

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente: Enfermagem Oncológica**

**"A massagem terapêutica: uma mais valia na  
abordagem da pessoa com dor com cancro do  
pulmão"**

**Trabalho realizado por: Marta de Sá Moreira Mandim**

**2011**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente: Enfermagem Oncológica**

**"A massagem terapêutica: uma mais valia na  
abordagem da pessoa com dor com cancro do  
pulmão"**

**Trabalho realizado por: Marta de Sá Moreira Mandim**

**Relatório de estágio orientado por: Enf<sup>a</sup> Eunice Sá**

**2011**



## **PENSAMENTO**

*“é completamente diferente a atitude de um enfermeiro  
que chega ao pé de um doente com dor  
e se limita a administrar um analgésico,  
daquele que lhe proporciona um contacto humano  
e uma presença afectiva que todos desejam e merecem.  
Não há um remédio para todos os doentes,  
há sim uma atitude humana específica para cada pessoa como ser único que é.”*

(Preguiça e Sobral, 2003:27)

## **AGRADECIMENTOS**

À enfermeira docente orientadora do projecto, Enf<sup>a</sup> Eunice Sá, pela sua disponibilidade em acompanhar-me neste percurso;

À enfermeira Idalina Setim pela amizade, acompanhamento e aconselhamento dos caminhos a seguir;

Ao enfermeiro Francisco Barros, que acreditou no meu projecto e continua a motivar a equipa de enfermagem da Cirurgia Torácica para a prática da massagem terapêutica;

Aos Enfermeiros Ana Cunha, Luís Abrantes e Estela Cancela, por disponibilizarem o seu tempo para acompanhar-me nesta caminhada nos campos de estágio;

Ao meu namorado, Daniel, pelo amor, dedicação, paciência, incentivo, determinação, por estar sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, por me dar a mão quando mais precisei, por me fazer rir quando mais tinha vontade de chorar, por não me deixar desistir e iluminar o meu caminho quando parecia não ter um rumo...

À minha família por estar sempre presente quando mais preciso, pelas horas que não lhes dediquei e pelas saudades sentidas;

Aos meus amigos que estranharam a minha ausência mas que estiveram sempre presentes nos bons e maus momentos;

Aos doentes que participaram neste projecto, que sem eles nada seria possível.

O meu muito obrigada!

## RESUMO

A crescente prevalência do cancro do pulmão exige uma resposta emergente no tratamento dos sintomas frequentemente vividos pelos doentes portadores desta doença. A dor constitui uma das queixas mais frequentes nestes doentes, podendo atingir proporções que requer um tratamento adequado. Além do tratamento farmacológico utilizado, as terapêuticas complementares, como a massagem terapêutica, são um recurso que o enfermeiro pode privilegiar na abordagem da pessoa com dor e um direito de quem a sente. Na procura do conforto dos doentes, sugerido por Kolcaba, a massagem terapêutica utilizada pelos enfermeiros visa reduzir a dor e promover a sua qualidade de vida nas diferentes fases do tratamento clínico, como complemento à terapêutica farmacológica.

Perante a problemática da dor no doente com cancro do pulmão e a evidência científica existente acerca da eficácia da massagem terapêutica no alívio dessa sintomatologia surge a realização deste projecto de estágio. Na realização deste projecto propus-me a desenvolver as seguintes competências: assumir um papel de perito na equipa multidisciplinar relativamente ao controle da dor, cuidar da pessoa com cancro do pulmão no controlo da sua dor em situações complexas e aplicar conhecimentos relevantes acerca da massagem terapêutica ao doente com cancro do pulmão, no que respeita ao controlo da dor.

Estabeleci objectivos e estratégias e seleccionei os locais de estágio que dessem resposta à minha necessidade de formação (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Unidade Multidisciplinar de Dor e Unidade de Cuidados Paliativos) e implementação do projecto (Cirurgia Torácica).

Como principais resultados: a aplicação da massagem terapêutica nas pessoas com dor com cancro do pulmão permitiu diminuir o recurso a terapêutica farmacológica instituída, sobretudo opióides prescritos em SOS, aumentar o conforto, a sensação de bem-estar e relaxamento total, permitindo um sono recompensador.

No entanto, são necessários mais estudos, com grupos controle, que comprovem a eficácia desta técnica sobre o controle da dor como cuidado complementar ao tratamento farmacológico.

**Palavras-chave:** cancro do pulmão, dor, massagem terapêutica, conforto, enfermagem

## **ABSTRACT**

The increasing prevalence of lung cancer demands an emergent reply in the treatment of the frequent symptoms lived by the people who are carrying this illness. Pain constitutes one of the most frequent complaints in these sick people, reaching ratios that require an adequate treatment. Apart from pharmacologic treatment, the complementary therapeutics, as the therapeutic massage, is a resource that the nurse can privilege in the approach of the person with pain and a right of who feels it. In the search of the comfort of the sick people, suggested for Kolcaba, the therapeutic massage used by the nurses aims at reducing pain and promoting the patient quality of life in the different phases of the clinical treatment, as complement to the pharmacologic therapeutic.

Before pain problematic in the sick person with lung cancer and the existing scientific evidence concerning the effectiveness of the therapeutic massage in the relief of this symptom emerge the accomplishment of this project in the period of internship.

For the accomplishment of this project I considered to develop the following abilities: to assume a role of connoisseur in multidiscipline equips relatively to the control of pain, to take care of the person with lung cancer in the control of patient pain in complex situations and to apply excellent knowledge concerning the therapeutic massage to the sick person with lung cancer, in what it respects the control of pain.

I established objectives and strategies, selecting the internship places that gave me answers to my necessity of formation (Unit of Respiratory Intensive Cares, Multidisciplinary Unit of Pain and Unity of Palliative Care) and implementation of project (Thoracic Surgery).

The main results: the application of the therapeutic massage in the people with pain with lung cancer allowed to diminish the resource the pharmacologic therapeutic instituted, over all opioids prescribed in SOS, to increase the comfort, the sensation of well-being and total relaxation, allowing a recompensed sleep.

However, more studies are necessary, with control groups that can prove the effectiveness of this technique on the control of complementary pain as well-taken care of to the pharmacologic treatment.

Word-key: lung cancer, pain, therapeutic massage, comfort, nursing

## **SIGLAS**

CHLN: Centro Hospitalar Lisboa Norte

CT: Cirurgia Torácica

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

FC: Frequência Cardíaca (em batimentos por minuto)

HPV: Hospital de Pulido Valente

HRM: Hospital Residencial do Mar

HSM: Hospital de Santa Maria

IPO: Instituto Português de Oncologia

R: Respiração (em ciclos por minuto)

SOS: Situação de socorro

TA: Tensão Arterial (em milímetros de mercúrio)

UCIR: Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

UMD: Unidade Multidisciplinar da Dor

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico nº1:</b> Diagnóstico de admissão para Cirurgia Torácica no CHLN-HPV, no ano de 2009.....	18
<b>Gráfico Nº2:</b> Intensidade de dor na ENA pré e pós massagem terapêutica de doente em cuidados paliativos.....	34
<b>Gráfico Nº3:</b> Nº de tomas de opióides, em média, em SOS em 24h – doente em cuidados paliativos.....	35
<b>Gráfico Nº4:</b> Intensidade de dor na ENA, em média, dos doentes com diagnóstico de cancro de pulmão, no serviço de cirurgia torácica, submetidos a massagem terapêutica.....	35
<b>Gráfico Nº5:</b> Número de comprimidos de Tramadol 50 mg administrados ao longo de 24h aos doentes submetidos a massagem terapêutica no serviço de Cirurgia Torácica.....	36
<b>Gráfico Nº6:</b> Valor dos parâmetros vitais, em média, dos doentes submetidos a massagem terapêutica na UCIR e Cirurgia Torácica.....	39

## ÍNDICE

0. Introdução.....	10
1. Identificação/ caracterização da problemática de partida.....	13
2. Enquadramento teórico.....	17
2.1. Cancro do pulmão.....	17
2.2. A dor no doente com cancro do pulmão.....	19
2.3. A massagem terapêutica na abordagem da dor.....	20
3. Plano de trabalho.....	22
3.1. Campos de estágio.....	22
4. Execução do projecto.....	23
4.1. Actividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados.....	23
4.2. Resultados obtidos.....	34
4.3. Limitações/dificuldades encontradas.....	41
5. Questões éticas.....	42
6. Implicações/recomendações do trabalho para a prática de enfermagem.....	44
7. Conclusão.....	46
8. Bibliografia.....	47
9. Anexos.....	51

## 0. INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me proposto a elaboração do relatório de estágio da temática que seleccionei para desenvolver no projecto “A massagem terapêutica: uma mais valia na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão”.

