor de água corporal e aumento da gordura corporal entre 20 e 40%. O volume do fígado e o fluxo sanguíneo hepático reduzem-se de 30 a 40%, comprometendo a metabolização de alguma medicação (diazepam, morfina, amitriptilina, entre outras), aumentando o risco de toxicidade em especial em idosos com insuficiência renal. O rim sofre um declínio funcional de 35 a 50% predispondo o acumular de drogas por não se proceder à excreção vesical. No sistema nervoso central, o cérebro torna-se mais vulnerável a acidentes diversos, ocorrendo diminuição da capacidade intelectual, fica mais vulnerável ao aparecimento de *delirium*, flutuações do estado de consciência e agitação noturna; a velocidade de condução nervosa lentifica-se, assim como as respostas reflexas nervosas. Em termos respiratórios verifica-se uma diminuição do volume respiratório, maior rigidez da caixa torácica, menor elasticidade do pulmão; reduz-se ainda o reflexo de tosse dificultando a libertação das secreções. Em relação ao aparelho músculo-esquelético verifica-se uma diminuição da massa muscular, deterioramento da densidade óssea e aparecimento de inflamações nos tendões, factores que contribuem para o aparecimento de dor, fracturas, intolerância ao exercício, quedas frequentes, imobilidade e isolamento social. Além das alterações próprias da idade é frequente a ocorrência de co-morbilidades: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença pulmonar crónica obstrutiva, insuficiência cardíaca, enfarte cardíaco, insuficiência arterial periférica, acidente vascular cerebral, depressão, doença de Parkinson, demências, osteoartrite, osteoporose, neoplasias, cataratas, glaucoma, surdez, alcoolismo e cada vez mais frequente, infecção por VIH. Estas alterações inerentes ao processo de senescência implicam geralmente diminuição da qualidade de vida, com mais focos de causa de dor e com menor capacidade de recuperação funcional e emocional.

A dor pode ser muitas vezes a única manifestação clínica de uma doença, para tal é importante classificar correctamente a dor. Existem dois tipos de Dor, a nociceptiva – que pode ser somática ou visceral e decorre da estimulação de receptores específicos para a dor por processos inflamatórios, infecciosos, traumáticos, deformidades mecânicas, destruição tecidual (exemplos: hiperuricémia, cistite, fractura óssea, artropatias degenerativas, síndromes dolorosos miofasciais, coronariopatias, doença arterial periférica). Geralmente melhora com tratamento com analgésicos simples e medidas não farmacológicas, enquanto a dor neuropática melhora com medicações adjuvantes, como antidepressivos tricíclicos ou demais neurolépticos e

anticonvulsivantes. A dor não nociceptiva inclui a dor psicogénica (sendo controversa a sua denominação porque todas as outras categorias álgicas podem ser acompanhadas de alterações emocionais) e a dor neuropática (causa da maioria das dores crónicas).

Dor neuropática é frequentemente intrigante e frustrante, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde, pois parece não apresentar uma causa definida, responde pouco aos tratamentos, pode durar indefinidamente, leva a incapacidade importante e até mesmo se exacerba com as variações climáticas e estados emocionais. Constituem exemplos de dor neuropática, frequente nas pessoas idosas: a neuropatia diabética, a nevralgia pós-herpética, a dor do membro fantasma, a nevralgia do trigémeo e a lombociatalgia.

A DGS percebendo a importância do controlo da dor, elaborou em 2001, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor⁹ e em 2008 o Programa Nacional de Controlo de Dor¹⁰ com o objectivo de promover o desenvolvimento de Unidades de Dor e de elaborar orientações de intervenção que proporcionem, ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa.

Também a OE compreendendo que a dor é um tema sensível aos cuidados de enfermagem, definiu em 2008, orientações para as boas práticas de cuidados focando a importância do enfermeiro na avaliação da dor¹¹, no registo e na articulação entre o doente/família e os restantes profissionais com vista ao melhor planeamento dos cuidados.

Habitualmente os enfermeiros recorrem somente a técnicas farmacológicas para o alívio da dor, que sendo obviamente importantes não são a única estratégia que pode ser utilizada. As terapias não farmacológicas de controlo da dor, para além de serem comprovadamente um método de alívio da dor reconhecido pela DGS, pela OE, pela OMS e por várias associações nacionais e internacionais para o estudo da dor (como é o caso da APED e da IASP) têm a vantagem de ser um cuidado autónomo dos enfermeiros e que por isso não está dependente da prescrição por parte de outra classe profissional.

A OE no seu guia orientador de boas práticas foca a importância do enfermeiro conhecer os cuidados destinadas à prevenção e tratamento da dor, “sempre que se

⁹ Acedido em: 20/06/2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf>

¹⁰ Acedido em: 20/06/2010. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>

¹¹ Acedido em: 18/06/2010. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernos-oe-dor.pdf>

preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (2008: p.17). De acordo com o mesmo guia é importante o enfermeiro “utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica” (2008: p.18). Esta orientação vai de encontro ao tema deste trabalho que me propus realizar.

WATSON (1985: p90) não aborda directamente a temática da dor, mas menciona os cuidados que devemos ter para proporcionar conforto dos clientes, e considerando que a dor está directamente relacionada com o desconforto, considero importante mencionar a sua posição face à temática do conforto. Segundo a autora o enfermeiro pode facilitar o conforto se providenciar suporte, protecção ou correcção ambiental e dá alguns exemplos como a remoção de estímulos ambientais externos (reduzir a luminosidade ou o barulho); posicionar frequentemente o cliente; fazer a cama para que fique confortável; aliviar a tensão muscular através de exercícios de amplitude articular ou através da massagem; realização de procedimentos terapêuticos - como administração de medicação analgésica, exercícios inalatórios, estratégias de relaxamento [massagem]; identificar as implicações da doença para o cliente e encaminhar para os recursos de suporte e protecção disponíveis; e modificar as abordagens ao cliente consoante a gravidade, amplitude e fase de cuidados em que ele se encontra.

São múltiplas as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que os enfermeiros podem utilizar nas suas práticas de cuidados, sendo que aquela sobre a qual irei incidir este trabalho está relacionada com a massagem terapêutica.

Desconhece-se a sua origem, no entanto, supõe-se que o recurso à massagem venha desde os tempos pré-históricos, pelo facto de ser com as mãos que naturalmente se alivia uma dor, pela fricção da zona dorida. De acordo com CASSAR (2001: p1) massagem deriva da palavra grega *masso* que se traduz por amassar, e terapêutica vem também do termo grego *therapeutikos* que significa “tratamento ou cura de um distúrbio ou doença”. Para este autor, a principal função e ênfase desta técnica está relacionada com a sua aplicação específica de tratamento ou alívio de uma condição patológica, sendo que a dinâmica essencial da massagem centra-se no relacionamento entre o profissional e o cliente. Refere ainda a importância de ajudar as pessoas a alcançar um maior grau de harmonia entre o “corpo e as emoções” (2001: p.48), facto este

que está em sintonia com a teoria de WATSON (2002: p.122-125), que menciona que deve existir uma harmonia entre Mente-Corpo-Alma, que promova o que por sua vez vai gerar o auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado. Tem ainda como fundamento a protecção, preservação e promoção da dignidade humana, permitindo que a pessoa possa crescer e vir a realizar-se, exigindo-se para tal um comprometimento pessoal, espiritual e social.

Fisiologicamente a interacção dor-massagem pode ser explicada pela teoria do portão do controlo da dor, originada por Melzack e Wall (1982) que sugerem que a dor devia ser compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, sendo esta complexa e mediada por uma rede de processos interactivos. Esta teoria é antiga, mas é importante na medida em que aborda o fenómeno da dor numa perspectiva múltipla, considerando que existem factores fisiológicos, emocionais e comportamentais que podem potenciar ou diminuir a dor. Sugerem que existe um portão ao nível da medula espinal que recebe informação das fibras nervosas periféricas, que envia a informação sobre a dor para o portão, proveniente do local da lesão. Posteriormente o cérebro envia para o portão, por influência das fibras centrais descendentes, informação relacionada com o estado psicológico do indivíduo, que reflecte o seu estado comportamental, emocional e as suas experiências anteriores. O portão integra as informações destas diferentes fontes e produz uma saída de informação. Esta, sai do portão e é enviada para um sistema de acção de que resulta a percepção da dor. Quanto mais o portão está aberto, maior é a percepção da dor. Melzack e Wall, consideram que factores físicos (lesões), emocionais (ansiedade), e comportamentais (pensamento fixo na dor), influenciam a abertura do portão. Por oposição, fechar o portão reduz a percepção da dor, através da medicação, optimismo, relaxamento, distração ou envolvimento noutras actividades.

Vários autores actualmente continuam a basear-se nesta teoria e foram-na desenvolvendo, OGDEN (2004: p.315) e CASSAR (2001: p.39-40), citando o mecanismo analgésico de importância local da teoria do portão, proposto por Melzack & Wall (1965), referem que a estimulação de grande número de fibras aferentes A β após estímulos tácteis no mesmo segmento activa os neurónios produtores de encefalinas,¹² que inibem as fibras C da dor. Mesmo que de maneira inconsciente

¹² As **encefalinas** são neurotransmissores narcóticos secretados pelo encéfalo. Semelhantes à morfina, ligam-se aos receptores opióides no cérebro, aliviando a dor (mecanismo de analgesia) e produzindo uma sensação de euforia. Acedido em: 10/01/2011. Disponível em: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/enkephalin>

todas as pessoas conhecem e fazem uso do "*Gate Control*". Quantas vezes em virtude de uma pancada, não massajamos o local dorido? Estas massagens, que por vezes nem nos apercebemos que fazemos, estimulam as fibras aferentes A β , que por sua vez levam a uma analgesia no local com dor.

O recurso à massagem é determinado pelas indicações e contra-indicações para o tratamento, especialmente quando ela é utilizada para um fim terapêutico específico. Segundo CASSAR (2001: p. 4) é importante realizar-se previamente a anamnese dos clientes de forma a recolher informações importantes sobre a adequação do tratamento por massagem para cada cliente em particular; definir o programa de massagem e os resultados esperados e avaliar as condições ou existência de contra-indicações à massagem.

BATAVIA (2004: p.51) publicou uma revisão bibliográfica em que pretendia verificar se diversas fontes bibliográficas (livros e revistas científicas publicadas em inglês nos últimos 10 anos) apresentavam unanimidade relativamente a contra-indicações e precauções da massagem. Das 21 fontes revistas, eram apresentadas desde 3 até 81 contra-indicações. De um modo geral, não existe consenso relativamente a este aspecto. É de realçar que apenas 24% das publicações revistas apresentavam referência bibliográfica como justificação para a apresentação de determinadas contra-indicações e precauções, a maioria delas apresentava fontes secundárias como fundamento, maioritariamente baseadas em opiniões pessoais, teoria e senso comum, e não em evidência científica.

No entanto as contra-indicações mais referidas foram fenómenos tromboembólicos, veias varicosas, flebite, neoplasias, dermatites/problemas de pele, feridas abertas, fracturas recentes, processos inflamatórios, hemorragias, doenças infecciosas e osteoporose grave. No que diz respeito às contra-indicações da massagem terapêutica, CASSAR (2001: p.51) refere que na maioria dos casos em que estas ocorrem, a massagem deve ser evitada apenas nos tecidos ou regiões afectadas.

Realizei uma revisão sistemática da literatura com a finalidade de sintetizar e integrar na prática de cuidados, o conhecimento produzido sobre a utilização da massagem como estratégia complementar das técnicas farmacológicas no alívio da dor crónica nas pessoas idosas. Para tal, recorri a todas às bases de dados da EBSCOhost utilizando como descritores: "old + massage + nurs* + pain" e "elderly + massage +

nurs* + pain”; seleccionando como intervalo temporal, os artigos desde o ano 2000; que estivessem disponíveis em *Full text*.

Tendo sido incluídos através do critério PI[C]O[D]¹³ todos os artigos que tinham como:

- Participantes: clientes idosos hospitalizados e os enfermeiros/prestadores de cuidados, que lhes prestam cuidados;
- Intervenção: Utilização da massagem como estratégia de alívio da dor;
- Resultado: Alívio da dor e do desconforto.

Ficaram excluídos os artigos:

- repetidos;
- que não se direccionavam exclusivamente às pessoas idosas ou que focavam outros profissionais como prestadores de cuidados que não os enfermeiros;
- que abordavam o recurso à massagem com outras finalidades que não a do alívio da dor e desconforto;
- que descreviam a utilização de estratégias complementares das técnicas farmacológicas que não a massagem;

Os 10 artigos seleccionados e sobre os quais irei fazendo referência ao longo do trabalho foram os realizados pelos seguintes autores: Sansone & Schmitt (2000), Herr & Kwekkeboom (2003), Trombley et al (2003), Edvarsson et al (2003), Mok & Woo (2004), Pattillo (2004), Tse et al (2005), Oliver (2005), Seers et al (2008) e Weaver (2009).

WEAVER (2009: p. 331) elaborou um trabalho que pretendia minimizar a dor e promover conforto às pessoas idosas e refere que a utilização da massagem tem o benefício de contribuir para aliviar a dor e a tensão muscular, melhorar a circulação sanguínea, diminuir a ansiedade e o stress, promovendo o aumento do relaxamento.

TROMBLEY et al (2003: p.92) desenvolveram um estudo sobre a massagem em pessoas idosas institucionalizadas e refere como benefícios o facto de a massagem diminuir a dor, o desconforto, a frequência respiratória, a pressão arterial, os edemas, o

¹³ PICOD - Participantes, Intervenção, Comparação, Outcomes / resultados e Desenho do estudo

medo e o isolamento; aumenta o alívio da tensão articular e muscular, a libertação de endorfinas, e melhora o sono e o bem-estar.

SANSONE & SCHMITT (2000: p.304) realizou um trabalho num lar de idosos, onde as enfermeiras faziam massagem, tendo-se verificado melhorias ao nível da intensidade de dor, ansiedade, medo, agitação, irritabilidade, confusão mental e estimulava a comunicação verbal e não verbal.

CASSAR (2001: p.40) reforçando as ideias dos autores anteriores, salienta a investigação de Frazer (1978), onde os efeitos da massagem são comparáveis às injeções epidurais e à petidina.