O Cancro do pulmão considerado uma doença rara no princípio do século XX, tem alcançado proporções alarmantes em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública a nível mundial, que não deve ser negligenciado. Em Portugal, são diagnosticados anualmente cerca de três mil novos casos, sendo a 2.ª causa de morte por doença oncológica, a seguir ao cancro do intestino. No caso específico do sexo masculino, o cancro do pulmão é a 1.ª causa de morte por cancro. Mais de metade dos doentes morre decorrido menos de um ano após o diagnóstico, sendo a sobrevivência global aos 5 anos de cerca de 15% (Parente, 2007). Na maioria dos casos esta doença é diagnosticada numa fase tardia, motivado, pelo aparecimento, somente nesta altura, de sintomatologia e, por outro lado, devido à ausência de um rastreio.

A dor é um dos sintomas mais frequentemente experimentados e temidos pelos doentes com cancro. Os doentes com uma doença oncológica em fase inicial experimentam a dor em 10 a 15% dos casos, enquanto que em doenças muito avançadas esta incidência aumenta para 60 a 90%. Neste sentido, a dor como «5º sinal vital» deve ser abordada como um direito do doente e simultaneamente um dever dos profissionais de saúde na aplicação de conhecimentos científicos mais actuais (Ritto, 2005). O papel do enfermeiro no que diz respeito a estratégias não-farmacológicas no alívio da dor, deve ser considerado prioritário, pois é nesta vertente que os profissionais têm uma responsabilidade acrescida, transmitindo a excelência dos cuidados através do direito que a pessoa tem de não sofrer com dor.

Nesta perspectiva, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que exerço funções no serviço de cirurgia torácica onde predominam doentes com doença oncológica, planeei o caminho a percorrer, defini os objectivos a atingir, as actividades a desenvolver e os

recursos necessários para dar resposta às minhas necessidades de formação na área da pessoa com dor com cancro de pulmão, tentando construir o meu próprio saber e assumir um papel activo no processo de auto-aprendizagem, com vista à implementação das competências adquiridas no serviço onde diariamente exerço funções e atingir os objectivos delineados.

O estágio desenvolvido foi um momento fulcral para adquirir conhecimentos específicos na área da pessoa com dor e relacionar e integrar de forma coerente os conteúdos angariados na fase teórica do curso, fazendo evidenciar as vantagens do recurso a estratégias não-farmacológicas na gestão da dor, como a massagem terapêutica.

Após esta longa caminhada que foi a concretização do projecto, através deste relatório pretendo fazer um balanço do que foi proposto inicialmente, o que foi conseguido, dos ganhos e dificuldades que encontrei assim como as competências que adquiri enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área específica da Enfermagem Oncológica. De facto, foi uma experiência enriquecedora e através deste relatório espero conseguir traduzir a verdadeira imagem do meu desempenho.

A concretização do estágio e por conseguinte o relatório tem como finalidade desenvolver competências na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão.

Na realização deste relatório proponho-me para atingir os seguintes objectivos:

- Reflectir acerca da temática da pessoa com dor com cancro do pulmão, à luz da teórica de enfermagem de Katherine Kolcaba;
- Explorar a essência da aplicabilidade de estratégias não-farmacológicas, nomeadamente da massagem terapêutica, na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão;
- Reflectir sobre a prática da massagem terapêutica na abordagem da pessoa com dor no contexto diário dos cuidados de enfermagem;
- Identificar as implicações do trabalho desenvolvido para a prática de enfermagem;

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: primeiro abordo a área temática de interesse, onde procuro expor as razões da sua escolha assim como a sua pertinência; de seguida o enquadramento teórico que fundamenta todo este percurso, onde procuro contextualizar a minha área de interesse; posteriormente os contratos de aprendizagem efectuados, que para além dos objectivos a atingir

contém as actividades que me propus desenvolver no decorrer do estágio e os respectivos critérios de avaliação; depois pretendo espelhar todo o percurso e dar visibilidade às competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do estágio, através da análise reflexiva do meu contrato de aprendizagem, fazendo uma reflexão sobre as actividades desenvolvidas consoante os objectivos de estágio propostos, os resultados obtidos e as dificuldades/limitações encontradas, tendo por base a evidência científica existente. Por último abordo as questões éticas que surgiram durante este percurso, as implicações deste trabalho para a prática de enfermagem e a conclusão como forma de síntese de todas as temáticas abordadas.

## **1. IDENTIFICAÇÃO/ CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA**

O desenvolvimento de competências inerentes à enfermagem de médico-cirúrgica é um processo deveras complexo que resulta de uma construção permanente e uma reflexão incessante acerca da complexidade do ser humano.

O desejo de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente em oncologia, conjuntamente com a necessidade de realização de um projecto de estágio, levou-me a questionar qual o caminho a seguir. Reflectindo sobre o papel que desenvolvo no meu local de trabalho e de acordo com as minhas inquietações enquanto enfermeira surge a temática da pessoa com dor com cancro do pulmão.

O interesse e a motivação por esta área específica de médico-cirúrgica deve-se sobretudo à minha experiência profissional, que é desenvolvida há cerca de cinco anos e oito meses no Serviço de Cirurgia Torácica, do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Pulido Valente, onde diariamente cuido de pessoas com dor com o diagnóstico de cancro de pulmão, acompanhando-os no pré e pós-operatório imediato e tardio. Pontualmente, também em fase avançada da sua doença, em internamentos recorrentes, justificados por descontrolo de sintomas, nomeadamente da dor, assistindo a um agravamento diário do seu estado geral.

Na data de admissão ao serviço são diversos os doentes que apresentam dor crónica (oncológica) ao nível do tórax (anterior ou posterior), região escapular, omoplata, mas a grande maioria desenvolve um quadro de dor aguda no pós-operatório imediato, motivado pela presença de uma ou mais drenagens torácicas, pela ferida cirúrgica, pela necessidade de expelir secreções através de uma tosse eficaz/exercícios respiratórios com os fisioterapeutas/enfermeiros de reabilitação em que existe contracção muscular da região operatória, quadro esse que permanece até à data da alta clínica. Por outro lado, no pós-operatório, após um curto período em que estes doentes permanecem no recobro, quando regressam ao serviço para a Unidade de Cuidados Intermédios, muitas vezes pelo estado geral e hemodinâmico, estão impossibilitados de comunicar a sua dor, sendo fundamental a competência do enfermeiro, no que diz respeito à observação e à interpretação dos sinais fisiológicos como gemidos, ranger dos dentes e alterações hemodinâmicas (Rosa [et al], 2000). De

facto, perante a presença de dor no pós-operatório, a pessoa pode sofrer uma alteração significativa a nível hemodinâmico, na Frequência Cardíaca, Respiração ou Tensão Arterial pelo que a monitorização dos sinais vitais de uma forma periódica pode ser uma mais valia ao demonstrar estas alterações, associado à observação pelo enfermeiro da comunicação não verbal (facies, postura, ...).

Noutra perspectiva, como serviço cirúrgico, torna-se bastante difícil implementar acções paliativas a doentes com dor crónica, numa fase avançada da sua doença, quando a perspectiva médica é a da cura, revelando-se como factor potencial de sofrimento para o próprio e para de quem deles cuidam, por falta de respostas alternativas.

Ao mesmo tempo, apercebo-me, muitas vezes, que a terapêutica medicamentosa analgésica prescrita é insuficiente e apesar de pertencermos ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte e existir uma Unidade Multidisciplinar de Dor no pólo do Hospital de St<sup>a</sup> Maria, não existe articulação com os serviços de internamento do pólo do Hospital de Pulido Valente.

Analisando todos estes factores inerentes à problemática sobre a pessoa com dor com cancro do pulmão, leva-me a pensar qual o meu papel enquanto enfermeira junto destes doentes? Como posso melhorar a minha prática?

Kolcaba (2003) considera que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar, tendo como resultado dessa intervenção o conforto da pessoa.

Analisando o termo conforto no dicionário da língua portuguesa contemporânea (2001:918) significa “auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; acto ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo.” Para Siefert (2002) este conceito é considerado como uma dimensão ou uma componente de processos, de experiências e de conceitos dinâmicos como a qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação.

Tendo em conta a definição do termo conforto supracitada e a perspectiva de Kolcaba (2003) leva-nos a pensar que o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto na prática de enfermagem.

Kolcaba (2003) na sua teoria revela-nos que o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente a três estados distintos: de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi

satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente; por outro lado, a transcendência (também chamada de renovação) é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Segundo esta autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro diferentes contextos: o contexto físico (sensações corporais), o contexto sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais), o contexto psico-espiritual (consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior) e o contexto ambiental (envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento - mobiliário, cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio).

A presença da dor na pessoa com cancro do pulmão é uma realidade que não podemos negar e perante o meu olhar crítico considero que para cuidar destas pessoas quantas mais competências (descritas mais à frente) obtiver mais apta ficarei para controlar essa dor.

De facto, a qualidade dos cuidados de enfermagem é possível através de múltiplas acções em que se incluem “uma imensidão de «pequenas coisas» que dão possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário do cuidado aos seus familiares, ao longo de 24 horas do dia” (HESBEEN, 2000:47).