No que diz respeito à duração da massagem, de acordo com PATTILLO (2004: p.31), que elaborou um trabalho sobre os cuidados aos pés das pessoas idosas, concluiu que o recurso à massagem não consome muito tempo aos profissionais, visto que com apenas 5 a 10 minutos com uma massagem, os clientes começam a sentir melhorias quer a nível de relaxamento quer a nível de dores nessa zona.

O estudo de MOK & WOO (2004: p.209) que analisou os efeitos da utilização da massagem dorsal, nas pessoas idosas, refere que o recurso à massagem durante 10 minutos é suficiente para que os idosos com dores musculares e ansiedade sintam melhoras.

Também SEERS et al (2008: p. 8) no seu estudo de investigação que pretendiam comparar 2 grupos (em que o grupo experimental recebia 15 minutos de massagem manual na região dorso-lombar, cervical e omoplata; enquanto o grupo de controlo recebia 15 minutos de sessões informativas para falar sobre as opções de tratamento) perceberam que as pessoas idosas que receberam massagem referiam melhorias mais expressivas no VAS e na percepção de ansiedade até 4 horas após o tratamento.

OLIVER (2005: p.25) que analisou o tratamento da dor a pessoas idosas com artrite, refere que é importante considerar a complementaridade das terapias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. Salienta que os enfermeiros devem capacitar as pessoas idosas e as suas famílias para que possam ter um papel activo no sucesso do seu plano terapêutico, quer a nível da percepção da importância do cumprimento do horário da terapêutica farmacológica, quer na utilização da massagem terapêutica, ou ainda da realização de mobilizações activas e/ou passivas.

Devem em conjunto definir o problema, os objectivos a alcançar e as terapias de intervenção a implementar.

HERR & KWEKKEBOOM (2003: p.247) referem que para se ajudar as pessoas idosas a minimizar a sua dor se devia monitorizar regularmente a dor. Assim que a dor esteja identificada deve-se assumir uma terapêutica analgésica adequada associada a intervenções não-farmacológicas apropriadas providenciando um plano de alívio da dor de fácil compreensão e eficaz. Capacitar as pessoas idosas e as suas famílias a realizar algumas estratégias não-farmacológicas como a massagem local recorrendo a cremes analgésicos pode contribuir para além de aliviar a dor e o desconforto, fazer com que se sintam mais satisfeitos e esperançosos em relação ao futuro.

TSE et al (2005: p.318) no estudo realizado procuraram saber quais as estratégias usadas pelas pessoas idosas para aliviar a dor e perceberam que 31,8% recorriam à utilização de cremes analgésicos locais; 20,5% tomava medicação analgésica (que não necessita prescrição médica); 13,6% fazia massagem local; 11,4% faziam massagem local com creme analgésico; 4,5% referiam utilizar creme analgésico local associado a momentos de meditação. Este estudo reforça a importância deste projecto de intervenção a que me proponho realizar, visto que demonstra a vontade das pessoas idosas na utilização da massagem terapêutica, com recurso a cremes analgésicos.

Ao longo deste capítulo, procurei demonstrar que através da revisão sistemática da literatura se pode concluir que os enfermeiros podem aliviar a dor das pessoas idosas (e dos restantes clientes) pelos quais estão responsáveis e valorizar a prática profissional, recorrendo à massagem terapêutica. Este cuidado autónomo de enfermagem, tem vindo a ser trabalhado e tem revelado resultados positivos, estudos recentes revelam que massagem com duração superior a 5 minutos, contribui para a melhoria da intensidade da dor e maior conforto. Outros trabalhos demonstraram ainda que a associação entre a massagem terapêutica e as técnicas farmacológicas são melhor opção, quando comparada com o uso individual de cada uma destas estratégias terapêuticas. Como tal, é um dever dos profissionais explicarem aos clientes e famílias as diferentes opções de tratamento de dor disponíveis e em parceria devem optar pela melhor estratégia de intervenção.

3 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Para uma correcta aplicação de um projecto é importante que a própria instituição tenha a preocupação de criar condições para que os enfermeiros possam desenvolver-se pessoal e profissionalmente. O CHLC, mais concretamente o HSM, tem promovido um ambiente qualificante que *“pode ser definida, da forma mais simples, como uma organização que favorece, por construção, as aprendizagens de índole profissional, isto é, uma organização que permite aprender”* (ZARIFIAN, 2009: p.5). Para tal tem havido um investimento desde há alguns anos a esta parte, na tentativa de promover o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem ao cliente com dor, tendo para tal:

- Facilitado a divulgação de posters com trabalhos desenvolvidos pelos enfermeiros na área da dor (eu participei em 2005, com a realização de um poster intitulado “Escalas de dor”);
- Possibilitado a participação de alguns enfermeiros da instituição (como foi o meu caso, no ano de 2006), de frequentarem o cursos/formações sobre a dor, ministrados por formadores de instituições como a APED;
- Nomeado 1-2 enfermeiros de cada serviço, para constituírem um grupo local de trabalho (do qual faço parte com mais uma colega do serviço). Estes foram os dinamizadores do projecto “Avaliação e registo da dor como 5º sinal vital” com vista ao desenvolvimento de competências de enfermagem no que se refere à compreensão e avaliação da percepção dolorosa dos clientes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Incentivado a participação em trabalhos de investigação, para posterior apresentação dos resultados. Eu em parceria com mais 3 elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina 4, realizamos um estudo de investigação denominado “Avaliação e Registo da Dor de Modo Sistemático” que foi posteriormente apresentado nas “Primeiras jornadas de Enfermagem da Área de Medicina Interna” do CHLC e no Workshop “Dor” do CHLC e divulgado na revista “Enformação” da ACE.

Também no serviço de Medicina Interna 4 do CHLC, onde foi implementado este trabalho, existe já uma cultura de participação em projectos suportados pela equipa de

enfermagem, nomeadamente nas temáticas da prevenção de úlceras por pressão, prevenção de quedas, referenciação dos doentes para a alta, para além da monitorização da dor como 5º sinal vital.

Em conjunto com uma colega, temos como dinamizadoras da “Avaliação e registo da dor como 5º sinal vital”, realizado junto da equipa de enfermagem formações em serviço periodicamente (embora sem intervalo de tempo predefinido), onde demonstramos os resultados das auditorias realizadas aos processos dos clientes internados durante as 24h da primeira quarta-feira de cada mês. Até ao fim do ano de 2010 os dados auditados e apresentados resumiam-se à verificação da existência de registo de dor em folha de parâmetros vitais e/ou notas de evolução, à identificação da escala de dor utilizada, à taxa de clientes com dor¹⁴.

3.1- METODOLOGIA DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Ao elaborar este trabalho, pretendia conciliar o trabalho académico, com a realidade do local onde desempenho funções, com o trabalho que já desenvolvo no grupo institucional de implementação do projecto “Avaliação e Registo da Dor como 5º sinal vital”, bem como dar melhores cuidados à pessoa idosa com dor de modo a dar uma melhor visibilidade aos cuidados de enfermagem.

Visto o projecto de intervenção ser direccionado para a melhoria da prática profissional, tinha optado pela realização deste estágio no local onde exerço a minha actividade profissional. O motivo de escolha é simples de explicar: é aqui que considero ter melhores condições de aprendizagem visto conhecer os profissionais, as metodologias de trabalho logo consigo prever algumas das facilidades e dificuldades com que me terei de deparar durante a implementação do projecto de intervenção. Também me era lógico direccionar o trabalho que iria desenvolver a nível académico em benefício da melhoria da qualidade de cuidados prestados aos clientes internados no meu serviço, pois é um grupo de enfermeiros maduros e empenhados. O estágio desenvolvido em contexto de trabalho permite a flexibilidade necessária à realização de um projecto individual, direccionado para a realização de objectivos. Como refere FERNANDES (1999), “(...) possa partir de uma necessidade ou problema situados no presente, a representação construída dirige-se para o futuro, para uma mudança a realizar”.

¹⁴ Taxa de doentes com dor = (Número de doentes com dor / Número de doentes internados) x 100

A implementação do projecto baseou-se na **formação-acção**, ou seja, aproveitou-se a experiência e os saberes dos enfermeiros para que o grupo pudesse participar nas tomadas de decisão, na negociação dos objectivos a atingir, nas estratégias de acção a definir e no processo de monitorização do projecto. Este modelo, está de acordo com BARROSO (2003: p.73), que revela que a formação não é apenas uma situação formal de adquirir conhecimentos ou preparação técnica, apresentando-se antes como um processo de resolução de problemas que associa os actores que são afectados por eles.

CARDIM (2009: p.107-133) refere que no local de trabalho se aprende continuamente, quer seja pela execução de tarefas, pelas formas de funcionamento de procedimentos, mas também pelos relacionamentos criados com as outras pessoas: colegas/chefes/parceiros (no caso da enfermagem os parceiros devem ser os clientes). Assim sendo, pode-se dizer que todas as instituições formam os seus profissionais, no entanto a maioria não o faz de acordo com um programa de formação, deixando os formandos encarregues da sua própria aprendizagem conforme podem e sabem. A formação exclusivamente espontânea pode ser fonte de má qualidade laboral, gerador de conflitos pela falta de coesão do grupo, falta de rigor e pode provocar resistência à mudança. O mesmo autor, apresenta a formação-acção como uma intervenção formativa em que as formações convencionais são complementadas com intervenções que visam a aplicação em ambiente de trabalho de conteúdos formativos leccionados. Pode-se dizer que o recurso a esta filosofia de formação permite conjugar de forma harmoniosa a prática com a teoria, visando a melhorar a eficácia da formação.

CORREIA (1997: p.34-35) refere que esta concepção de formação, obriga a dar especial atenção aos pormenores informais, aos diálogos verbais e não verbais e ao espaço e tempo da formação. Ou seja, não adianta fazer sessões de formação convencionais se depois a nossa acção não vai de encontro ao que transmitimos; não vale a pena dizer algo quando o nosso comportamento revela o oposto; e temos que compreender, aceitar e valorizar os momentos e locais informais de partilha de experiências, dúvidas, dificuldades e questões, pois é em muitos destes momentos de “pausa” que a modificação da prática é verdadeiramente realizada. RAMANADHAN (2010: p.14) foca a ideia anterior referindo que o desenvolvimento de competências deve privilegiar a formação informal como complemento da formação formal.

CARDIM (2009: p.99) explica que a gestão de um projecto, deve estar fundamentada em 3 fases: planeamento do projecto (com definição de objectivos, estratégias e actividades), execução do projecto e controlo do projecto. Para BARROSO (2003: p.73), a filosofia da metodologia de formação-acção, está em sintonia com o anterior modelo de gestão de projecto, pois prevê que seja realizado um diagnóstico preliminar que permita elaborar um plano de acção que identifique as mudanças a efectuar e a estabelecer o plano de formação¹⁵ para o desenvolvimento do trabalho. A formação deve ser assim implementada modularmente de acordo com o plano elaborado e fazendo com que os participantes se transformassem em agentes do processo de mudança.

Para dar a conhecer as actividades planeadas para a implementação deste projecto de intervenção (ver cronograma em apêndice I), durante a duração do estágio no serviço de Medicina 4 do CHLC. Baseei-me na formação em contexto de trabalho anteriormente descrita e optei por dividir o plano de actividades em 4 fases, para ser mais fácil a compreensão do mesmo e serem intrínsecas à metodologia de qualquer projecto:

- 1ª- Diagnóstico da situação;
- 2ª- Formação sobre a técnica da massagem terapêutica e sensibilização para a implementação do projecto;
- 3ª- Monitorização intermédia;
- 4ª - Balanço final.

3.1.1 – Diagnóstico da situação

O curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Médico-Cirúrgica vertente do idoso, na Unidade Curricular – Opção II, incluiu a oportunidade de delinear o projecto que pretendíamos realizar no estágio do 3º semestre. Durante este período procurei perceber junto dos elementos da equipa de enfermagem qual a temática que poderia contribuir para a melhoria dos cuidados a prestar às pessoas idosas, manifestando contudo a minha motivação pessoal para que esta se incluísse na área da dor. Aproveitando algumas das sugestões que iam no sentido de direccionar

¹⁵ Plano de formação com recurso à elaboração de um diagnóstico participado, identificando as áreas temáticas e as soluções previstas para os problemas e a sua melhoria.

este trabalho com aquele que já era realizado no serviço sobre a avaliação e registo da dor como 5º sinal vital, comecei a questionar-me e a questionar os colegas. Porquê limitarmo-nos a confirmar se os enfermeiros registavam a dor dos clientes pelos quais estavam responsáveis? Por que não evoluir no sentido de perceber quais as intervenções realizadas quando a dor é diagnosticada? Será que os enfermeiros utilizam técnicas não farmacológicas no alívio da dor, nomeadamente a massagem terapêutica? Valorizamos a realização dessas intervenções nos registos de enfermagem? Será importante informar quais as estratégias não farmacológicas de alívio de dor que podem ser utilizadas, de acordo com a OE e outras organizações nacionais e internacionais? Devemos apelar à realização de técnicas não farmacológicas no alívio da dor?

Sabendo que as técnicas não farmacológicas no alívio da dor, não são das estratégias mais utilizadas e valorizadas pelos enfermeiros, escolhi (com o apoio da equipa de enfermagem do serviço onde trabalho) para temática do projecto a utilização da massagem como estratégia complementar das técnicas farmacológicas das pessoas idosas com dor crónica internadas num serviço de Medicina. Visto serem várias as estratégias não farmacológicas possíveis, optou-se por escolher apenas uma e focar a atenção do problema apenas para uma técnica, tendo-se optado pela massagem terapêutica. Considerei que tinha competências teóricas e práticas para direccionar o trabalho para esta temática, porque sempre foi uma área que me interessou e já tinha inclusivamente realizado por motivação pessoal, em 2005 um curso de Massagem biodinâmica/toque terapêutico, como tal encarei a possibilidade de mobilizar os conhecimentos que possuía, de forma a marcar a diferença nos cuidados a prestar às pessoas idosas internadas com dor crónica.

A temática do projecto foi desde o começo negociada com a equipa de enfermagem e com a Enf.^a Chefe do serviço. Era importante que este grupo sentisse que com a implementação do projecto estaríamos a contribuir para o alívio da dor das pessoas idosas internadas no serviço e a valorizar uma das intervenções autónomas dos cuidados de enfermagem (como é o caso da massagem terapêutica) como complemento das técnicas farmacológicas. Para o sucesso da implementação do projecto, este deveria ser sentido como sendo o resultado do empenho de cada um individualmente, e não como mais uma tarefa, mais uma preocupação a juntar-se ao trabalho diário.