Analisando o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (R.E.P.E.), o Enfermeiro Especialista, segundo o Dec. Lei nº104/98, de 21 de Abril, artigo 4º do capítulo II é:

*“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional 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”.*

Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (2010:2) acrescenta que o enfermeiro especialista deve ter em consideração “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Tendo por base estas duas definições, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com competências a nível do tratamento da dor ganha ênfase, sobretudo pela sua árdua prevalência e falta de recursos. Quanto mais precoce a sua intervenção, melhores serão os resultados obtidos e maiores os benefícios para o doente.

Neste sentido, parece-me pertinente a intervenção de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na equipa interdisciplinar onde a abordagem da dor do doente seja considerada como uma actividade determinante no processo de cuidados individuais e especializados, indo ao encontro do ser único, holístico.

Proponho-me assim a desenvolver as seguintes competências:

- Assumir um papel de perito na equipa multidisciplinar relativamente ao controlo da dor;
- Cuidar da pessoa com cancro do pulmão no controlo da sua dor em situações complexas;
- Aplicar conhecimentos relevantes acerca de medidas não-farmacológicas (massagem terapêutica) ao doente com cancro do pulmão, no que respeita ao controlo da dor.

Posto isto, o intuito máximo do enfermeiro especialista perante a pessoa com dor é a intervenção autónoma e obtenção de ganhos em saúde, uma vez que controlar adequadamente a dor de um doente, possibilitará a diminuição da taxa de internamento e evitará o descontrolo de outros sinais e sintomas associados, como a dispneia, ansiedade e a depressão e poderá contribuir para o seu bem-estar, promovendo o seu conforto.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Cancro do pulmão

A neoplasia (*neo* = novo + *plasia* = formação) é o termo que designa alterações celulares que acarretam um crescimento exagerado destas células, isto é, proliferação celular anormal, sem controle, autónoma, na qual reduzem ou perdem a capacidade de se diferenciar, em consequência de mudanças nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celulares; pode ser maligna ou benigna. Baracat [et al] (2000) acrescenta que estas alterações vão dar origem a uma massa de tecido canceroso que invade os tecidos envolventes podendo mesmo proliferar pelo organismo metástases. A neoplasia do pulmão é uma doença maligna resultante da proliferação descontrolada de células do revestimento epitelial da mucosa dos brônquios e alvéolos dos pulmões (Travis e Devesa, 1995; Fauci [et al], 2008).

Quanto à histologia existem quatro grandes tipos de neoplasia do pulmão: o carcinoma de células escamosas, o adenocarcinoma, o carcinoma de células grandes e o carcinoma de pequenas células. Os três primeiros tipos têm uma evolução clínica, prognóstico e resposta à terapêutica semelhante e são agrupados numa designação genérica de “tumores de não pequenas células”. Este tipo de tumores metastizam lentamente para outros órgãos (ossos, fígado e cérebro). Pelo contrário, os “tumores de pequenas células” metastizam rapidamente para outros órgãos (cérebro, medula óssea e fígado); quando é feito o diagnóstico já existem metástases e os doentes apresentam uma deterioração clínica rápida. A mortalidade das pessoas que sofrem de cancro do pulmão depende principalmente do tipo específico de tumor e do seu tamanho na altura em que é detectado (Fontelonga, 2001).

O tabagismo é o principal factor de cancro do pulmão, correspondendo a aproximadamente 90% dos casos nos Estados Unidos e outros países onde este factor de risco é comum. Comparativamente aos não fumadores, os fumadores têm um risco de cancro do pulmão cerca de 20 vezes superior (Alberg e Samet, 2003). Outros factores de cancro do pulmão podem ser as substâncias radioactivas, a poluição e as substâncias químicas como o alcatrão e o amianto, além da predisposição genética e doenças pulmonares prévias.

Os sinais e sintomas mais frequentes do cancro do pulmão são: aparecimento de rouquidão, expectoração hemoptóica, tosse persistente que não melhora mesmo com medicação habitual, dispneia, pieira, dor torácica, astenia, anorexia ou emagrecimento inexplicável (Phipps [et al], 1990).

O tratamento do cancro do pulmão depende de uma série de factores, incluindo o tipo de cancro do pulmão: de não-pequenas células ou de pequenas-células, o tamanho, a localização, a extensão do tumor e o estado geral de saúde da pessoa. Podem ser adoptadas diversas formas de tratamento e associações de tratamentos para controlar o cancro do pulmão e/ou melhorar a qualidade de vida da pessoa, através da redução dos sintomas (Fontelonga, 2001).

Em Portugal, de acordo com dados do INE de 2003, o cancro vitimou 22.711 portugueses, sendo a segunda causa de morte após as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares que atingiram 28.737 pessoas. O cancro colo-rectal é a principal causa de morte por cancro (14% do total de mortes por cancro). O do pulmão surge logo a seguir com 13.9%, seguido pelo do estômago (11%) e pelo da mama (7%).

Segundo dados da OMS (2004), a Europa Ocidental apresenta a maior taxa de mortalidade por cancro do pulmão no sexo masculino, enquanto que o Norte da Europa e os Estados Unidos da América apresentam a maior taxa de mortalidade por carcinoma do pulmão no sexo feminino. Ainda segundo os mesmos, a neoplasia pulmonar é mais comum nos países desenvolvidos, com tendência crescente, dado o aumento progressivo da incidência do tabagismo, entre outros factores.

A prevalência desta doença pode ser comprovada através dos dados estatísticos dos doentes internados para intervenção cirúrgica em 2009 de um serviço específico como a Cirúrgica Torácica do CHLN-HPV, que nos revela que o cancro de pulmão surge como o diagnóstico mais frequente (Gráfico nº1):

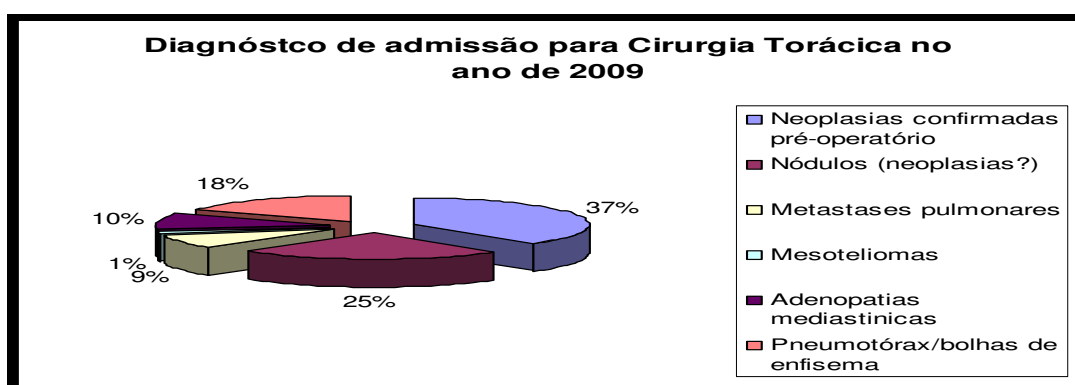


Gráfico nº1: Diagnóstico de admissão para Cirurgia Torácica no CHLN-HPV, no ano de 2009

Segundo Phipps (1990) após o diagnóstico de cancro do pulmão apenas 13% dos doentes vivem 5 anos ou mais. A taxa de sobrevivência é de 33% para os casos detectados numa fase localizada, contudo, apenas 24% são detectados precocemente, ou seja, numa fase inicial da doença.

## **2.2. A dor no doente com cancro do pulmão**

A dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2008:11). É algo intrínseco ao próprio indivíduo, vivida na primeira pessoa sendo acessível a terceiros através da forma como essa mesma pessoa a comunica, de uma forma verbal ou não verbal. É um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, prolongado-se num manifestar de emoções, atitudes ou comportamentos. É portando uma percepção de quem a sente moldada pela sua personalidade e contexto social.

A dor aguda surge como um “dano fisiológico com activação dos receptores nociceptivos do local da lesão” (Turk e Okifugi, 2001). No doente submetido a cirurgia torácica revela-se aquando da presença de uma drenagem torácica, ferida operatória ou região músculo-esquelética manipulada no acto cirúrgico.

Quando uma dor surge como aguda mas não cede ao tratamento nem desaparece com o passar do tempo, pode-se considerar que se está perante uma dor crónica (Taylor, 1999). Este tipo de dor, segundo Antunes (1995:11), “aflige diariamente por um período de pelo menos seis meses, e acompanha-se de irritabilidade, anorexia, insónia, enfim de um estado depressivo”, isto é, perdura durante um longo período de tempo e tem repercussões a nível físico, emocional e psíquico da pessoa, podendo vir a ter restrições no seu estilo de vida, conduzir a incapacidades como o tornar-se dependente e perturbar as relações interpessoais (Paulino, 2006). Devido à natureza multidimensional da dor, é útil pensar-se na «dor total», que abarca os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento.