Posteriormente o projecto foi apresentado à coordenadora do grupo de dinamização da “Avaliação e Registo da Dor como 5.º Sinal vital” do H.S.M., pois considerei importante envolver a equipa de dinamizadores dos padrões de qualidade, não só porque se este projecto obtivesse resultados positivos podia-se estender a todo o C.H.L.C, mas também, para solicitar cooperação caso necessita-se. Propus a criação de um novo guião de auditoria (apêndice II) que visasse para além dos parâmetros previamente referidos, a descrição das características qualitativas de dor e do tratamento implementado após avaliação de um episódio de dor¹⁶. Esta nova folha de auditoria permitiria recolher indicadores de qualidade sobre os cuidados de enfermagem, pois revelaria se o enfermeiro segue todo um processo de intencionalidade de cuidar: se diagnóstica se o cliente tem dor, se define objectivos (que se pretende que sejam decididos em parceria com o cliente), se desenvolve intervenções que visem a concretização do objectivo definido e se avalia o resultado da intervenção.

A folha de auditoria proposta foi tida em consideração por parte do Grupo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na elaboração da nova ferramenta de registo das auditorias mensais (anexo I) - que incluía ainda a identificação da patologia, idade, colheita de história de dor e a possibilidade de analisar com intervalos de uma hora a dor do cliente, as intervenções realizadas (farmacológicas e não farmacológicas) e a reavaliação da dor efectuada. O serviço de Medicina Interna 4 foi um dos serviços “piloto” onde foi testada a funcionalidade e eficiência desta nova ferramenta de registo de colheita de dados. Como a implementação deste projecto visava perceber se os enfermeiros recorriam à massagem terapêutica como complemento das técnicas farmacológicas do alívio da dor crónica das pessoas idosas, esta nova ferramenta de auditoria facilitava a recolha de dados.

Colheita e tratamento de dados

Fui delineando o modo como pretendia colher e analisar os dados referentes à monitorização da implementação do projecto de intervenção, tendo em consideração a formação em contexto de trabalho definida, formação-acção.

¹⁶ O procedimento definido pelo CHLC em 2010, sobre a avaliação e registo da dor, foi de encontro às orientações da OMS e DGS, acrescentando apenas o aspecto, de que as intervenções de enfermagem devem visar a obtenção de uma dor controlada, ou seja, com VAS <3.

Os instrumentos de colheita de dados escolhidos foram dois guiões de auditoria: recorri ao utilizado pelo grupo dinamizador da Dor como 5º sinal vital para fazer a auditoria mensal aos processos clínicos (onde são auditados os registos de enfermagem nas folhas de Parâmetros Vitais e Diário de Enfermagem), realizado no programa Microsoft Excel® (Anexo I). O segundo guião de auditoria era específico para os registos em Diário de enfermagem, sobre a massagem terapêutica, realizado no programa Microsoft Word® (Apêndice III).

Considerei ainda importante a realização de entrevistas (Apêndice IV) a algumas enfermeiras significativas, de modo a perceber a sua opinião face à implementação deste projecto de intervenção e também, para poder treinar a técnica da entrevista. A escolha das intervenientes baseou-se no facto de serem pessoas com interesse na área da massagem e da dor e serem ainda informantes significativos. Tendo a particularidade acrescida de que uma faz parte do grupo de dinamizador “Dor como 5º sinal vital”, outra faz parte do grupo dinamizador “Prevenção de úlceras por pressão” e é o elemento com mais experiência profissional da equipa; e a terceira é o elemento com menos tempo de profissão no serviço. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Os guiões de auditorias (ou listas de verificação) para FORTIN (2003: p.244) são um sistema que *“...permite anotar de forma sistemática a presença ou ausência de um dado comportamento ou acontecimento (...). O sistema de codificação visa facilitar a observação e o registo das unidades de comportamento observadas”*. Esta colheita de dados foi realizada em todos os processos de clientes internados relativos às 24h da primeira quarta-feira do mês de Novembro, Janeiro e Fevereiro. Para não falsear os resultados os enfermeiros desconhecem o dia exacto da auditoria, mas sabem que é realizada tendo por base um dia da primeira semana de cada mês e conhecem os itens que estão a ser auditados.

Embora faça referência à totalidade de clientes internados, na caracterização dos clientes internados optei por excluir os registos efectuados aos clientes com menos de 65 anos, visto este trabalho estar direccionado aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa. Também optei por excluir os registos efectuados às pessoas idosas quando utilizada a escala de dor BPS, visto ser uma escala com reduzido valor

científico já que não está validada para a população portuguesa¹⁷. Outro motivo que também contribuiu para esta exclusão, está relacionado com a dificuldade em recolher todos os dados das variáveis em estudo, como o registo das expressões/feedback após a massagem terapêutica, nas pessoas idosas em estado comatoso.

Optei ainda por incluir apenas os registos dos clientes que estiveram internados na totalidade das 24 horas da primeira quarta-feira, visto ser mais perceptível se a avaliação da dor ocorreu de forma sistemática, tal como está preconizado pela DGS, OE e pelo procedimento do CHLC¹⁸.

No caso das **auditorias** aos registos de enfermagem nos processos clínicos, os itens que defini foram:

- Total de clientes e pessoas idosas internadas;
- Idade;
- Sexo;
- Motivo de internamento
- Existência de colheita de história de dor;
- Escala de dor utilizada;
- Registo sistemático da dor;
- Avaliação e registo das características qualitativas da dor;
- Episódios de dor registados;
- Medidas farmacológicas implementadas;
- Medidas não farmacológicas implementadas;
- Local da massagem terapêutica;
- Duração da massagem terapêutica;
- Intensidade referida pela pessoa idosa antes e após a massagem terapêutica;
- Utilização de creme analgésico;
- Feedback da pessoa idosa após a massagem terapêutica.

¹⁷ Esta escala começou a ser implementada no CHLC, embora não esteja validada, porque era uma escala de simples utilização, para ser utilizada na hetero-avaliação da dor dos clientes. No entanto, após pesquisa bibliográfica, soube que deverá ser divulgada este ano uma escala de hetero-avaliação “PAINAD” traduzida e validada para a população portuguesa, este facto já foi comunicado à coordenadora do projecto “Avaliação e Registo da Dor como 5º sinal vital”, pelo que aguardamos a provável mudança de escala.

¹⁸ O procedimento de avaliação da dor como 5º sinal vital, prevê a avaliação da dor todos os turnos ou de 8/8 horas se dor controlada - < 3. Caso a dor seja superior a 3, esta deverá ser reavaliada no turno (preferencialmente 1h após a medicação analgésica se for via oral ou 30 minutos após a perfusão se for por via endovenosa).

Os últimos 5 itens (apresentados sublinhados) fazem parte do guião de auditoria, específico para analisar os registos de enfermagem relativos à massagem terapêutica.

Para a análise dos resultados das **auditorias**, optei por descrever¹⁹:

- Número total dos clientes internados no serviço;
- Número e percentagem das pessoas idosas internadas no serviço;
- Média e intervalo de idade, das pessoas idosas internadas no serviço;
- Número e percentagem das pessoas idosas internadas divididos por género;
- Causa do internamento das pessoas idosas (optei por dividir em patologias oncológicas e não oncológicas);
- Registo da colheita de história de dor;
- O número de episódios de dor registados nas pessoas idosas internadas (divididos por dor controlada ≤ 3 ; e dor não controlada > 3);
- Registo das características qualitativas da dor;
- Tratamento instituído às pessoas idosas com dor.

No caso da utilização da massagem terapêutica como estratégia de alívio da dor procurei perceber se estava registado:

- Local da massagem terapêutica;
- Duração da massagem terapêutica;
- Intensidade referida pela pessoa idosa antes e após a massagem terapêutica;
- Referencia à utilização de creme analgésico;
- Feedback da pessoa idosa após a massagem terapêutica.

A entrevista semi-estruturada tem como característica fundamental a interrogação, sobre a qual são apoiadas teorias e hipóteses que se relacionam com o tema da pesquisa. As entrevistas dariam fruto a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados. Para MANZINI (2003. p.11-25.), a entrevista semi-estruturada está focalizada num assunto sobre o qual realizamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. A realização das entrevistas foi efectuada durante a última quinzena do mês de Fevereiro.

¹⁹ Aplicando os critérios de exclusão em todos os itens, excepto no número total de clientes internados.

As entrevistas foram analisadas através da apreciação global das ideias centrais, onde procurei conhecer a opinião dos Enfermeiros sobre:

- Como descrevem a prática de cuidados à pessoa idosa internada com dor crónica, antes da implementação deste projecto;
- Como consideram que este projecto influenciou a prática de cuidados no alívio da dor das pessoas idosas internadas (a nível pessoal e do ponto de vista da equipa de enfermagem);
- Como consideram que este projecto contribuiu para a melhoria dos registos de enfermagem relativamente às intervenções realizadas para o alívio da dor, valorizando a massagem terapêutica como estratégia complementar às técnicas farmacológicas;
- As sugestões de melhoria para a continuidade do projecto.

Questões ético-legais

A colheita de dados, aos processos clínicos nas auditorias mensais, no âmbito do projecto do CHLC “Avaliação e Registo da Dor como 5º sinal vital” salvaguarda a identificação dos clientes, pois permanece apenas a indicação do número de processo. Mas para este trabalho académico, optei por eliminar este dado, visto não trazer nenhum contributo para a melhoria do trabalho e porque desse modo eliminava a possibilidade de reconhecimento das pessoas em causa.

As entrevistas foram realizadas após consentimento das enfermeiras participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas, mantendo-se o anonimato e confidencialidade das intervenientes. Não recorri à comissão de ética do hospital pois este projecto decorre da dinâmica de trabalho quotidiano da unidade de internamento a que pertenço.

3.1.2 – Formação sobre a técnica da massagem terapêutica, Sensibilização para a implementação do projecto de intervenção e Resultados auditados referentes ao mês de Novembro

Formação e sensibilização

Inicialmente era a única enfermeira do serviço com formação na área da massagem, como tal, desenvolvi acções de formação teórico-práticas (apêndice V) a

todos os enfermeiros do serviço, onde foram descritos os conceitos básicos da massagem terapêutica, os procedimentos a considerar durante a realização da massagem, finalizando com a realização de uma massagem (os enfermeiros eram dispostos em pares e realizavam à vez uma massagem ao colega).

Houve uma grande adesão por parte da equipa de enfermagem principalmente porque as formações como tinham componente prática (realizada em pares pelos profissionais) possibilitavam o alívio da dor e do cansaço dos próprios profissionais. Uma das minhas primeiras dificuldades foi precisamente a necessidade de relembrar que o projecto tinha como objectivo o alívio da dor das pessoas idosas e não dos profissionais, sem que eles ficassem desmotivados. Para tal valorizei as iniciativas individuais de realização da massagem mesmo quando eram realizadas a colegas mas, ia solicitando (sem impor) a execução da massagem nas pessoas idosas com dor, tendo inclusivamente realizado massagens em conjunto com colegas a um cliente com algias.

As datas de formações em serviço foram divulgadas, no local habitual (quadro existente no gabinete de enfermagem) visto ser uma estratégia que se tem revelado útil na dinamização do dia das sessões de formação. Também as formações foram realizadas no gabinete de enfermagem, tendo o horário das formações no turno da manhã sido realizadas entre as 11 e as 12 horas e as formações no turno da tarde entre as 20 e as 21 horas (embora tenha existido flexibilidade de modo a ajustar as datas e horas das formações, aos cuidados necessários a prestar aos clientes). Optou-se por este local por ser aquele onde teríamos maior disponibilidade de sala (muito embora não seja o local ideal, visto seremos frequentemente interrompidos por outros profissionais que frequentam a sala). A escolha da hora também foi feita pelos profissionais, visto considerarem que é habitualmente durante estes períodos que se conseguem algumas pausas, através da re-estruturação das actividades para serem desempenhadas nos períodos antes e após a duração da formação.

A sensibilização para a implementação deste projecto baseou-se na possibilidade de contribuir para o bem-estar dos clientes internados e pela oportunidade de valorizar a nossa profissão, que muitas vezes é negligenciada (começando pelos próprios profissionais que dela fazem parte) e para tal promoveram-se momentos de partilha de experiências, dúvidas e receios.

Como estratégia para implementar a massagem terapêutica foi assumido em equipa o compromisso de que procederíamos à avaliação da intensidade e das características qualitativas da dor; informaríamos os clientes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da mesma, tentando compreender o idoso e as suas motivações. Quando desejassem uma abordagem não farmacológica através da massagem terapêutica promoveríamos essa vontade, quando desejasse uma abordagem farmacológica ou mista procedíamos igualmente de forma a respeitar essa intenção.

Era importante que todos os enfermeiros tivessem tido as mesmas informações (foi entregue um artigo (anexo II) – em português a pedido dos colegas – elaborado por enfermeiras portuguesas, com a descrição dos procedimentos básicos da massagem; foi elaborado um dossier com documentação sobre “dor”, “tratamentos farmacológicos e não farmacológicos – com principal incidência sobre a massagem; e um “cd” com demonstrações práticas sobre a massagem à região lombar/cervical/pés e pernas/mãos/cabeça) e oportunidade de realizar a técnica da massagem terapêutica (primeiro nos colegas e depois nos clientes), antes de avançar para a auditoria aos registos de enfermagem face à utilização da massagem terapêutica como estratégia complementar das técnicas farmacológicas no alívio da dor das pessoas idosas.

Para WATSON *“as intervenções relacionadas com o processo de cuidar requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e acções (...) o processo afirma a subjectividade das pessoas e leva a mudanças positivas de bem-estar dos outros, mas também permite que o enfermeiro beneficie e cresça ”* (2002: p.130). Foi neste pressuposto que baseei este trabalho, pois pretendo com a utilização da massagem terapêutica (intervenção) como complemento das técnicas farmacológicas aliviem a dor crónica (intenção/objectivo) das pessoas idosas internadas no serviço de Medicina Interna onde desenvolvo a minha actividade profissional. Foi esta perspectiva que procurei fomentar na equipa de enfermagem e na qual eu me situei, o que permitiu que a pessoa idosa tivesse o máximo de controlo sobre a sua pessoa, facilitando-lhe uma auto-aprendizagem sobre modos de lidar e de actuar em situações de confronto com a doença. Com o meu projecto, ao tentar aliviar a dor das pessoas idosas internadas num serviço de Medicina Interna, através da massagem terapêutica como complemento das técnicas analgésicas farmacológicas, pretendi ir de encontro às

políticas de saúde definidas pela OMS e DGS com vista à promoção de um envelhecimento activo.