Esta perspectiva é apoiada por Valadas (2003:20) que nos refere que cuidar de uma pessoa com dor é um dever dos profissionais de saúde e, em simultâneo, um direito de quem a sente, uma vez que “quando a dor não está controlada, os doentes

vivem centrados nessa dor. A sua presença constante impede-os de desviarem a sua atenção para outra actividade, porque ela está de tal forma presente, que os impede de terem outro ponto de interesse.”

Kolcaba (2003) apesar de ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção do enfermeiro, acrescenta que a arte de enfermagem é a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. A arte de enfermagem requer um processo de acções confortantes por parte do enfermeiro, tendo como objectivo o conforto ganho pelos doentes.

Para uma avaliação cuidada da dor deve-se obdecer à complexidade do conceito “dor”, dando resposta às quatro dimensões seguintes: descrição (localização, duração, irradiação, etc.); causa (cancro, debilidade, tratamento, cormobilidade); factores psicológicos, sociais e espirituais e mecanismo (nociceptivo, neuropático, somático, visceral) (Graner [et al], 2010).

O controlo eficaz da dor passa essencialmente pela sua correcta avaliação. Torna-se essencial acreditar nas queixas do doente, avaliar a intensidade da dor com recurso a instrumentos de avaliação próprios, simples ou complexos, de uma forma sistemática, realizar exame objectivo, atendendo a pormenores que podem mostrar o grau de desconforto do doente, avaliar o seu estado psicológico e ponderar a utilização de terapêuticas não farmacológicas que possam ser benéficas como complemento à terapêutica farmacológica prescrita (Valadas, 2003; Graner [et al], 2010).

### **2.3. A massagem terapêutica na abordagem da dor**

Considerando a multidimensionalidade da dor, a necessidade de realizar um controlo adequado da mesma assim como a aparente insuficiência da terapêutica medicamentosa, observa-se o aumento na procura das terapias alternativas e complementares (Barnes [et al], 2008).

Definindo a massagem terapêutica é uma variedade de técnicas constituída por um conjunto de manipulações que actua tanto sobre a pele como nos tecidos moles, aplicada com motivações terapêuticas (Fritz, 2002).

A massagem tem sido usada como uma terapia médica desde o tempo de Hipócrates, por volta de 400 aC. Segundo Fritz (2002) são diversos os efeitos terapêuticos: fisiológicos (alívio da dor, remove produtos metabólicos e catabólicos/agentes inflamatórios de dor, diminuição de edemas, aumenta a circulação sanguínea e linfática, estimula drenagem de secreções pulmonares, impede a formação de aderências, aumenta o fluxo de nutrientes e de oxigênio, estimula as funções viscerais, restaura a amplitude articular e induz o relaxamento fisiológico), psicológicos (alívio da tensão e ansiedade, estimulação da actividade física, alívio da dor, relaxamento psicológico e sensação geral de bem-estar) e mecânicos (movimento de linfa, sangue venoso, edema, conteúdo intestinal, secreções pulmonares e mobilização de tendões, massas musculares e aderências).

Segundo a mesma autora, existem diversas técnicas de massagem terapêutica: effleurage, petrissage, compressão, vibração e percussão. A técnica effleurage divide-se em deslizamento superficial (toque ao de leve, eficaz na indução do relaxamento) e deslizamento profundo (aplica-se um pouco mais de pressão); a técnica petrissage através do amassamento (apreensão de um grupo muscular sendo estes erguidos e retorcidos) ou rolamento da pele (rolar a pele e o tecido subcutâneo sobre as estruturas mais profundas); a compressão (de um modo rítmico, com o punho ou as palmas da mão); a percussão (visa estimular os tecidos de uma forma directa e reflexa através de três tipos - palmada, cutilada e socamento); a vibração (usada na cinesiterapia respiratória e também como estimulante sobre o tecido muscular, uma vez que pode estimular o reflexo de estiramento).

Ernst (2009) citado por Graner (2010) aponta a eficácia da massagem como técnica adjuvante no alívio da dor do doente com cancro, além de redução da fadiga, náuseas, ansiedade e depressão. Wilkinson, Barnes e Storey (2008) também afirmam que indivíduos com cancro têm uma melhoria ao nível dos sintomas físicos e psicológicos (dor, náuseas, ansiedade) com a aplicação da massagem periodicamente.

Twicross (2003) remata que as terapêuticas não farmacológicas podem ser muito úteis, devendo ser consideradas como parte de uma perspectiva holística da gestão da dor.

Posto isto, a massagem terapêutica ganha ênfase ao proporcionar conforto, sendo uma mais valia para o equilíbrio interno e harmonia essencial do individuo. O intuito máximo do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente com dor é a procura do conforto da pessoa e promoção de qualidade de vida (Kolcaba, 2003).

## **3. PLANO DE TRABALHO**

### **3.1. Campos de estágio**

O desejo existente de desenvolver um projecto foi o início de uma longa caminhada, no entanto tornou-se necessário definir as linhas orientadoras, que convergem para a planificação e organização do percurso a realizar (ver anexo 7).

A operacionalização do referido projecto de estágio decorreu na UCIR do CHLN-HPV, na UMD do CHLN-HSM, na UCP do HRM e CT do CHLN-HPV (anexo 1).

Em primeira instância, de acordo com a competência que pretendia atingir “Cuidar da pessoa com cancro do pulmão no controlo da sua dor em situações complexas” levou-me a apostar em novos horizontes de cuidados a doentes com dor com cancro do pulmão, daí a escolha dos três estágios para além do serviço da Cirurgia Torácica onde exerço funções. O interesse em realizar estágio na UCIR foi pelo facto de receber doentes no pós-operatório imediato ou tardio da Cirurgia Torácica com necessidade de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo. Considero ser uma mais valia para a continuidade de cuidados, uma vez que o meu serviço dispõe de uma Unidade de Cuidados Intermédios, onde recebemos estes doentes posteriormente. Relativamente à UMD, considerei pertinente conhecer a dinâmica do trabalho desenvolvido por esta unidade, quais as estratégias que utilizavam no controlo/gestão da dor dos doentes internados, como utilizavam/implementavam estratégias não farmacológicas, qual o feed-back dos serviços sobre a sua funcionalidade e quais as mais valias da intervenção específica de uma unidade da dor. Quanto à UCP considerei relevante pela essência da sua intervenção no alívio dos sintomas e promoção de conforto e bem-estar dos doentes oncológicos também na fase avançada da sua doença.

## 4. EXECUÇÃO DO PROJECTO

Nos termos de uma longa caminhada que foi a concretização do projecto de estágio passo a fazer um balanço do que foi projectado, do que alcancei, dos ganhos e das dificuldades que obtive assim como as competências adquiridas durante este trajecto, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs (1998).

A prática reflexiva para Schon (1992), citado por Santos e Fernandes (2004), é a ciência da acção que envolve a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção. Para Pereira (1995) reflectir sobre a prática tem como objectivo aumentar a confiança do profissional no seu desempenho e, abordar a enfermagem de um modo mais crítico, intencional e sistemático, de forma a obter conhecimentos complementares a partir das experiências vividas.

O cuidado de conforto requer um processo de acções confortantes e o resultado dessas acções (Kolcaba, 2003).

Assim, de forma a contextualizar cada campo de estágio será feita a análise reflexiva das estratégias/recursos desenvolvidos e mobilizados, bem como dos factores facilitadores neste processo, não esquecendo as dificuldades sentidas.

### 4.1. Actividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados

**Campos de estágio: UCIR do CHLN-HPV, UMD do CHLN-HSM, UCP-HRM**

- **Objectivo 1:** Identificar e compreender o papel do Enfermeiro Perito na equipa multidisciplinar e na sua articulação com a pessoa, família, outros elementos da equipa e os outros serviços

No decorrer do estágio, apesar de ter sido desenvolvido em diferentes contextos, num curto espaço de tempo em cada um, penso que facilmente me integrei nos mesmos. Para isso contribuiu em grande parte o interesse por toda a equipa pelo meu projecto, sobretudo os enfermeiros orientadores, por revelarem ser um projecto “inovador”, por ser pouco comum, na profissão de enfermagem, a investigação/projectos sobre a abordagem da pessoa com dor através de terapêuticas

complementares, como a massagem terapêutica. Com esta receptividade por parte dos enfermeiros orientadores e facilidade de integração nas equipas, facilmente consegui avaliar e compreender o papel dos mesmos enquanto enfermeiros peritos nas unidades onde exercem funções e a sua articulação com os utentes e restante equipa.

O facto de em todos os campos de estágio não existir um enfermeiro orientador com a especialidade em Enfermagem de Médico-Cirúrgica, considero ter sido uma desvantagem, na compreensão do meu papel nos serviços. No entanto, penso que tive um acompanhamento adequado às minhas necessidades de formação e aquisição de competências perante a minha área problemática do projecto. O facto de todos os enfermeiros orientadores terem formação específica na abordagem da dor no doente oncológico e, inclusive, o enfermeiro da UMD apresentar autoformação na área das terapias complementares, possibilitou-me um acompanhamento exímio e permitiu-me garantir a avaliação da dor do doente de uma forma objectiva, complementando os conhecimentos angariados durante a fase teórica do curso. Como desvantagem considero o facto das duas enfermeiras orientadoras (da UCIR e da UCP) não deterem conhecimentos tão profundos da técnica da massagem terapêutica mas verifiquei que demonstraram motivação para aprofundar conhecimento nesta área assim como na partilha de experiências.

A existência de documentos específicos nestes contextos, nomeadamente de escalas, normas e protocolos de actuação, foi essencial para compreender, integrar e dar continuidade aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com dor. A aplicação destes documentos permitiu-me avaliar a dor do doente e registar de forma rigorosa a intervenção efectuada, permitindo a continuidade dos cuidados prestados, assim como a dar visibilidade às actividades desenvolvidas.

Por outro lado, a reflexão constante com os enfermeiros orientadores e com a docente sobre a prática da massagem terapêutica na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão, constituíram uma mais-valia para ultrapassar as dúvidas e alguns medos inerentes ao processo de aprendizagem e aos vários papéis por mim assumidos. Isto porque o planeamento e execução dum projecto de estágio passa essencialmente por momentos de reflexão sobre o projectado e conseguido, pois não depende somente da nossa vontade a execução do mesmo. Existiram factores com que me fui deparando ao longo dos estágios como, por exemplo: a difícil programação de aplicação da massagem terapêutica em doentes oncológicos na UMD (maioria são doentes de ambulatório, por vezes faltam às consultas) e por outro lado, com apenas

um enfermeiro na UMD no momento em que fiz o estágio (para dar apoio à consulta médica, efectuar consultas de enfermagem, intervenções farmacológicas e não-farmacológicas – hipnose, visita aos serviços de doentes referenciados e seguidos pela unidade, consulta de follow-up via telefone, etc.) que constituíram-se como condicionantes na aplicação das actividades e possibilidade de comprometimento do projecto. Após reflexão com o enfermeiro orientador decidimos que para além da constatação da missão da equipa interdisciplinar num trabalho conjunto no alívio da dor e da oportunidade de aplicar a massagem terapêutica a uma médica anestesista (documentado no objectivo 2), este campo de estágio constituiu-se como local de formação primordial sobre a dor.

Num serviço de internamento, quer seja cirúrgico, de Cuidados Paliativos ou Intensivos, o facto de ter doentes atribuídos possibilitou a avaliação da dor e posteriormente aplicação da massagem terapêutica tal como tinha programado.

A execução de um estudo de caso de um doente à minha escolha e de acordo com o meu projecto também foi um momento essencial de reflexão pessoal sobre o desenvolvimento do mesmo. Ao descrever a colheita de dados efectuada do doente seleccionado, avaliação da dor e a intervenção efectuada, pude verificar que a minha missão estava de acordo com o planeado, mas a forma como descrevi os cuidados prestados tinha de ser criteriosa, ou seja, deveria concretizar as descrições das minhas intervenções. Este momento de reflexão e avaliação com a docente orientadora foi, por isso, substancial para o desenvolvimento deste relatório de estágio.

- **Objectivo 2:** Adquirir competências que permitam gerir a dor da pessoa com cancro do pulmão, tendo em conta a sua singularidade e complexidade, através de medidas não farmacológicas (massagem terapêutica)

Numa primeira instância, o facto de desenvolver o estágio em diferentes contextos de cuidados foi uma mais valia, pois tive oportunidade de cuidar da pessoa com cancro do pulmão no controlo da sua dor em situações complexas, aquando da sua hospitalização, no pós-operatório (UCIR, UMD), em fase crítica (UCIR), em acções paliativas (UCP) e ainda em ambulatório, através da consulta de dor e consulta de follow-up através do telefone (UMD).

Diariamente, à excepção do campo de estágio na UMD, após a passagem de turno fazia uma selecção do(s) doente(s) com dor não controlada com terapêutica farmacológica juntamente com o enfermeiro orientador, planeava os cuidados a prestar (negociados com o doente) e aplicava a massagem terapêutica após uma avaliação prévia da dor. Na selecção de cada doente considero ter-me baseado na perspectiva de Kolcaba (2003) uma vez que com dor não controlada com terapêutica farmacológica, esta teórica defende que a missão do enfermeiro é proporcionar conforto/ aliviar o desconforto no doente com dor. O facto de aderir às terapêuticas não farmacológicas como complemento à terapêutica farmacológica instituída, nomeadamente a massagem terapêutica, proporcionava conforto no doente e sensação de bem-estar, aliviando a sua dor.

Paralelamente, utilizei escalas de avaliação de dor existentes nos serviços e a escala de ESAS, por ser uma escala que avalia para além da dor, mais 8 sintomas comuns nos doentes oncológicos, para melhor satisfazer as suas necessidades ou até mesmo para o orientar e ajudar na sua recuperação e adaptação, promover o auto-controle da dor assim como capacitar a sua família enquanto parceira de cuidados. Para efectuar o registo das minhas intervenções considerei pertinente a criação do diário da massagem terapêutica (anexo 3) de forma a evidenciar a especificidade da avaliação prévia da dor efectuada diariamente e dos resultados alcançados após a intervenção efectuada.

O apoio incondicional dos enfermeiros orientadores foi substancial para desenvolver e adquirir competências nesta área específica da oncologia.

Por outro lado, a diversidade de doentes com diferentes particularidades e contextos de tratamento, permitiu-me, sobretudo, estar atenta a vários factores em simultâneo como a necessidade de intervenção na abordagem da dor através de terapêuticas complementares à terapêutica farmacológica instituída, a estabelecer prioridades de intervenção e a negociar com o doente o planeamento do programa de controlo de dor, factores que nem sempre tinha em consideração até ao momento na minha prática.

Em relação ao campo de estágio na UCIR, foi uma realidade completamente nova para mim, em que apliquei a massagem a doentes ventilados e senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento de ventiladores, recorrendo aos protocolos existentes no serviço e a bibliografia consultada. Para melhor actuar e compreender as alterações hemodinâmicas de acordo com a presença

de dor os estudos consultados e o acompanhamento da enfermeira orientadora foram essenciais nessa abordagem. Perante a prestação de cuidados a doentes ventilados senti necessidade de explorar a “Behavior Pain Scale”, uma escala diferente da utilizada até então na minha prática diária que era recomendada nesta unidade. Paralelamente, realizei uma folha de registo de enfermagem médico-cirúrgica (anexo 6), essencial à avaliação do doente no que diz respeito a diagnóstico de admissão, antecedentes pessoais, cirurgia efectuada, estado de consciência, parâmetros vitais, parâmetros ventilatórios, integridade cutânea, alimentação, eliminação, terapêutica prescrita, tipo de cateteres e drenagens torácicas. Após diálogo com a enfermeira orientadora e de acordo com os objectivos propostos para este local de estágio, surge esta folha de registo. Por um lado porque havia a necessidade de efectuar os meus registos sobre alguns parâmetros ventilatórios (nível de saturação de oxigénio, débito de oxigenioterapia e a referência ao tipo de ventilação - invasiva ou não invasiva). Por outro, a folha de registo do diário de enfermagem existente na UCIR incluía outros parâmetros de ventilação, como pressão ventilatória existente, por exemplo, que eu não dominava, exigindo uma integração adequada.

A necessidade de adaptar as técnicas da massagem tendo em conta a estabilidade hemodinâmica do doente e a sua adaptação ao ventilador considero ter sido uma experiência muito enriquecedora tanto a nível pessoal como profissional. A nível pessoal por ter sido uma experiência nova, o que se torna uma motivação por si só; a nível profissional uma vez que apesar de não ter no serviço de Cirurgia Torácica, na Unidade de Cuidados Intermédios, doentes com ventilação mecânica invasiva, penso que é primordial, a percepção das alterações hemodinâmicas que possam existir na presença de dor. Aquando da descompensação/ paragem respiratória em que há uma necessidade de entubação orotraqueal e adaptação a ventilador portátil, para posterior transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos, para além da preocupação do enfermeiro em que seja dado o suporte ventilatório necessário ao doente, não deve ser desvalorizada a avaliação dos parâmetros vitais, que inclui a correcta avaliação da dor através de escalas adequadas, como a existente na UCIR.