Os colegas da equipa de enfermagem foram informados de como estava planeada a colheita de dados para validar a evolução da implementação deste projecto de intervenção: através de auditorias aos registos de enfermagem dos processos dos clientes e através de entrevistas semi-estruturadas. Isto porque, tal como refere WALDOW (2005: p.11), a confiança deve ser a pedra basilar que promove a qualidade das relações onde as pessoas se sentem seguras e onde prevêm o comportamento umas da outras.

RESULTADOS AUDITADOS

Os dados do mês de Novembro, referem-se ao período de tempo, ao qual ainda estava a realizar a apresentação do projecto de intervenção aos colegas e a respectiva formação sobre a técnica da massagem. Logo estes resultados serviram apenas como ponto de partida para definirmos objectivos, estratégias para os atingir e como confronto entre a situação inicial e o balanço final de modo a analisar a evolução alcançada. Tal facto foi comunicado aos colegas, de modo a não contribuir para uma possível desmotivação, devido a resultados medíocres.

Ao analisar os dados do mês de Novembro (anexo VI) percebemos que 95% dos clientes internados durante as 24 horas da primeira quarta-feira deste mês eram pessoas com mais de 65 anos de idade. Começamos a perceber que a implementação deste projecto estava adequada à população idosa, tal como era pretendido.

Foram incluídos nesta análise, os processos de 70% dos clientes internados.

Considerando que 14 pessoas idosas, conseguiram autoavaliar a sua dor é questionável se não poderiam ter fornecido dados relativos à sua história de dor. Isto porque não existe nenhum registo de colheita de “História de dor”. Ora este dado seria importante porque, por exemplo, possibilitava a manutenção das práticas de alívio da dor que a pessoa idosa realizava em casa. Se a pessoa idosa sabe que a dor alivia com massagem, gelo, calor húmido, porque é que não podemos manter estas boas práticas?

A não existência de “História de Dor” pode inclusivamente ter influenciado dados, tais como, registo das características qualitativas de dor e registo das

intervenções de alívio de dor, nos quais os resultados demonstram que há necessidade de desenvolver acções no sentido de melhorar os resultados obtidos. Aliás, existe um dado preocupante: de 9 episódios de dor registados, apenas existe registo de implementação de tratamento para 4 e nestes o tratamento foi apenas farmacológico. Outro parâmetro que necessita de progresso refere-se à avaliação e registo sistemático da dor, onde só quatro processos tinham esse registo correctamente elaborado.

Isto leva-me a questionar sobre alguns aspectos: “Terão os enfermeiros, negligenciado a dor avaliada às pessoas idosas?”, “Terão os enfermeiros descurado o registo das medidas de alívio de dor? Se sim, quais terão sido os motivos que terão levado à falha destes registos?”, “Consideraram os enfermeiros que apenas as medidas farmacológicas podem surtir efeito no alívio da dor?”, “Será que se sentem com conhecimentos e autonomia para utilizarem medidas não farmacológicas no alívio da dor? “, “Será que possuem conhecimentos sobre a administração e controlo das medidas farmacológicas?”, “Estarão os enfermeiros a basearem-se no modelo biomédico?”

Estes dados e questões foram sendo abordados, quer nas reuniões formais em que se realizava também a formação sobre a massagem terapêutica, quer nas reuniões informais, para que os enfermeiros tivessem conhecimento e pudessem melhorar os itens com resultados menos positivos. Em conjunto fomos tentando encontrar soluções e não culpados ou desculpas.

Assim sendo, decidimos como resultado das reuniões realizadas, colocar em todos os processos uma folha (Anexo III) de instrução de trabalho²⁰ (que servia de lembrete do procedimento de avaliação e registo da dor e das suas características). Organizei também um dossier com vários documentos (artigos, resumos, folhetos, organigramas, cd com procedimentos sobre a massagem terapêutica – mãos, pés, cabeça, região cervical, região dorso-lombar) sobre a dor e o alívio da dor (referente a técnicas farmacológicas e não farmacológicas) que ficou disponível na sala de trabalho de enfermagem no serviço. Apesar de serem metodologias mais tradicionais com eficácia duvidosa segundo alguns autores, a verdade é que foram ideias que foram surgindo e que procurei valorizar de modo a não desmotivar os elementos do grupo que tinham apresentado essas sugestões. ALARCÃO (1996: p.181) refere que a formação não deva ter conteúdos impostos, devendo promover antes o pensamento

²⁰ Feita em conjunto com o grupo de dinamizadores do projecto “Dor como 5º sinal vital” do CHLC.

reflexivo, pois sendo uma capacidade, ele não “desabrocha espontaneamente, mas pode desenvolver-se”, se no seu cultivo houver “condições favoráveis para o seu desabrochar”.

Fui relembando (nomeadamente aquando da entrada dos clientes no serviço) da importância de se colher a “História de dor” e registar os dados em folha de notas de evolução. Para podermos encontrar, em conjunto com a pessoa idosa, os problemas a solucionar/minimizar, e definir a melhor solução para os mesmos.

Optou-se por falar individualmente com as pessoas, que habitualmente não avaliavam e registavam a dor de forma a perceber as razões. Referiram que as principais razões eram a falta de tempo e esquecimento. Como estratégias para solucionar esta falha referiram a importância do **lembrete da instrução de trabalho** e as **reuniões formais e informais**, pois o facto de ser mais “falada” a importância de aliviar a dor dos clientes internados, fazia com que não se esquecessem de avaliar, registar a intensidade da dor, bem como as estratégias utilizadas de controlo da dor. Poderia, e acho que deveria, ter recorrido à ajuda dos líderes formais (Enf.^a Chefe do serviço) e informais (alguns dos chefes de equipa) para me ajudarem a resolver diplomaticamente e com eficácia a desmotivação e desinteresse manifestado por estes elementos do grupo.

3.1.3 - Balanço intermédio (Janeiro)

Em Janeiro de 2011 é que se procedeu novamente à análise dos registos de enfermagem sobre monitorização deste projecto. Através da apresentação dos resultados (Apêndice VII) foi possível ao grupo analisar os mesmos e definir objectivos e novas intervenções (Apêndice VIII). A importância das reuniões formais e informais, mais do que servirem para divulgar resultados, favoreceram a reflexão com partilha de experiências e dúvidas, facilitando desse modo o crescimento individual e do grupo. Tal como diz CORREIA (1997: p35) todos os intervenientes são actores do processo de mudança e acabam por ser também, transformados pela experiência e saberes produzidos pela prática de formação.

Nas apresentações dos resultados foram focados os dados globais de todos os clientes internados, embora também se tenha abordado os dados relativos às pessoas

idosas internadas, isto porque consideramos importante alargar o âmbito deste projecto a todos os clientes com vista à continuidade do mesmo após o período académico.

Ao analisar os dados do mês de Janeiro (Apêndice VII) percebemos que 80% dos clientes internados durante as 24 horas da primeira quarta-feira deste mês eram pessoas com mais de 65 anos.

Foram incluídos nesta análise, os processos de 56% dos clientes internados, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão.

Neste balanço intermédio, foi possível verificar que a equipa de enfermagem ainda não tinha a prática de registar a colheita de “História de dor”, a ressaltar o facto de existir um pequeno registo de história de dor num cliente que não cumpria os critérios de inclusão no estudo. Considerei importante focar este tópico e direccionar o trabalho também neste sentido porque a apreciação/diagnóstico do problema é a primeira etapa do processo de enfermagem. Poderíamos apenas perguntar aos clientes que se queixam com dor “Quer uma massagem?”. Mas o que se preconiza é que devem ser os profissionais no processo de acolhimento a realizar a anamnese dos seus clientes e desse modo definir em conjunto com eles as estratégias a implementar. A pessoa idosa até pode não estar com dor no momento do acolhimento, mas se na anamnese ela nos responde que “por vezes tem dor e que alivia quando massaja”, podemos deste o início do internamento definir como problema potencial o “Risco de existência de dor” e já sabemos à partida que uma das estratégias que alivia é o recurso à massagem. Apesar de poder parecer que estava a dispersar o projecto, em conjunto com a equipa de enfermagem concordámos que tínhamos que intervir neste item de modo a melhorar a prestação dos nossos cuidados. Consideramos que importava que este projecto se adequasse à realidade da prática de cuidados com vista à melhoria dos mesmos aos clientes. Esta negociação implicou a necessidade de valorizar as vantagens (facilidade em planear os cuidados de enfermagem e valorização das intervenções de enfermagem) e desabonar as possíveis desvantagens (falta de tempo, esquecimento, excesso de trabalho), para tal, perguntou-se a opinião de todos os enfermeiros de forma a definir uma estratégia que possibilitasse o início da colheita de “História de dor”, todos sugeriram a criação de uma folha de escolha múltipla que possibilitasse o preenchimento rápido e de um modo eficaz.

Dos processos analisados, 78% continham a avaliação sistemática da dor de acordo com o procedimento hospitalar.

De 6 episódios de dor existentes neste dia, em metade dos registos estavam identificadas algumas das características qualitativas da dor.

Continuavam a existir episódios de dor sem intervenção registada. No entanto saliento a existência de um registo de realização de massagem terapêutica (que incluía local da massagem, utilização de creme analgésico, intensidade da dor antes e após a massagem). Na análise de todos os clientes internados havia o registo de 3 massagens terapêuticas, mas 2 dos registos não correspondiam aos critérios de inclusão.

Assim sendo, ficou descrito em resumo de reunião – Apêndice VIII (e onde os enfermeiros tiveram que assinar o documento de tomada de conhecimento) as resoluções definidas em conjunto sobre os **objectivos e estratégias** a atingir até à data da auditoria do mês de Fevereiro:

- 75% dos registos da massagem terapêutica com registo de local, creme analgésico, duração, intensidade da dor antes e após a massagem terapêutica, registo das expressões referidas pelos clientes após a massagem terapêutica;

- Realizar a colheita de história de dor a mais de 50% dos processos.

As **estratégias** que optamos por realizar para atingir os objectivos propostos foram:

- Realização de lembretes expostos na parede e no quadro de informações do serviço e lembretes de bolso (apêndice IX), a recordar os itens a registar sobre a dor e a massagem terapêutica;

- Realização de um documento de colheita de “História de dor” (apêndice X) de preenchimento rápido - escolha múltipla, fácil de utilizar e adequado às informações pretendidas²¹.

3.1.4 - BALANÇO FINAL

Em Fevereiro, optei por fazer um balanço final (Apêndice XII) da implementação do projecto sobre a massagem terapêutica como complemento das técnicas farmacológicas no alívio da dor das pessoas idosas. Este balanço está relacionado

²¹ Este documento foi elaborado baseado em recomendações nacionais e internacionais, com o auxílio de toda a equipa de enfermagem (visto ter sido pedida a opinião e colaboração na elaboração do documento) e posteriormente foi pedido o parecer a uma perita da área da dor (Madalena Martins, Enfermeira responsável pela Unidade Terapêutica da Dor Crónica do HGO). Apesar de este documento não estar validado, considerei importante a sua implementação pela pertinência de informações que esta folha traria.

com o término do estágio, mas este projecto vai prosseguir para além do âmbito académico.

Da análise aos resultados (Apêndice XI) do mês de Fevereiro percebe-se que 78% dos registos dos clientes internados durante as 24 horas da primeira quarta-feira deste mês eram correspondentes a pessoas com mais de 65 anos. Sendo que a média de idades destes era de 78,6 anos de idade. Foram incluídos nesta análise, os processos de 44% dos clientes internados, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão. Neste balanço final, foi possível verificar que a equipa de enfermagem ficou sensibilizada para o registo da colheita de “História de dor”. De negativo, saliento o decréscimo de processos com avaliação sistemática da dor. Continuavam a existir episódios de dor sem intervenção registada. No entanto saliento a existência de 2 registos de realização de massagem terapêutica (que incluía todos os itens definidos para o registo da massagem terapêutica). De salientar ainda a existência de um terceiro registo num processo de um cliente que não cumpria todos os critérios de inclusão do trabalho.

Assim sendo, optamos por no resumo da reunião (Apêndice XII), em conjunto definir **objectivos** a atingir até à data da auditoria do mês de Maio:

- Realizar a colheita de “História de Dor” em 75% dos processos;
- 100% dos processos em que é referida a utilização da massagem terapêutica deve ficar descrito: local da massagem, duração, recurso material utilizado (creme analgésico), intensidade da dor antes e após a massagem e descritores (comentários/expressões) utilizados pelas pessoas idosas sobre a massagem;
- Avaliar e registar sistematicamente a dor em 75% dos processos;
- Descrever as intervenções utilizadas no alívio da dor em pelo menos 75% dos casos de episódios de dor.

As **estratégias** que optamos realizar para atingir os objectivos propostos foram:

- Manter a apresentação periódica dos dados auditados (apresentação trimestral);
- Realização de espaços de reflexão periódicos com vista à partilha de dúvidas, experiencias e sugestões;

- Realização de mais sessões práticas de massagem terapêutica entre os enfermeiros, com vista a proporcionar mais experiência na execução da técnica.

ANÁLISE DOS RESULTADOS ALCANÇADOS AO LONGO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Pela análise dos resultados recolhidos ao longo da implementação deste projecto pude retirar algumas conclusões interessantes, que vou procurar fundamentar com estudos científicos. Pretendo ainda apresentar o que considero terem sido os maiores sucessos deste trabalho, bem como as limitações que penso terem ocorrido.

Os resultados obtidos, através destas auditorias devem ser analisados no contexto em que foram realizados, visto não terem sido analisados os processos de clientes adultos, clientes a quem era aplicada a escala BPS (devido a alterações neurológicas ou comportamentais) e a clientes que tiveram alta durante a primeira quarta-feira de cada mês ou que deram entrada no serviço nesse mesmo dia. O número de processos auditados variou entre 8 e 18 processos num total que oscilou entre 24 a 54 turnos. É provável que numa auditoria ao processo tendo por base todo o internamento integral dos clientes, os resultados pudessem sofrer algumas alterações, no entanto estas auditorias já permitem retirar algumas hipóteses de continuação do trabalho de grupo.

Dos dados auditados verifica-se que existem mais pessoas idosas do **género** masculino do que do género feminino internadas, contrariando os últimos dados do INE²² onde se estimava em 2009, uma população idosa feminina superior à população idosa masculina. Mas este facto é facilmente explicado pelo facto da lotação do serviço ser composta por 12 camas de mulheres e 18 de homens.

Relativamente à **média de idade** das pessoas idosas esta oscilou entre 68,6 no mês de Janeiro e 78,6 no mês de Fevereiro. Com **intervalos de idades** que foram dos 65 aos 99 anos de idade. De acordo com dados do INE²³, baseado nos censos de

²² Acedido em: 20/02/2011. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2

²³ Acedido em: 20/02/2011. Disponível em: http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/pdf/actualidades_29.pdf

2001, o fenómeno do envelhecimento populacional manifestou-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um aumento de 140% da população idosa entre 1960 e 2001. A população idosa, que representava 8,0% da população total em 1960, duplicou passando para 16,4% em 2001. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708.570, em 1960, para 1.702.120, em 2001, dos quais 715.073 homens e 987.047 mulheres.

Nas três auditorias realizadas e apresentadas, destaca-se a elevada **percentagem de pessoas idosas internadas** o que me leva a levantar algumas questões. Estarão os serviços de adultos preparados para dar resposta às particularidades da população idosa? Será que todas as pessoas idosas internadas neste serviço teriam realmente necessidade de cuidados de saúde agudos? O que fazer para melhorar esta situação?

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2009), da DGS fornece resposta a todas estas questões: *“a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias”* (2009: p.10); *“o modelo actual de prestação de cuidados de saúde, ainda muitas vezes mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, torna-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento”* (2009: p.11); *“a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.”* (2009: p.7).

Das pessoas idosas incluídas no estudo, a maioria das **patologias** que motivaram o internamento é de origem não oncológica, este dado vem de encontro ao referido pela ARS Norte²⁴ que apresentando dados do ano de 2007 referentes ao continente, menciona que as principais causas de internamento são: 1º doenças aparelho circulatório; 2º doenças do aparelho digestivo; 3º gravidez/parto/purpério; 4º doenças aparelho respiratório; 5º lesões e envenenamentos; 6º doenças do aparelho

²⁴ Acedido em: 10/02/2011; Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Relatorio_Morbilidade_Hospitalar_2007.pdf

genitourinário; só em 7º lugar é que surgem as doenças oncológicas (tumores malignos).

A OMS²⁵ considera que a colheita de “**História de dor**” providencia a informação básica necessária para o alívio da dor. E foi com a implementação deste projecto que se alcançou o início do registo da “História de Dor”, o facto de se ter começado a sensibilizar os enfermeiros para os ganhos que se poderiam obter com a implementação deste registo (perceber se o cliente já tem cronicamente dor, onde é a dor, qual a intensidade da dor, quais as características da sua dor, quais as estratégias já adoptadas, quais as limitações provocadas, ...) e o facto da construção da folha de registo ter sido acompanhada por toda a equipa (onde puderam dar sugestões de melhoria) contribuiu para que tivesse sido aceite sem grandes constrangimentos e viesse mesmo a ser sentida como valorização do trabalho realizado.

A identificação da **escala de dor** utilizada, insere-se num dos itens primários do projecto “Dor como 5º sinal vital” e tem-se notado uma melhoria significativa nos resultados obtidos. Continuam a existir falhas (que não foram visíveis nos dados auditados, mas que estavam presentes nos restantes processos de clientes que ficaram excluídos deste estudo) mas esporádicas quando comparadas com o início do projecto em 2008, onde raramente se identificava a escala de dor utilizada.

Esta mudança de práticas de enfermagem possibilitou a utilização sistemática da mesma escala de avaliação de dor, ao longo do internamento, para cada cliente, tal como é referido pela DGS²⁶. Anteriormente um enfermeiro poderia perguntar ao cliente a intensidade da sua dor utilizando a escala numérica e outro enfermeiro poderia utilizar a escala qualitativa, esta postura poderia contribuir para criar alguma confusão no cliente, dificultando a capacidade de resposta.

O **registo sistemático** da dor, de acordo com procedimento do CHLC da “Dor como 5º sinal vital”, caracteriza-se pela avaliação da dor uma vez no turno de “dor controlada”, se “dor não controlada” deve ser avaliada antes e depois da implementação de medidas analgésicas. Os resultados neste item não foram animadores e ao confrontar a equipa com os mesmos houve quem disse-se “nós

²⁵ Acedido em: 22/02/2011; Disponível em: <http://www.wpro.who.int/internet/files/pub/85/181-190.pdf>

²⁶ Acedido em: 26/06/2010; Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

avaliamos mas às vezes esquecemo-nos de registar". Acreditando que tal possa ter acontecido na maioria dos casos, a verdade é que em termos de indicadores de qualidade, verifica-se aqui uma falha de registo que se traduz numa falha de cuidados de enfermagem, como alguém disse depois *"o que não está registado não foi feito"*.

Este é um dos tópicos sobre o qual tem que continuar a existir um investimento de trabalho com vista à melhoria de resultados, pois só assim será possível possibilitar a continuidade de cuidados, bem como dar visibilidade ao trabalho da equipa de enfermagem. Esta matéria poderá ser uma ideia para um futuro projecto a desenvolver.

O indicador das **características qualitativas** da dor também apresenta falhas, apesar de já se verificarem alguns registos nesta área, é também um dos tópicos a necessitar de ser trabalhado. Um dos motivos dos resultados serem fracos está relacionado com a recente introdução deste item nas auditorias realizadas. Como um enfermeiro uma vez me disse: *"apesar de dizerem que é importante registar, [as características qualitativas da dor] se vocês não auditam é porque não é assim não importante"*. A importância do registo das características qualitativas de dor está relacionada com a possibilidade de melhorarmos os cuidados aos clientes com dor, porque tal como refere o "Portal da Saúde"²⁷ da DGS, dores diferentes exigem tratamentos diferentes.

Se a dor de um cliente é mais acentuada à tarde e se alivia com o calor, se o serviço o permitir, porque não fazer com que ele tome banho de tarde em vez de ser de manhã como é rotina? Um cliente pode conseguir realizar as suas AVD's autonomamente mas se manifestar uma dor braço não deveremos ajudar a vestir, a comer e a tomar banho? Só saberemos se devemos ajudar, e no que ajudar, se perguntarmos as limitações que a dor provoca. Por exemplo, uma dor tipo queimadura, tipo formigueiro ou tipo choque eléctrico podem ser sinais de uma dor neuropática que poderá ser tratada com antiepiléticos ou antidepressivos. Mas uma dor tipo facada, tipo aperto ou tipo cólica pode ser uma dor nociceptiva que poderá aliviar com anti-inflamatórios ou com estratégias não farmacológicas como a massagem terapêutica. Mas para sabermos o tipo de dor que o cliente tem, temos que perguntar como descreve a sua dor.

²⁷ Acedido em: 10/11/2010; Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/dor.htm>

O registo da **intensidade de dor** permite monitorizar a dor dos clientes antes e após a implementação das medidas analgésicas e desse modo avaliar se o tratamento está a surtir o efeito desejado. O resultado pretendido pode não ser o alívio completo da dor, mas pode passar sim, por controlar a dor mantendo-a numa intensidade ligeira que permita à pessoa continuar a realizar as suas AVD's, com uma qualidade de vida aceitável. Segundo MASON et al (2009: p 162-172), acredita-se amplamente que a dor tem um efeito profundo na Qualidade de Vida de uma pessoa. Num estudo realizado sobre a relação entre dor e a qualidade de vida, mostrou-se que aqueles que não tinham um quadro de dor possuíam uma melhor qualidade de vida quando comparados aos sujeitos com dor, tal como era previsível. Além disso, quanto maior a duração da dor, mais pobre era a qualidade de vida, o que mostra os efeitos nocivos da dor crónica.

O resultado das auditorias demonstraram registos de picos de “dor não controlada” (com VAS >3) mas sem **intervenções de alívio da dor** descritas, pelo que este é outro aspecto a ser trabalhado. As medidas de alívio podem ter sido realizadas mas, uma vez mais não estão registadas, logo não se pode comprovar que foram feitas.

Mas já foi possível perceber que os registos que se focavam sobre o alívio da dor foram evoluindo no sentido de deixar de haver apenas registos de medidas farmacológicas, para passar também a focar a massagem terapêutica, no entanto ainda temos que evoluir no sentido de melhorar os registos de enfermagem. E porque os cuidados de enfermagem ao cliente com dor, não podem passar apenas por administrar medicação ou realizar massagem terapêutica, temos que passar a valorizar outras técnicas não farmacológicas, tal como refere a OE²⁸, mantendo obviamente o processo de evolução e de aprendizagem nas primeiras.

Relativamente ao registo referente à **realização da massagem terapêutica**, optou-se por incluir os descritores: local; duração; utilização de creme analgésico; intensidade da dor antes e após a massagem; e registo das expressões das pessoas idosas. Se no início deste projecto não existia nenhum registo da utilização da massagem terapêutica como estratégia de alívio de dor, a verdade é que na auditoria

²⁸ Acedido em: 18/06/2010. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernos-oe-dor.pdf>

final os dois registos que contemplavam esta técnica estavam completos. Os resultados são satisfatórios porque os registos estão adequados mas, deste dia só existiam dois registos o que me leva a questionar: será que só existiam duas pessoas idosas às quais se poderia utilizar a massagem terapêutica como estratégia de alívio da dor?

A importância do registo da **localização da massagem terapêutica** prende-se com a possibilidade desta poder ser realizada no local de dor (como é o caso das lombalgias onde se pretende aliviar os pontos de tensão muscular), ou noutro local (em clientes com dor nos membros inferiores mas que tenham sido diagnosticados com trombose venosa profunda não se pode fazer massagem terapêutica no local, mas pode-se conseguir alívio da dor com uma massagem à cabeça – neste caso associa-se a técnica da massagem à técnica de distração²⁹).

Consideramos que não poderíamos pedir à equipa que realizassem massagens terapêuticas com **duração** prolongada. O facto de estarmos a instituir a implementação de uma nova técnica na nossa prática de cuidados poderia já ser revolucionário e iria exigir uma reformulação da gestão de cuidados. Se propusesse para que se fizessem massagens de uma hora provavelmente a adesão ao projecto seria nula. Por isso foi-se sensibilizando a equipa para o facto de as massagens terem no mínimo uma duração de cinco minutos, pois pela bibliografia consultada, existiam estudos que referiam melhorias dos sintomas a partir deste tempo, tal como o realizado por PATTILLO (2004: p.31) em que analisava os cuidados aos pés dos idosos recorrendo entre outras técnicas à massagem.

A referência à utilização de **creme analgésico** durante a realização da massagem terapêutica, está relacionada com o tema do projecto, complementar à massagem terapêutica a farmacologia. Já que se sabe que ambas as técnicas têm benefícios comprovados no alívio da dor, então porque não conjugar as duas? Se utilizarmos o creme analgésico e o aplicarmos correctamente recorrendo a técnica da massagem terapêutica, os benefícios não vão ser aumentados? POPOV (2009: p.41) refere que os cremes analgésicos e anestésicos podem e devem ser utilizados em

²⁹ Acedido em: 18/06/2010. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=6ea9ab1baa0efb9e19094440c317e21b>

associação a técnicas não farmacológicas, tais como a acupunctura e a massagem terapêutica.

A avaliação da **intensidade da dor antes e após** a massagem terapêutica, tem como vantagem possibilitar a validação da técnica utilizada de modo a poder-se dar continuidade ao plano de cuidados das pessoas idosas. Tem ainda a vantagem de valorizar um cuidado de enfermagem autónomo.

O último item referente à massagem terapêutica, estava relacionado com o **registo das expressões das pessoas idosas**, após a utilização desta técnica. Neste caso os descritores registados foram “melhoras”, “bem-estar” e “conforto”. Estas três expressões quase que podem ser consideradas sinónimos umas das outras e são muitas vezes associadas à inexistência de dor.

Várias teóricas de enfermagem têm-se debruçado sobre o conceito de conforto que é tão frequentemente utilizado na linguagem informal do quotidiano profissional dos enfermeiros “Está aparentemente confortável”, “Tem um ar confortável”, “Foram prestados os cuidados de higiene e conforto”.

Já NIGHTINGALE em 1859 focava a importância do conforto “*o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado*” (2005: p.114). Para WATSON (1985, p.90) como referido anteriormente, o cuidar assume uma importância central e o conforto é um componente do cuidar.

Também KOLCABA (2003, p.1-17) considerou o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem. Na sua teoria procurou operacionalizar o conforto documentando-o e dessa forma provando a sua importância. O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de Ease / alívio (estado em que uma necessidade foi satisfeita), Relief / tranquilidade (estado de calma e satisfação) e Transcendence / transcendência (estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas). Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico; sociocultural; “psicoespiritual” e ambiental.

Saliento como limitação do projecto o facto de ter abrangido mais áreas (avaliação e registo das características quantitativas e qualitativas da dor; colheita de história de dor; registo de todas as estratégias de alívio de dor; e reavaliação da dor) do que aquela que estava previamente estabelecido (massagem terapêutica como técnica complementar no alívio da dor) mas considereei importante seguir os passos da metodologia do processo de enfermagem (diagnóstico, definição de objectivos, definição de estratégias, avaliação dos resultados) daí o facto de ter alargado demasiado a intervenção deste projecto.

3.1.5 – Análise das ideias centrais das entrevistas

As entrevistas realizadas a 3 enfermeiras do serviço (Apêndice XIII), com médias de idade de 32 anos de idade e com tempo médio de profissão de 11 anos, tiveram como objectivo compreender qual o significado e o sentimento vivenciado por estes enfermeiros ao longo da implementação deste projecto. Para tal analisou-se a prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor antes e durante a implementação do projecto. Procurou-se também observar se os registos tinham sido aperfeiçoados. Por último, pretendeu-se perceber quais seriam as sugestões de melhoria para a continuidade deste projecto.