Na UMD não tive oportunidade de aplicar a massagem terapêutica como técnica complementar na abordagem da dor ao doente quer seja de ambulatório ou do internamento do hospital. No entanto, considero que obtive um ganho ao ter aplicado a massagem numa das médicas anestesistas que realizam consulta nesta unidade. Evidencio este ganho sobretudo pela visibilidade para outros profissionais da equipa de

saúde da eficácia da massagem terapêutica como complemento à terapêutica farmacológica. Ao constatar com os resultados obtidos na própria pessoa, esta médica sugeriu na equipa multidisciplinar a importância da aplicação desta terapêutica não farmacológica como complementar à terapêutica farmacológica, sugerindo doentes que pudessem beneficiar deste tratamento (embora pelo tempo de estágio e não comparecimento dos mesmos não fosse possível a sua aplicação). Até então esta terapêutica não farmacológica não era posta em prática na UMD, sendo apenas aplicadas terapêuticas farmacológicas, para além da hipnose.

Paralelamente, o facto de ter tido oportunidade de realizar a primeira consulta de admissão à Unidade a vários doentes a partir do terceiro dia do estágio, em que o enfermeiro tem um papel primordial por ser uma avaliação prévia à consulta médica, em que explora a história de dor do doente, permitiu-me reflectir sobre o meu papel na avaliação da dor que até então realizava. Tendo em conta o conceito de dor total inculcado na fase teórica do curso foi nesta unidade que melhor compreendi este conceito sobretudo pelo facto da equipa multidisciplinar utilizar toda a mesma linguagem na abordagem da dor, avaliando este sintoma tendo em conta as vertentes física, social, psicológica e espiritual. A avaliação da dor deixou de ser apenas um número tendo em conta a escala numérica analógica, de ser vista apenas pela vertente física mas sim de uma forma mais abrangente, considerando todas estas vertentes. Nesta fase do projecto e através deste estágio considerei imprescindível a realização duma folha de colheita de dados sobre a história de dor (anexo 2), que embora privilegiando as existentes nos locais de estágio, constatei que estavam deveras incompletas, fazendo referência apenas à escala numérica analógica da dor, localização da dor e factores de alívio e agravamento. Na realização da mesma considerei pertinente complementar a avaliação da dor com a evolução e padrão da dor (duração e frequência), formas habituais de comunicar a dor, estratégias de coping, impacto da dor nas actividades de vida diárias, impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor, sintomas associados à doença oncológica (considerando a escala de ESAS), descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas, conhecimento/percepção acerca da doença, significado da dor e expectativas acerca do tratamento da mesma.

Por outro lado, o facto do enfermeiro orientador aplicar a hipnose na unidade como terapêutica complementar na abordagem da dor, quer seja oncológica ou não oncológica (trata-se de uma técnica não farmacológica implementada nesta unidade,

sendo aceite e devidamente registada como acto de enfermagem no tratamento da dor) e ter tido oportunidade de assistir a várias sessões, permitiu-me adquirir conhecimentos acerca de um discurso de sugestão ao relaxamento com imaginação assim como a utilização de musicoterapia como recursos para induzir mais facilmente o relaxamento na pessoa.

Já na UCP tive a oportunidade de aplicar a massagem a um doente com dor irruptiva ao nível da região escapular direita, em acções paliativas, durante oito sessões. A selecção deste doente ocorreu por ser o único doente existente no momento do estágio na UCP com patologia oncológica pulmonar.

Perante as condições do serviço (existência de televisões e rádio em que se podia gerir de acordo com os gostos do doente), o recurso à musicoterapia foi uma constante e tive oportunidade de constatar que através desta facilmente o doente conseguia abstrair-se do meio envolvente. Tal como aplicado e sugerido pelo enfermeiro da UMD, utilizei, a partir da segunda sessão, outros recursos como técnicas de imaginação e pensamentos guiados por voz. Criar um ambiente agradável para Kolcaba (2003) é primordial para se atingir o estado de conforto, desde o controlo da luz com o fecho das cortinas ao controlo de ruído através da música ambiente.

A enfermeira orientadora deste campo de estágio após assistir à primeira sessão revelou interesse em adoptar esta prática, transpondo-me uma grande motivação em partilhar a técnica com a restante equipa e em continuar este projecto.

Por outro lado, considero que as folhas de colheitas de dados sobre a história de dor e diário da massagem terapêutica foram uma forma não somente de evidenciar a minha missão mas de dar importância e relevância da avaliação constante e precisa da dor total promovendo a continuidade dos cuidados prestados. As passagens de turno foram outra forma de partilha destas experiências em que constatei que a equipa de enfermagem de dia para dia revelou interesse nesta abordagem evitando o recurso a terapêutica farmacológica de resgate (SOS) e propondo primeiro aplicar terapias complementares, como a massagem.

Por último, considero que através deste estágio compreendi a aplicação da escala de ESAS ao doente em acções paliativas e as estratégias adoptadas perante os resultados obtidos, uma vez que esta escala somente é aplicada nestas unidades, não estando implementada noutros serviços. Kolcaba (2003) defende que a missão do enfermeiro é encontrar os recursos necessários para proporcionar conforto na pessoa com dor. Ao serem avaliados vários sintomas comuns na doença oncológica através de

uma escala única permitiu-me gerir melhor a minha intervenção junto dos doentes, de acordo com as suas necessidades, assim como a terapêutica farmacológica ou não-farmacológica na abordagem da dor.

### **Campo de estágio: Cirurgia Torácica do CHLN-HPV**

- **Objectivo 3:** Gerir a dor na pessoa com cancro do pulmão através da massagem terapêutica

Durante o estágio na Cirurgia Torácica tive a oportunidade de aplicar a massagem terapêutica a quatro doentes com cancro de pulmão no pós-operatório, três com dor aguda e um com dor crónica (oncológica) em 5 sessões/dias, de 30 minutos, no turno da manhã, tendo a possibilidade de repetir no final do turno da tarde, sem ser em contexto de estágio e de menor tempo de duração, cerca de 5 a 10 minutos.

O facto de ter usado esta estratégia não farmacológica no controlo da dor no meu local de trabalho, penso que foi uma mais valia na minha intervenção, uma vez que permitiu que toda a equipa, não somente a de enfermagem como a restante equipa multidisciplinar (assistentes operacionais, médicos e fisioterapeutas) estivesse envolvida no projecto. Isto porque o planeamento de cuidados era efectuado, por um lado, de acordo com a constatação de dor no doente, a necessidade de aliviar a mesma e a missão do enfermeiro em proporcionar-lhe conforto através da massagem (Kolcaba, 2003). Por outro lado, para que isso fosse possível, era necessário criar um contexto ambiental adequado a atingir conforto no doente e este deveria ser planeado de acordo com a visita médica, cinesiterapia respiratória, horário das refeições, exames auxiliares de diagnóstico e actividades de vida diárias como a higiene pessoal, para que não houvesse interrupções involuntárias.

Para obter um ambiente o mais calmo e sereno e de forma a que a massagem fosse aplicada na hora certa, de acordo com a intensidade de dor do doente, foi fundamental, em primeira instância, a passagem do turno dos enfermeiros, em que mencionavam a intensidade da dor de todos os doentes, segundo a ENA. Juntamente com a minha enfermeira de referência seleccionava diariamente os doentes que apresentavam dor não controlada com terapêutica analgésica e que considerava que poderiam beneficiar da minha intervenção. Paralelamente, privilegiei a adequação de

um plano de intervenção de acordo com a avaliação prévia da história de dor do doente, as intervenções/actividades programadas durante o turno da manhã como visita médica, reabilitação respiratória com fisioterapeutas/enfermeiros de reabilitação, refeições, exames auxiliares de diagnóstico e a sua perspectiva. O facto de ser negociado com os doentes o planeamento dos cuidados, foi o ponto de início para a adesão à massagem como terapia complementar, fundamentado pelo recurso constante a terapêutica medicamentosa que os deixava “enfartados”. Ao conversar com o doente, centrando-me nele, nas suas necessidades, desejos e permitindo que se expressasse, estava já a ter uma intervenção com vista a aumentar o seu conforto, uma vez que permitia que este atingisse o estado da transcendência defendido por Kolcaba (2003), ou seja, segundo esta autora, o doente ao ser envolvido no planeamento dos cuidados perante a dor, tinha uma participação activa na resolução deste problema.

O conhecimento do processo clínico, exame físico e história de dor do doente permitiu uma intervenção adequada, prevenindo riscos e complicações, sobretudo porque esta prática em doentes com cancro/metástases, deve ser realizada sem recurso a técnicas de pressão ao nível dos tecidos peri-ferida operatória e lesões tumorais.

Por outro lado, o recurso à musicoterapia como aliado ao acto da massagem permitiu que mais facilmente os doentes se abstrássem dos ruídos próprios do meio envolvente, tal como verificado no estágio na UCP, essencial para obter um contexto ambiental favorável a esta prática (Kolcaba, 2003), tal como já referido anteriormente.

Paralelamente, o facto da enfermeira de referência ser enfermeira especialista em reabilitação, com formação em massagem, foi uma mais valia, sobretudo nos posicionamentos do doente, na partilha de experiências e na tomada de decisão do plano terapêutico. Nesta fase, fiquei mais desperta para a dor do doente após certos movimentos realizados durante a cinesiterapia respiratória.