Como resposta à primeira questão **“Como descreve a prática de cuidados à pessoa idosa internada com dor crónica, antes da implementação deste projecto?”** a análise às respostas teve por base os conceitos inerentes ao plano de cuidados de enfermagem: identificação do problema (dor), descrição da intervenção e avaliação dos resultados.

Pelas respostas obtidas através das enfermeiras (tabela 1 do apêndice XIV) percebemos que já existia trabalho realizado da área da dor, pois já se faziam “alguma avaliação e registo”, mas como a Dor ainda não era sentida como o 5º sinal vital existiam falhas na avaliação pois não havia a preocupação de perguntar a dor a todos os clientes mesmo sem que eles se queixassem. Consequentemente as intervenções e os seus registos também ficavam penalizados. E como não se fazia sistematicamente a avaliação da dor e registo das intervenções, a avaliação das medidas de alívio da dor eram praticamente inexistentes. Estes dados da primeira questão da entrevista vêm reforçar os dados recolhidos nas auditorias e anteriormente apresentados.

Na segunda e terceira questão do guião de entrevista pretendia-se perceber **como é que este projecto tinha influenciado a prática de cuidados, do próprio** (tabela 2 do apêndice XIV) e **da equipa** (tabela 3 do apêndice XIV). A análise às respostas manteve por base os conceitos inerentes ao plano de cuidados de enfermagem: identificação do problema (dor), descrição da intervenção e avaliação dos resultados.

Ao analisar as respostas, percebe-se que as enfermeiras entrevistadas, referiram estar mais sensibilizadas para a identificação do cliente com dor, valorizando a avaliação e registo das características da dor, salientando a importância das formações para estes resultados. Focam a mudança de atitude profissional na qual passou a ser dada mais importância à pessoa, revelam para tal maior atenção ao que é dito e omitido pelo cliente, dão maior atenção à dor vivida mas não expressa, *“estou mais desperta no sentido de questionar a pessoa idosa, mesmo que ela não esteja a dizer que tem dor, ou que esteja habituada a conformar-se com a dor que tem”*.

Relativamente às intervenções, focaram que a formação permitiu adquirir mais conhecimentos e desenvolver competências sobre técnicas de alívio da dor (massagens e modos de administração de fármacos) o que lhes permitiu utilizá-las e valorizar esta prática, registando-as; *“aquisição de conhecimentos sobre técnicas de alívio da dor (...)”*; *“estou mais desperta para registar as medidas de alívio usadas”*.

Quanto à avaliação das intervenções referem que esta parceria com o cliente permite fazer do alívio da dor uma intervenção terapêutica, o que implica sempre uma reavaliação tendo em conta o objectivo definido; *“(...) entrevir para que a pessoa partilhe conosco”*.

Relativamente à percepção das enfermeiras entrevistadas sobre o impacto deste projecto na prática de cuidados da equipa de enfermagem, tabela 3 em apêndice, revelaram que sentem maior preocupação da equipa em avaliar (intensidade e características qualitativas e história de dor) e registar; *“talvez haja mais esforço para registar tudo, desde a intensidade (...) às outras características”*. Descrevem também sentir maior consciencialização das intervenções e revelam que se nota maior interacção com a equipa médica, *“estamos a falar da equipa de enfermagem mas sinto que se vai estender a toda a equipa interdisciplinar, nomeadamente a equipa clínica até porque nós ficamos mais pertinentes no questionamento que lhes fazemos”*. Relativamente à reavaliação das intervenções sentem melhorias salientando a formação informal (que acontece sem

esforço), sendo já visível essa preocupação nomeadamente nas passagens de turno *“estas coisas já vão indo e através dos registos e mesmo das passagens de turno ou nos questionamentos entre nós na enfermaria verificamos que a preocupação já vai estando presente”*. Mas contudo têm a consciência de que ainda existem falhas, *“falham alguns pormenores nomeadamente na reavaliação após algum procedimento medicamentoso ou massagem terapêutica que tem passos muito definidos”*.

A quarta questão da entrevista, visava perceber se as enfermeiras **sentiam que a implementação deste projecto tinha contribuído para a melhoria dos registos, nomeadamente contribuído para a valorização da massagem terapêutica ao alívio da dor**. A análise às respostas, tabela 4 do apêndice XIV, foi realizada de modo a distribuir as expressões em aspectos positivos e dificuldades sentidas.

Como aspectos positivos salientaram o facto de existirem melhores registos nomeadamente no que diz respeito às características da dor e às intervenções. Mencionam ainda que existe relação de parceria com o doente na escolha do tratamento, bem como na valorização das práticas de cuidados de enfermagem que melhoram a auto estima profissional, *“termos o trabalho de investirmos e ter a preocupação de dar visibilidade ao que fazemos”*.

Como dificuldades referem a falta de formação/motivação de alguns elementos o que os leva a ser resistentes à mudança, o exigente rácio enfermeiro-doente e a falta de tempo (nomeadamente para reflectir nos cuidados prestados e proceder ao seu correcto registo, tal como preconizado) *“a falta de tempo é uma delas, às vezes fazemos registos tão apressados que o tempo acaba por ser pouco para pensar que eu avaliei determinadas coisas, tive determinadas intervenções terapêuticas e depois avaliei-as e registei-as. Quer dizer esta sequência implica reflexão”*.

A última questão da entrevista **pretendia perceber quais as sugestões de melhoria, das entrevistadas, com vista à continuidade do projecto**. O resultado das respostas, tabela 5 do Apêndice XV, revela que as enfermeiras entrevistadas sugerem a continuidade das formações formais (com vista à actualização de conhecimentos) mas também das formações tipo “formação-acção” (com partilha de experiências, de resultados e de dificuldades) e formações práticas sobre a técnica de massagem terapêutica, *“a formação é sempre um ponto chave, até porque todos nós vamos tendo experiencias do nosso dia-a-dia”*.

Sugeriram ainda a existência de registos electrónicos com campos de preenchimento obrigatório.

Concluo este sub-capítulo salientando os ganhos obtidos ao nível dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na avaliação e registo das características da dor, com especial atenção à colheita de “história de dor”. Bem como ao nível da prática de intervenções de enfermagem no alívio da dor, que passou a incluir a massagem terapêutica enquanto antes se limitava à administração de medicação. Saliento ainda os resultados das entrevistas às enfermeiras em que referiam a valorização da prática de cuidados e a importância de darem visibilidade ao trabalho realizado.

Este trabalho permitiu encontrar novas áreas de intervenção futuras, nomeadamente ao nível da sensibilização para o **registo sistemático** da dor e das técnicas realizadas no alívio da dor (independentemente de serem estratégias farmacológicas ou não farmacológicas); sensibilizar para a utilização de outras **estratégias não farmacológicas** para além da massagem terapêutica; e reforçar a importância de **avaliar a eficácia das intervenções** realizadas.

3.2 - METODOLOGIA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NOS ESTÁGIOS DAS UNIDADES DE DOR DO HSAC E HGO

A implementação do projecto de intervenção estava originalmente previsto decorrer no meu local de trabalho e ocupar as 500 horas de duração do estágio. No entanto, como a actual política hospitalar não permite a aprovação da totalidade dos estágios realizados em contexto de trabalho, tive que reformular o projecto para que pudesse ser aprovado. Esta situação imprevista motivou o atraso do início de estágio (cerca de 1 mês) e assim sendo, das 500 horas previstas para a duração do estágio, utilizei apenas 240 horas para implementar o projecto no serviço de Medicina Interna 4 do CHLC - HSM. Para compreender a complementaridade possível entre as estratégias farmacológicas e as não farmacológicas no alívio da dor crónica é necessário saber implementá-las correctamente. Considerei importante que horas deste estágio fossem utilizadas para aprofundar conhecimentos e para adquirir novos saberes. Como tal, utilizei 110 horas para conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros do HGO (Unidade de Dor) e do HSAC (Unidade Terapêutica de Dor Crónica), visto serem serviços especializados e com reconhecimento a nível nacional no “combate à dor” recorrendo a estratégias farmacológicas.

Durante o mês em que estive a aguardar a aprovação do estágio, aproveitei o tempo para aprofundar pesquisas bibliográficas sobre a massagem terapêutica como estratégia de alívio de dor das pessoas idosas. Deparei-me também com a necessidade de desenvolver conhecimentos (ainda que teóricos) sobre os poderes institucionais, gestão de conflitos e resolução de problemas, de forma a reflectir³⁰ sobre os mesmos para que possa assim utilizá-los na prática diária futura.

Embora não planeasse estes estágios inicialmente, procurei encarar esta aparente dificuldade como um desafio no qual poderia conhecer outras realidades profissionais com diferentes pessoas, metodologias de trabalho e conhecimentos. Tentei sempre desenvolver uma atitude de aprendizagem participativa onde ia integrando os novos saberes com aqueles que já possuía. Esta posição vai de encontro ao descrito por OLIVEIRA (2006: p.680) quando refere que as “únicas competências verdadeiramente competitivas no século XXI, largamente identificadas, serão a de ser capaz de aprender de forma autónoma, a resolver problemas imprevistos para os quais não se está preparado e a de saber integrar uma equipa”.

PIRES (2008: p.5) refere que a experiência é um elemento chave no processo de aprendizagem, constituindo a base para a reflexão, problematização e formação de conceitos, e que contribui para a transformação da pessoa, em termos pessoais e identitários, promovendo a sua evolução. Assim sendo aproveitei a experiência que me estavam a proporcionar para adquirir e desenvolver competências e conhecimentos e formulei os seguintes objectivos e actividades (ver cronograma em apêndice X) a desenvolver durante as semanas de estágio nas Unidades de Dor do HSAC e HGO.

O estágio na Unidade de Dor do HSAC decorreu entre 22 de Novembro e 17 de Dezembro de 2010. Sendo que no dia 11 e 12 de Novembro houve uma formação dinamizada pelo centro de formação do CHLC, apresentada pelos vários profissionais que trabalham na consulta, sobre o tema da “Dor Crónica”, na qual estive presente como formanda. O estágio na Unidade de Dor do HGO decorreu entre os dias 3 e 21 de Janeiro de 2011.

Como os estágios tinham uma duração temporal limitada procurei definir objectivos simples mas com potencial para promover a auto-reflexão e o auto-questionamento, sobre as realidades vividas pelos clientes e profissionais desses serviços. Assim sendo defini como objectivos e respectivas actividades:

³⁰ Ver reflexão “À procura da aprovação do estágio em apêndice XV ”

➔ Adaptar-me ao serviço e ao método de trabalho. A princípio, como em qualquer estágio, os primeiros dias foram utilizados para ir conhecendo a estrutura física; o funcionamento do serviço; os profissionais de saúde que nele trabalham (desde enfermeiros, a médicos, a assistentes operacionais, a psicólogos, a assistentes sociais, entre outros); a metodologia da organização das consultas; as características dos clientes que recorrem a este tipo de consulta (idades, patologias mais frequentes, problemas sociais que costumam acompanhar estes doentes...); modo de referenciação dos clientes à consulta de dor; tratamentos mais utilizados (farmacológicos e não farmacológicos) para o alívio da dor crónica; e a cultura do grupo de enfermeiros no que se refere ao cuidado a pessoas com dor.

➔ Compreender os cuidados que são necessários prestar aos clientes/ família em situação de dor crónica doença. Para tal tive que rever conteúdos teóricos e expor as minhas dúvidas aos profissionais, no sentido de “equilibrar” os conhecimentos e de confrontar a teoria e a prática dos cuidados em enfermagem a doentes.

➔ Reflectir sobre a importância da equipa de enfermagem na prestação de cuidados específicos aos clientes com dor. Procurei realizar notas de campo sobre as situações mais relevantes com que me fui deparando de forma a posteriormente realizar reflexões formais de acordo com o ciclo de Gibbs e fundamentadas em trabalhos teóricos.

Ao longo deste sub-capítulo procurei explicar o modo como fui capaz de me adaptar perante a necessidade de realizar estágios que não tinha inicialmente previsto. Desta forma a poder aproveitar estas experiências para enriquecer os meus conhecimentos sobre a temática da dor, do alívio da dor e das consequências que a mesma pode causar no próprio e família. As competências adquiridas/desenvolvidas através destes estágios serão descritas mais aprofundadamente no capítulo seguinte.

5 - CONCLUSÃO

Este relatório representa um desafio que este processo formativo de proporcionou e que eu aceitei de modo a adquirir e desenvolver competências de enfermeira avançada/perita de forma a contribuir para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

As sociedades modernas enfrentam, desde há alguns anos, o envelhecimento progressivo da sua população, colocando novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde. Tais desafios assumem uma crescente importância pelas consequências que provocam à pessoa, às famílias e à sociedade; exigindo mudanças nos sistemas de saúde, de forma a proporcionarem a melhor qualidade de vida possível às pessoas idosas.

O envelhecimento modifica os limiares dolorosos provocados pelos estímulos nociceptivos, mas a sua percepção é influenciada por factores biológicos (homens/mulheres), psicológicos (ansiedade, depressão) e sociais (desemprego, reforma), bem como pelas experiências anteriores de situações dolorosas. Estes factores contribuem para a individualização pessoal da sensação de dor.

Por isso, os profissionais da dor não devem partir com ideias preconcebidas sobre cada caso. Para avaliar a dor do idoso, fazem-lhe perguntas: se tem dores, que tipo de dores, onde, quando. Dispondo de um corpo autónomo de conhecimentos o enfermeiro integra uma equipa multidisciplinar, onde de forma clara e compreensiva contribui para o plano de assistência do idoso. O Enfermeiro identifica em parceria com a pessoa idosa e sua família, a necessidade de cuidados do idoso, estabelece prioridades no cuidado, elabora diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores.

Nas diferentes abordagens ao alívio da dor, podemos recorrer a diversas estratégias. O que me propus desenvolver ao longo deste estágio foi implementar junto da equipa de enfermagem um projecto de intervenção no qual se iria recorrer à massagem terapêutica como complemento das estratégias farmacológicas no alívio da dor das pessoas idosas.

Por focar uma temática bastante actual, como é o caso da Dor nos Idosos Hospitalizados, considero que é um projecto com viabilidade e sobretudo interesse do

ponto de vista da melhoria da prática de cuidados de enfermagem, pois visa a realização de medidas que promovem o alívio deste problema, que tantas consequências negativas trás às pessoas idosas que dele padecem.

A implementação do projecto de intervenção possibilitou confirmar que a massagem terapêutica quando aplicada correctamente, e em associação a métodos farmacológicos, pode reduzir a dor das pessoas idosas para nível controlados. Este efeito foi vivido pelos enfermeiros que demonstraram ficar mais sensibilizados para esta técnica.

O sucesso dos resultados só foi possível ser concretizado com a colaboração de toda a equipa de enfermagem, através da estratégia de formação-acção, onde foi possível dotá-los para a técnica da massagem terapêutica. Possibilitou ainda a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades, bem como definição de objectivos e actividades a desenvolver; para que pudéssemos crescer não só a nível individual mas também como grupo.

O desenrolar deste projecto, que se pretende continuar no futuro, possibilitou a melhoria de algumas práticas de cuidados de enfermagem. A primeira refere-se à redução do nível de dor das pessoas idosas internadas, outras dizem respeito à maior sensibilização dos enfermeiros para as actividades autónomas de enfermagem no alívio da dor, para a avaliação sistemática da dor mesmo quando o cliente não se queixa ou manifesta dor; e ainda o registo de colheita de “história de dor”.

No entanto também foi possível perceber alguns aspectos menos positivos, sobre os quais teremos que intervir no futuro, nomeadamente ao nível da sensibilização para o registo sistemático da dor e das técnicas realizadas no alívio da dor (independentemente de serem estratégias farmacológicas ou não farmacológicas); sensibilização para a utilização de outras estratégias não farmacológicas para além da massagem terapêutica; e reforçar a importância de avaliar a eficácia das intervenções realizadas.

Como limitações, considerei o tamanho da amostra dos processos consultados. Com uma amostra de processos maior, talvez os resultados pudessem ter sofrido algumas alterações.

A implementação deste projecto decorreu inserida na realização do estágio, onde pretendi adquirir/aprofundar competências de enfermeira na especialidade Médico-cirúrgica (definidas pela OE e pela ESEL), no alívio da dor das pessoas idosas

internadas num serviço de Medicina Interna, recorrendo à massagem terapêutica como complemento das técnicas farmacológicas

De acordo com a OE (2010: p.3)³¹ todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade devem possuir competências comuns em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Estes domínios definidos pela OE podem-se traduzir em três áreas de intervenção, nas quais era suposto basearmos a aquisição de competências: área clínica; processo de mudança/projecto; e ferramentas de investigação. Para demonstrar as competências adquiridas baseio-me na postura apresentada neste relatório, no estudo de caso realizado (apêndice XV) e nas reflexões apresentadas (apêndice XVI – XIX).

Utilizei a teoria de Benner para definir o nível das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio.

Reflexão sobre as actividades realizadas ao nível da área clínica

☞ Durante este estágio tive a possibilidade de **prestar cuidados integrais** às pessoas idosas e famílias (tal como pode ser observado no estudo de caso em apêndice XVII), com particular enfoque nos cuidados de enfermagem no alívio da dor, recorrendo à massagem como estratégia complementar das técnicas farmacológicas no alívio da dor. Procurei incluir os clientes como parceiros nos cuidados, o que se revelou um desafio porque não existe essa expectativa por parte dos clientes e porque a prática diária de cuidados do ponto de vista dos profissionais, não está ainda baseada nesta filosofia de actuar.

Denoto que desenvolvi a capacidade reflexiva, durante a prestação de cuidados, desenvolvendo as 3 áreas do saber: Saber-Saber (adquiri conhecimentos e apliquei-os), Saber-Fazer (desenvolvi capacidades), Saber-Ser (desenvolvi atitudes e valores face aos outros e a mim própria).

☞ Os **registos de enfermagem** que se pretende tenham como objectivo estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na

³¹ Acedido em: 28/02/2011 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

prestação de cuidados ao cliente e facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados. O que nem sempre se consegue se os registos se basearem em banalidades, onde não se focam as especificidades de cada cliente em particular, que era o que me acontecia. Como não gostava de escrever restringia ao máximo os registos o que levava à despersonalização da pessoa.

MARTINS et al. (2008: p.52), concluiu que “os enfermeiros reconhecem como grande finalidade dos registos a garantia da continuidade dos cuidados, realçando os aspectos técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes. Os aspectos emocionais e os relativos à família não têm uma expressão significativa”. Tenho procurado desenvolver esta intervenção de enfermagem que permite conhecer (e dar a conhecer) a pessoa sobre a qual desenvolvo a minha prática de cuidados.

↪ Assumir o cliente como **parceiro nos cuidados** numa relação transpessoal entre o enfermeiro e o cliente, tal como refere Watson. SILVA (2002) realça este aspecto, referindo que a cliente é “elevado acima da instituição e a enfermeira assume-se como advogada do utente posicionando-se ao seu lado. A enfermeira ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo interrelacional entre a enfermeira e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado”.

Não é sempre fácil assumir esta atitude, porque muitos clientes pressupõem que são os profissionais de saúde os detentores do saber e como tal, eles devem-se posicionar-se numa atitude passiva e aceitar o que lhes é dito. Por outro lado, para alguns enfermeiros, é mais “prático” chegar perto do cliente/cuidador e dizer “*Vai passar a fazer assim*”, sem que a sua “autoridade” seja posta em causa.

No entanto, dificilmente um plano de cuidados pode ser eficaz se não se conhece a realidade das pessoas envolvidas, como foi o caso que presenciei sobre uma senhora que racionava a medicação porque não tinha dinheiro, facto que motivou uma reflexão sobre esta situação e que se encontra descrita em apêndice XVIII.

↪ Existem vários tipos de dor (física e emocional) e os enfermeiros devem estar **sensibilizados para os diferentes tipos de manifestações** (existem aqueles clientes que se isolam, outros de choram ou gritam, aqueles que se queixam quando começam a sentir dor e os que outros não verbalizam/exprimem as suas dores). Se não estivermos despertos e se não perguntarmos a todos os clientes a sua dor, podemos perpetuar ainda que inconscientemente o desconforto e angústia dos nossos clientes (e

pela minha experiência muitos só quando se pergunta se “Tem dor?” é que eles se queixam).

Ao longo dos estágios nas Unidades de dor pude presenciar as consequências inerentes à dor crónica, quer no cliente, quer na família (onde a esposa de um cliente da consulta de dor se suicidou). Tal motivou a realização de uma reflexão que apresento em apêndice XIX.

↻ A possibilidade de ir às Unidades de dor do HSAC e do HGO possibilitaram-me a oportunidade de contactar com algumas técnicas das quais apenas só tinha tido possibilidade de “ouvir falar”.

Pude testemunhar o modo como várias dezenas de pessoas estavam medicadas com **fármacos opióides** e levavam uma vida o mais normal possível (faziam a sua vida familiar, laboral e social), destruindo desde logo um dos mitos associado a este tipo de medicação – a de que induziam uma sonolência extrema – como em quase tudo na vida, depende sempre da dosagem nas quais eles estão prescritos. É muito importante a sensibilização que se faz a estes clientes, pois existem cuidados inerentes para os quais devem estar informados (obstipação, dispneia, alterações do estado de consciência e vômitos/náuseas) e alertados para a importância de os comunicar com vista ao ajuste de terapêutica.

A administração de morfina/fentanil/petidina por bolús é uma prática cada vez mais comuns nos nossos serviços, no entanto uma das coisas que mais me impressionou pela positiva, foi a possibilidade dos próprios clientes estarem em ambulatório, com **PCA** (dispositivos de infusão destes fármacos) por via subcutânea e terem eles a poder de administrar os bolús quando têm necessidade.

A utilização de técnicas não invasivas como a **Diatermia** (consiste na utilização de energia electromagnética utilizada para gerar calor nos tecidos onde é maior a resistência à passagem da corrente energética, isto proporciona uma descontração dos músculos e conseqüente alívio da dor), ou do **TENS** (baseia-se na realização de uma estimulação eléctrica do local doloroso provocando um alívio da dor).

A dor crónica torna-se limitativa para quem dela padece, pois a pessoa começa e estar focada naquela dor constante. A possibilidade de distração, através da técnica de **Psicodrama**, possibilita aos clientes poderem canalizar as mágoas/tristezas/raiva em energia direccionada para a valorização da vida e da qualidade de vida, através da representação de uma história imaginária mas fundamentada em experiências reais.

☞ Ao longo dos estágios nas Unidades de dor pude conhecer uma metodologia de consulta pouco habitual, mas com potencial para ser utilizada mais abrangentemente - **consultas telefónicas**. As vantagens desta consulta em relação às consultas tradicionais passam por evitar as deslocações desnecessárias ao hospital e permitir o contacto entre os clientes e os profissionais de um modo acessível para esclarecimento de dúvidas, comunicação de agravamento/melhoria da dor; comunicação de efeitos secundários da medicação analgésica; e a possibilidade de garantir segurança e preocupação por parte dos profissionais em relação aos clientes/família.

Esta metodologia de acompanhamento dos clientes e famílias era apresentada no momento do acolhimento e era reforçada nas consultas de seguimento, de forma a fortalecer a ideia de disponibilidade dos profissionais para com a evolução do estado de saúde dos seus clientes.

Reflexão sobre as actividades realizadas ao nível da área de gestão

☞ A realização de um **Projecto de intervenção** onde era considerada a opinião de todos os enfermeiros, foi uma experiência gratificante pois foi notório o investimento do grupo durante os meses em que foi implementado este projecto. O recurso à metodologia de formação-acção contribuiu para que todos os elementos do grupo fossem ouvidos e valorizados. O facto de ter tido o apoio e experiência de liderança da Enf.^a Chefe do serviço e com o apoio das enfermeiras responsáveis pela dinamização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem também foi bastante útil, para me ajudar no planeamento das actividades.

Considero contudo que alarguei demasiado o âmbito do projecto e tal facto (associado ao caso de ter iniciado o estágio com quase 1 mês de atraso) retirou-me disponibilidade temporal com vista ao foco de atenção que estava previamente definido, que era a utilização da massagem como complemento das técnicas farmacológicas, no alívio da dor da Pessoa Idosa internada num serviço de Medicina Interna.

☞ Uma das áreas em que tenho que desenvolver mais as minhas competências está relacionada com a minha frágil capacidade de **gerir conflitos** e desenvolvimento de estratégias para os solucionar. Como pode ser visível pelos sentimentos vivenciados e descritos na reflexão apresentada no apêndice XVI.

Reflexão sobre as actividades realizadas ao nível da área de investigação

- ☞ Utilizei algumas ferramentas de investigação tais como a pesquisa em **bases de dados** da Ebscohost, com os descritores: “old+massage+nurs*+pain” e “elderly+massage+nurs*+pain”, deste modo foi-me possível documentar com artigos actuais e relevantes para o projecto de intervenção que estava a realizar;

- ☞ Durante a implementação deste projecto pude ainda recorrer à metodologia de **auditoria** aos processos com o objectivo de recolher dados relativos a itens previamente determinados; e à utilização de uma **entrevista semi-estruturada**, ainda que tenha apresentado falhas na sua realização relacionadas com a minha inexperiência. Deveria ter fomentado maior dinâmica com as participantes, de forma a promover/encorajar/orientar o diálogo, não consegui fazer-lo o que se revelou depois num resultado de estímulo/resposta.

Concluo este capítulo, salientando as actividades adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio e que me possibilitaram ascender a um grau de competências que de acordo com BENNER (2001, p. 14), vão mais além da escolha entre o saber científico ou do saber da prática, mas antes de se saber como se relacionam ambas. Actualmente considero possuir um domínio intuitivo da maioria das situações práticas de cuidados de enfermagem aos clientes com dor. Ou seja, sinto que incorporo um “know-how” assente na prática baseada na evidência, que me permite diagnosticar na globalidade os problemas das pessoas idosas com dor e decidir em conjunto com os clientes as soluções dos mesmos.

Considero contudo que este é um caminho contínuo no qual o enfermeiro está em constante aprendizagem e desenvolvimento. No futuro não poderei continuar somente direccionada para a temática da massagem ou da dor, como tal, comprometo-me a continuar a adquirir e desenvolver competências com vista à prestação de cuidados holísticos e de qualidade à pessoa idosa e família.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I., (1996) - **Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34721-X. pp. 181.– **Percursos de Formação e desenvolvimento Profissional**. Porto: Porto Editora,

ALMEIDA, Maria. DUARTE, Susana. (2000) – **Massagem Dorsal de Bem Estar e de Conforto**. Revista Referência. Nov. n.º5. ISSN: 0874-0283. Pág.75-78

ANDRADE, Francisco Alves. Et al. (2006) - **Mensuração da dor no idoso: uma revisão**. Rev Latino-am Enfermagem. Março-abril; 14(2). ISSN: 0104-1169. Pág. 271-6

BARROSO. João. (2003) – Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional. In: CANÁRIO, Rui. **Formação e situações de trabalho**. Porto. Porto Editora. ISBN: 972-0-01115-7. Pág. 61-78

BATAVIA, M. (2004) - **Contraindications for therapeutic massage: do sources agree?** Journal of Bodywork & Movement Therapies. Jan. n.º 8 (1). ISSN: 1360-8592. 48-57. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=15&sid=f735275>

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a perito**. Coimbra. Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X 294

CARPIM, José Casqueiro (2009) – **Gestão da formação nas organizações**. Lisboa. Lidel Editora. ISBN: 978-972-757-574-9. pág. 103-140

CASSAR, Mário-Paul (2001) – **Manual de Massagem Terapêutica**. Editora Manole. Tamboré. ISBN: 85-204-1023-5

COIMBRA. António. (1995) - **A dor como sintoma e como doença: progressos recentes na compreensão dos seus mecanismos determinantes**. Acedido em: 21/02/2011; Disponível em: <http://zircon.dcsa.fct.unl.pt/dspace/bitstream/123456789/213/1/16-4.PDF>

CORREIA, J. A. (1997) – **Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modelos de pensar na sua articulação**. In CANÁRIO, R. – **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, ISBN: 978-972-0-01115-2

DECRETO-LEI n.º 161/96, **D.R. I Série**. N.205 (04/09/1996) 2959 - 2962

DECRETO-LEI n.º 247/2009, **D.R. I Série**. N.184 (22/09/2009) 6758 - 2761

DIAS. Sofia. (2010) - **Dor crónica: uma ameaça à qualidade de vida da Pessoa Idosa?** Actas do VII. Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010. Acedido em: 15/01/2011. Disponível em: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_5.pdf

EDVARDSSON, Jan, et al. **Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional**. Journal of Clinical Nursing. 2003. Jul; 12 (4) págs 601-609 ISSN: 0962-1067. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=15&sid=f735275a-1b4d-447c-a5f4-41c6e4cf916c%40sessionmgr11>

ERMIDA. José (1999) – Processo de envelhecimento. In: **O idoso – Problemas e realidades**. Coimbra. Editora Formasau. ISBN: 972-8485-03-4. pág. 41-50

FORTIN. Marie-Fabienne. (2003) - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures. Lusociência. 3º Edição. ISBN: 972-8383-10-X

GOMES, João. (2006) – **Dor no Idoso**. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen– **DOR: Manual para o clínico**. São Paulo. Editora Atheneu. p.423-435. ISBN:85-7379-850-5

Grupo de trabalho da dor (2010) - **Procedimento Geral TRC-111: Avaliação e Registo da dor como 5º sinal vital**. Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa.