De realçar que nos campos de estágio anteriormente desenvolvidos ainda não tinha tido oportunidade de aplicar a massagem terapêutica a nenhum doente com dor aguda. Tendo por base a evidência científica existente sobre o recurso à massagem terapêutica na pessoa com dor com o diagnóstico de cancro no pós-operatório, senti que tinha um grande desafio pela frente. Não que não tivesse pensado e reflectido previamente sobre a minha missão no serviço mas porque era como se estivesse posta “à prova”, por uma equipa de enfermagem crítica e perspectivante sobre a minha

missão, em que sou dos elementos mais novos no serviço. Muitas vezes os cuidados que prestamos fazemos por rotinas, por tarefas e consideramos que a experiência profissional é que se torna relevante para sermos considerados, entre os pares, como bons enfermeiros, mas esquecemo-nos das boas práticas, indo ao encontro dos cuidados individualizados, do parecer e escolhas da pessoa na abordagem da dor e na decisão do plano terapêutico, assim como a evidência científica acerca dos resultados das intervenções de enfermagem, nomeadamente da utilização das terapias complementares existentes para justificar o caminho que seguimos e a perspectiva de cuidados pela qual nos guiamos.

- **Objectivo 4:** Sensibilizar a equipa de enfermagem para o recurso a terapêuticas não-farmacológicas (massagem terapêutica) na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão

A disciplina de enfermagem revendo-se na prática baseada na evidência para cuidar do outro de uma forma consciente e com os recursos mais actuais, é uma caminhada de buscas incessantes de formação e informação. Os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso assim como os da experiência dos campos de estágio realizados fez-me reflectir da tomada de decisão como futura especialista na área da oncologia.

Com o objectivo de implementar a prática da massagem no meu local de trabalho, só faria sentido se realizasse acções de sensibilização sobre o meu projecto, sobre a prática da massagem terapêutica através de conhecimentos básicos das técnicas possíveis e revelando estudos efectuados nesta área assim como os resultados obtidos nos campos de estágio realizados.

Previamente à aplicação da massagem terapêutica realizei uma acção de sensibilização sobre o meu projecto de estágio (anexo 4). Após esta sessão constatei que os elementos da equipa de enfermagem presentes tinham em mente que esta prática seria mais relevante em doentes com neoplasia pulmonar em fase avançada da sua doença, ou seja, com dor crónica, oncológica, por muitas vezes estarem acamados, dependentes e por ser uma medida que pudesse proporcionar conforto.

Numa fase final do meu estágio, realizei uma acção de sensibilização sobre “a massagem terapêutica” (anexo 5). Através desta acção pretendi que toda a equipa de enfermagem adquirisse algumas noções básicas da massagem, desde os efeitos terapêuticos (fisiológicos, psicológicos e mecânicos), princípios e contra-indicações. Esta acção foi desenvolvida na sala de reuniões, em que inicialmente fiz uma abordagem teórica dos temas mencionados e posteriormente uma abordagem prática em que tive como voluntário o enfermeiro chefe para exemplificação das várias técnicas da massagem. Penso que o facto de ter tido a oportunidade de exemplificar as variadas técnicas foi uma mais valia para toda a equipa para associar os conceitos teóricos inerentes à realização desta prática. Nem toda a equipa de enfermagem esteve presente por motivos pessoais/profissionais, mas tive oportunidade, posteriormente, de efectuar esta sessão individualmente. Penso que de uma forma geral, consegui motivar a equipa ao uso da massagem terapêutica como estratégia no alívio da dor e constato que alguns elementos recorrem com frequência à minha opinião e estão motivados para esta prática, consoante os resultados já experienciados pelos próprios e a evidência científica por mim facultada.

Em suma, todos os objectivos propostos foram plenamente alcançados e muito gratificantes pelo envolvimento da pessoa e equipa interdisciplinar, pelo que considero que as competências a que me propus desenvolver foram totalmente atingidas.

## 4.2. Resultados obtidos

Kolcaba (2003) considera que estudar o processo do conforto sem se avaliar os resultados, o aumento no conforto, é um exercício incompleto devendo por isso ter subjacente um processo de conceptualização e de operacionalização.

Durante a realização do estágio na UCP, como já referi anteriormente, tive oportunidade de prestar cuidados a apenas um doente com neoplasia pulmonar. Previamente à aplicação da massagem terapêutica, diariamente este doente apresentava dor irruptiva na ENA: 6 a 8, ao nível da região escapular direita, havendo necessidade de recurso a Morfina 16 gotas em SOS, para além da restante terapêutica farmacológica prescrita em esquema (Diclofenac 50mg oral 8/8h, Gabapentina 300mg oral 8/8h, Fentanyl 75microgramas Transdermico). A aplicação da massagem terapêutica ao nível do hemitórax direito revelou-se como uma mais-valia, com redução do nível de dor do doente, tal como podemos verificar no gráfico nº2.

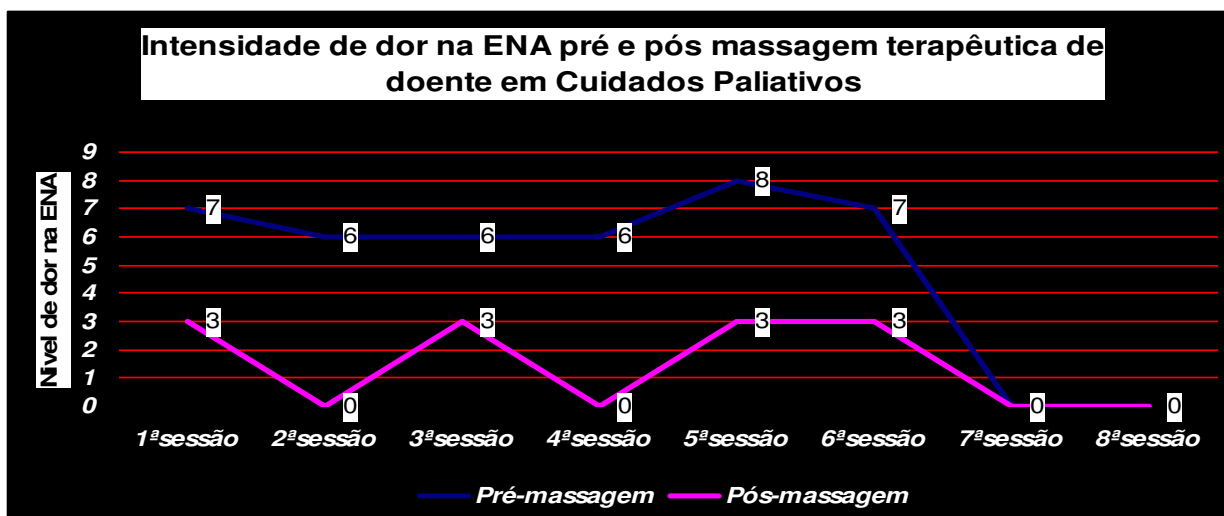
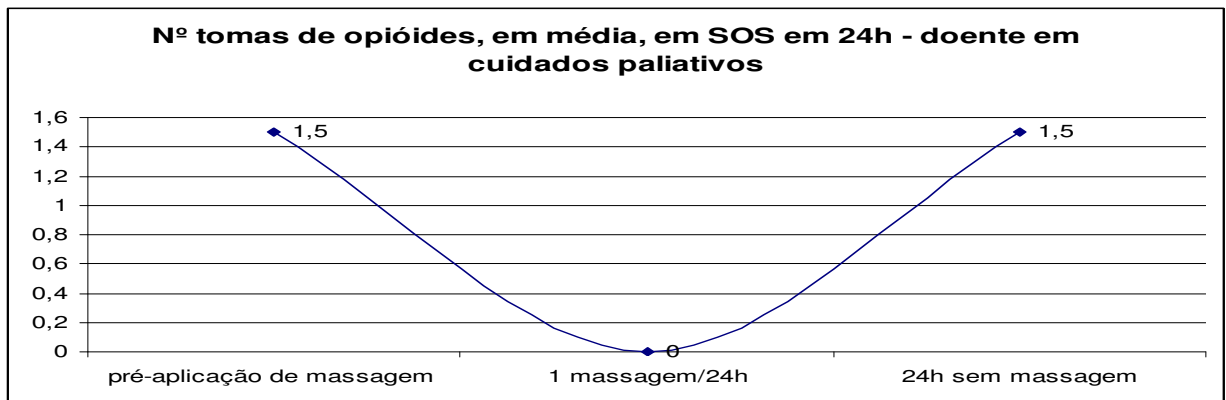