HESBEEN, Walter. (1997) - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. 2.ªEdição. ISBN: 978-972-8383-11-4

HERR, Keela. KWEKKEBOOM, Kristine. (2003) - **Assisting older clients with pain management in the home.** Iowa. Home health care Management & Practice. Volume15. N.º3. pág. 237-250. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&Hid=8&sid=3ab49fcbc755436c80bcf30feb323c24%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2003155228>

KOLCABA, K. Y. (2003) - **Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.** New York : Springer. ISBN: 0-8261-1663-7

HOMSI, J. et al. (2006) - **Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment.** Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer. May; Vol. 14 (5), pp. 444-53. Acedido em: 15/12/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=12&sid=6cc1bd92-6f53-4f5a-8ee0-30dd904a6e1c%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=16402231>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003) – **O envelhecimento em Portugal.** Lisboa: INE. ISBN 972-673-602-1 Acedido em: 20/02/2011. Disponível em: <http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/pdf/actualidades29.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009) - **Estimativas Provisórias de População Residente - Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios.** Lisboa: INE, 2009. ISSN 1645-8389. Acedido em: 20/02/2011. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2

MANZINI, E.J. (2003) - **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.** In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: eduel, p.11-25.

MARTINS, Amaro. et al (2008) - **Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?** Pensar enfermagem. Vol. 12 N.º 2 2º Semestre. Acedido em: 10/05/2011. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf

MASON VL, et all. (2009) - **A measure for quality of life assessment in chronic pain: preliminary properties of the WHOQOL-pain**. Journal Of Behavioral Medicine, Apr; Vol. 32 (2), pp. 162-73; ISSN: 1573-3521. Acedido em: 18/02/2011. Disponível em: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=43e58801-ff08-4949-980e-3fcf3f1efe3d%40sessionmgr13&vid=10&hid=12&bquery=\(AU+\(%22Skevington+SM%22\)\)&bdata=JmRiPW1uaCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=43e58801-ff08-4949-980e-3fcf3f1efe3d%40sessionmgr13&vid=10&hid=12&bquery=(AU+(%22Skevington+SM%22))&bdata=JmRiPW1uaCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)

MOK,E. WOO, CP. (2004) - **The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients** IN: Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, Nov; 10 (4). Pág. 209-16. ISSN: 1353-6117. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=15&sid=f735275a1b4d447ca5f441c6e4cf916c%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2005037423>

NIGHTINGALE. Florence. (2005) - **Notas Sobre Enfermagem**. Loures. Lusociência ISBN: 9789728383923

ODGEN, J. (2004). - **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 2ª Edição revisada e ampliada. ISBN 972-976-092-8.

OLIVEIRA, Lia Raquel (2006) - **Produzir conteúdos para a internet ou a re-invenção da didáctica na sociedade do conhecimento?** Universidade do Minho. Actas do VII Colóquio sobre Questões Curriculares (III Colóquio Luso-Brasileiro). Acedido em: 10/05/2011. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8968/1/artigo_LO_06.pdf

OLIVEIRA, José Eduardo (2007) - **Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor**. In: Revista Portuguesa Clínica Geral. N.º 23. págs 457-464; ISSN: 0870-7103. Acedido em: 20/06/2010. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001164555793009.pdf>

OLIVER, Sandra; HILL, Jackie (2005) – **Arthritis in the older person: part 2**. IN: Nursing Older People, Jul2005, Vol. 17, p23-5, Acedido em: 10/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=12&sid=78345d38-8307-4290-bc62-f8e878b6f62c%40sessionmgr12>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - **DOR - Guia Orientador de Boa Prática**. Ordem dos enfermeiros. 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5. Acedido em: 18/06/2010. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **CIPE®**. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-6-8. Acedido em: 10/02/2011; Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Envelhecimento Activo: uma política de saúde** [em linha]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em: 20/01/2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimentoativo.pdf>

PATTILLO, MM. (2004) - **Therapeutic and healing foot care: a healthy feet clinic for older adults**. In: Journal of Gerontological Nursing, Dec; 30 (12). ISSN: 0098-9134 Pág.25-32, Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/PdfViewer?vid=6&hid=15&sid=f735275a-1b4d-447c-a5f4-41c6e4cf916c%40sessionmgr11>

PAÚL, Constança. FONSECA, António Manuel. (2005) - **Envelhecer em Portugal**. Lisboa. Climepsi Editores. Manuais Universitários 42. ISBN: 972-796-185-1

PEREIRA, Filomena, COELHO, Odete. (2002) - **Sensibilizar para a dor**. Sinais Vitais, Setembro, n.º44, p. 23-25; ISSN: 0872-844

PIMENTA, C. A. M. et al. (1992) - **Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal**. Jan-Apr; Vol. 11 (1), pp. 3-10; Revista Paulista De Enfermagem ISSN: 0100-8889 Acedido em: 15/01/2011. Disponível em: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=7&sid=5db09e6b-94fa-4faa-bb6042046200736e%40sessionmgr13&vid=7&bquery=\(Dor%3a+ocorr%3%aaancia+e+evolu%3%a7%3%a3o+no+p%3%b3soperat%3%b3rio\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRiPWNnaCZkYj1jaGgmZGI9Y21yJmRiPWRhaCZkYj1odGEmZGI9cGJoJmRiPXMzaCZkYj1sdGgmZGI9YTloJmRiPWx4aCZkYj1lclmJmRiPWJ0aCZkYj1id2gmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=7&sid=5db09e6b-94fa-4faa-bb6042046200736e%40sessionmgr13&vid=7&bquery=(Dor%3a+ocorr%3%aaancia+e+evolu%3%a7%3%a3o+no+p%3%b3soperat%3%b3rio)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRiPWNnaCZkYj1jaGgmZGI9Y21yJmRiPWRhaCZkYj1odGEmZGI9cGJoJmRiPXMzaCZkYj1sdGgmZGI9YTloJmRiPWx4aCZkYj1lclmJmRiPWJ0aCZkYj1id2gmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d)

PIRES, Ana Luísa de Oliveira (2008) - **Aprendizagem de adultos: contextos e processos de desenvolvimento e reconhecimento de competências**. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Setúbal. Seminário Novos Públicos no IPS: os Maiores de 23 anos. Acedido a: 11/05/2011. Disponível em: http://www.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F446570191/Aprendizagem_de_adultos.pdf

POPOV. A. M.; et al. (2009) - **Analgesic properties of “CF” extracted from safflower (Carthamus tinctorius L.) seeds and potential for its use in medicine.**, Pharmaceutical Chemistry Journal, Jan., Vol. 43, p41-44, Acedido em: 14/01/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&hid=14&sid=43e58801-ff08-4949-980e-3fcf3f1efe3d%40sessionmgr13>

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde (2010) - **Análise dos internamentos Hospitalares na Região Norte de 2007**. ARS Norte. Julho 2010. Acedido em: 10/02/2011; Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Relatorio_Morbilidade_Hospitalar_2007.pdf

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2001) - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS. ISBN 972-9425-95-7. Acedido em: 20/06/2010 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf>

PORTUGAL, Direcção Geral de saúde. Circular Normativa n.º 09 (2003) - **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS. Acedido em: 20/06/2010. Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2004) - **Plano Nacional das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS. Acedido em: 25/05/2010. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008) - **Programa nacional de controlo da Dor**. Lisboa: DGS. Acedido em: 20/06/2010. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2010) - **Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa**. Lisboa: DGS. Acedido a 15/01/2010. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=1ff1de774005f8da13f42943881c655f&id=2838023a778dfaecdc212708f721b788>

RAMOS, Luiz Roberto. (2003) - **Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, vol. 19, nº 3, Acedido em 05/06/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>

RAMANADHAN, Shoba. et al. (2010) – **Informal Training in Staff Networks to Support Dissemination of Health Promotion Programs**. IN: American Journal of Health Promotion Sep/Oct2010, Vol. 25 Issue 1, p12. Acedido em 05/05/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=8&sid=78f83ebe-30a8-4f80-8c85-9a5b79e4d54c%40sessionmgr14>

REGULAMENTO nº 122/2011, **DR II Série**. N.35 (18/02/2011) 8648 – 8653

REGULAMENTO n.º 168/2011, **DR II Série**. Nº47 (08/03/2011) 11120-11123

SANSONE, P; SCHMITT L; (2000) - **Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project**. IN: Geriatric Nursing, Nov-Dec; 21 (6) Pág. 303-308. ISSN: 0197-4572. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=15&sid=f735275a-1b4d-447c-a5f441c6e4cf916c%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtGjZlZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2001026725>

SEERS, Kate. et al. (2008) - **A randomised controlled trial to assess the effectiveness of a single session of nurse administered massage for short term relief of chronic non-malignant pain**. In: BMC Nursing, Vol. 7, p1-9, Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=15&sid=f735275a-1b4d-447c-a5f4-41c6e4cf916c%40sessionmgr11>

SILVA, Daniel (2002) – **Correntes de pensamento em ciências de enfermagem**. IN Millenium - Revista do ISPV, n.º 26 , Jul. Acedido em: 15/04/2011. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm

SILVA, Manuel P. R. (2005) - **Abordagem da dor no idoso e unidades de dor**. IN: Suplemento DN e JN. Lisboa. p. 10. Acedido em: 23/06/2010 Disponível em: <http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc313.pdf>

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (2002) - **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 9ª edição. p.186-187. ISBN: 9788527710572

TROMBLEY, Jessica; et al (2003) - **Massage Therapy for Elder Residents**. IN: Nursing Homes, Oct, Vol. 52 Issue 10, p92-98, 6p Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=15sid=f735275a1b4d-447c-a5f4-41c6e4cf916c%40sessionmgr11>

TROVO, M. M. (2003) - **Terapias alternativas / complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos académicos de enfermagem**. Ribeirão Preto. Rev. Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 483-489. ISBN: 0104-1169

TSE, Mimi MY; et al (2005) - **Profile of pain and use of pharmacological and non-pharmacological methods for relieving pain in older persons in nursing homes** Journal of Pain Management; N.º3 (3): 309-17. ISSN: 1939-5914 Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=12&sid=78345d38-8307-4290-bc62f8e878b6f62c%40sessionmgr12&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010971348>

WALDOW R. Vera. (2005) - **Estratégias de Ensino na Enfermagem**, Petrópolis, ed. Vozes, p. 11. ISBN. 9788532631466

WATSON, Jean. (1985) - **Nursing: The philosophy and science of caring**. Colorado: Associated University Press, ISBN 0-87081 -154-1.

WATSON, Jean. (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma Teoria de Enfermagem** – Loures. Lusociência, ED Técnicas e Científicas, ISBN 972-8383-33-9

WEAVER. Dawn. (2009) - **Minimizing pain and promoting comfort for older adults in care**. IN: Nursing & Residential Care. Jul, Vol. 11. N.º 7. ISSN: 1465-9301. Pág. 329-332. Acedido em: 15/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=15&sid=f735275a-1b4d-447c-a5f4-41c6e4cf916c%40sessionmgr11>

ZARIFIAN, Philippe (2009) – **Organização qualificante e modelos da competência: que razões? que aprendizagens?** Revista de Estudos Europeus. p.5-10. Acedido em 18/07/2011 Disponível em : http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/133/5_pt_zarifian.pdf

Sites consultados:

www.aped-dor.org/scid/apedweb/

www.dgs.pt

www.iasp-pain.org

www.ordemenfermeiros.pt

www.who.int/en/

Anexo I – Folha de auditoria aos registos da dor implementada no CHLC

Anexo II – Artigo “Massagem Dorsal de Bem Estar e de Conforto”

Anexo III – Instrução de trabalho

Apêndice I – Cronograma

Apêndice II - Proposta de nova folha de auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor

Apêndice III - Guião de auditoria aos registos de enfermagem sobre a massagem terapêutica

Apêndice IV – Guião de entrevista

Apêndice V – Formação em serviço sobre a massagem terapêutica e sensibilização
para o Projecto de intervenção
(Plano de Sessão, Slides da apresentação e Registo de Presenças)

Apêndice VI – Resultado da auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor,
referentes ao mês de Novembro
(Guião de auditoria Excel® e tabela com resultados analisados)

Apêndice VII – Resultado da auditoria aos registos de enfermagem sobre a dor, do
mês de Janeiro

(Guião de auditoria Excel®, Word® e tabela com resultados analisados)

Apêndice VIII – Resumo da reunião de apresentação dos resultados e definição de objectivos, no mês de Janeiro

(com Apresentação dos Slides da Apresentação e Registo de Tomada de
Conhecimento)

Apêndice IX – “Lembretes de Bolso”

Apêndice X – Documento de “História de Dor”

Apêndice XI - Resultado da auditoria aos processos do mês de Fevereiro

Apêndice XII - Resumo da reunião de apresentação dos resultados e definição de objectivos no mês de Fevereiro

Apêndice XIII - Entrevistas

Apêndice XIV – Análise de conteúdo das entrevistas

Apêndice XV - Estudo de Caso

Apêndice XVI - Reflexão “À procura de aprovação do estágio”

Apêndice XVII - Reflexão “Acolhimento”

Apêndice XVIII - Reflexão “Adesão ao regime medicamentoso”

Apêndice XVIX - Reflexão “Impacto das doenças crónicas terminais na família”