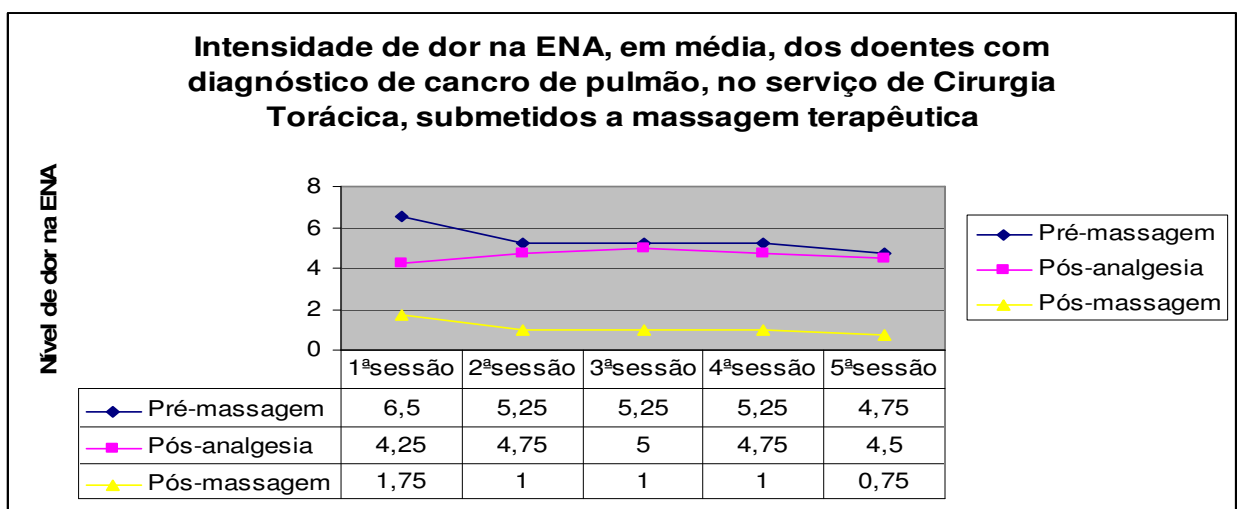
Gráfico Nº2: Intensidade de dor na ENA pré e pós massagem terapêutica de doente em cuidados paliativos

Paralelamente, sempre que era aplicada uma massagem no turno da manhã ou turno da tarde ao doente, ao longo das 24h seguintes não havia necessidade de administrar opióides em SOS/24h, mas se não se utilizava esta estratégia não-farmacológica ao longo de 24h (em nenhum turno do dia ou noite, motivado pela minha ausência no local de estágio), o número de tomas de opióides aumentava de imediato para valores iguais à fase pré-massagem (gráfico Nº3).



**Gráfico Nº3: Nº de tomas de opióides, em média, em SOS em 24h – doente em cuidados paliativos**

Na Cirurgia Torácica pude comprovar esta realidade tanto em doentes com dor aguda (motivada pela ferida cirúrgica ao nível do hemitórax direito ou esquerdo ou pela presença de drenagem torácica) como com dor crónica ao nível da omoplata esquerda (gráfico 3). Em média, os doentes na fase pré-massagem apresentavam dor no hemitórax operado, de intensidade 6,5 na ENA. Cerca de 1h30 após ser administrada analgesia prescrita (Nolotil 575mg), em média, os mesmos doentes referiam dor 4,25 na ENA. Após a aplicação da 1ª sessão de massagem terapêutica ao nível do hemitórax operado, em média, baixavam a intensidade de dor para 1,75 na ENA. Ao longo de 5 sessões de massagem terapêutica a percepção sobre o nível de dor destes doentes pré e pós-massagem baixou significativamente (gráfico Nº4).



**Gráfico Nº4: Intensidade de dor na ENA, em média, dos doentes com diagnóstico de cancro de pulmão, no serviço de cirurgia torácica, submetidos a massagem terapêutica**

Previamente à aplicação de massagem terapêutica, todos os doentes tinham prescrito Tramadol 50 mg, de 6/6h. Com o início das sessões de massagem terapêutica, ao longo de 24h o consumo deste opióide reduziu em 100% (gráfico N°5).

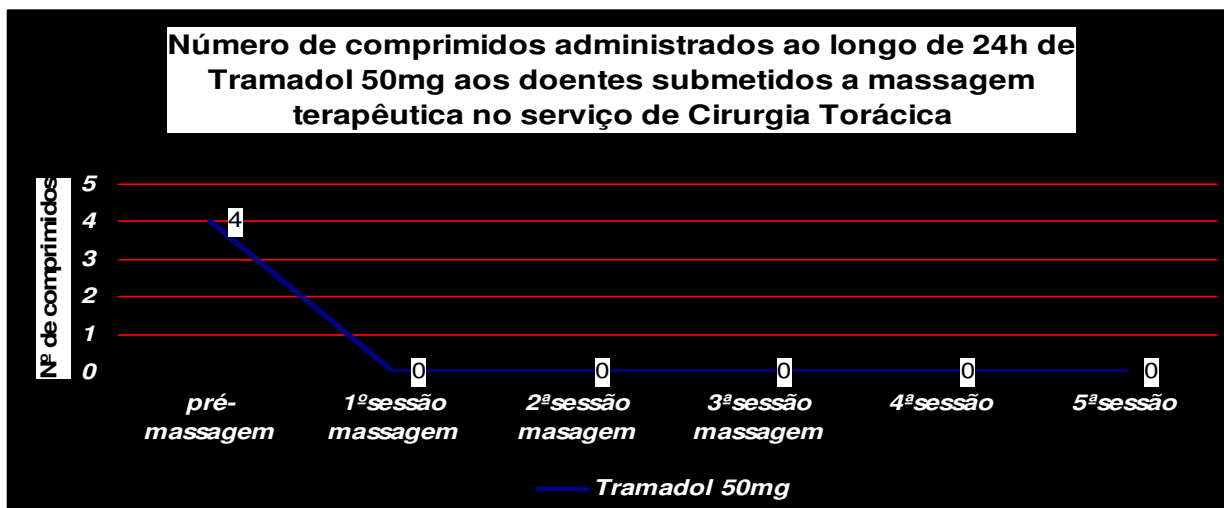


Gráfico N°5: número de comprimidos de Tramadol 50mg administrados ao longo de 24h aos doentes submetidos a massagem terapêutica no serviço de Cirurgia Torácica

Estes resultados encontrados são similares a alguns estudos desenvolvidos na área da dor e da aplicação da massagem terapêutica como recurso não-farmacológico complementar na abordagem do doente com dor com cancro.

Um estudo de Mercandante e Vitrano (2009) revela-nos que a dor é um sentimento temido e provavelmente o mais angustiante e que leva, muitas vezes, a ansiedade e depressão da pessoa que convive com ela diariamente, existente em 90% dos doentes numa fase tardia da doença. Estes autores reforçam a importância dos profissionais de saúde em centrarem-se nos sintomas e no seu tratamento.

Beck [et al] (2009) aponta que a experiência da massagem proporciona paz interior e uma forma dos doentes oncológicos se sentirem livres, experiências que lhes trouxeram esperanças para o futuro, sobretudo pelo facto de lhes proporcionar conforto ou alívio de sintomatologia, como a dor. Wilkie [et al] (2000) realizaram um estudo piloto com 29 pacientes com doença oncológica em que verificaram através da prática da massagem a redução da intensidade da dor, da ansiedade e do consumo de analgésicos, revelando-se como uma melhoria da qualidade de vida destes doentes. Paralelamente, Grealish [et al] (2000) confirmaram num estudo de 87 pacientes com

cancro hospitalizados que a prática de massagem dos pés (5 minutos em cada pé) tinha um significado imediato a nível da redução de dor, náuseas e encorajava o relaxamento. Por outro lado, Stephenson [et al] (2000) citado por Deng [et al] (2004) realizaram um estudo em 23 pacientes com cancro de pulmão ou cancro de mama que revelou através da massagem da região torácica melhoria a nível da intensidade da dor e ansiedade.

No pós-operatório, a evidência científica sobre a aplicação da massagem terapêutica em doentes com o diagnóstico de cancro também é reveladora. Nixon [et al] (1997) contribuíram com um estudo sobre a aplicação da massagem terapêutica ao nível do doente com cancro no pós-operatório, em que os resultados indicaram que a massagem produziu uma redução significativa na percepção sobre a dor durante um período de 24 horas desde o momento em que esta era aplicada. Mitchinson [et al] (2007) também utilizaram a técnica da massagem terapêutica como terapia adjuvante na dor aguda pós-operatória em doentes com cancro e confirmaram uma rápida taxa de declínio do nível da dor dos doentes que recebiam massagem, quando comparada com o grupo controlo (sem acesso a esta técnica), sendo mais evidentes as diferenças no primeiro dia pós-operatório. Estes estudos, tal como os resultados encontrados nos campos de estágio desenvolvidos, fazem evidenciar a viabilidade da incorporação da massagem terapêutica nos cuidados de rotina de enfermagem no pós-operatório. Por outro lado, o medo da morte relacionada com o estigma do cancro ou a incapacidade prolongada aliada à experiência fisiológica da dor pós-operatória cria o substrato para a despersonalização e sofrimento do indivíduo. A massagem pode melhorar esse sofrimento, ajudando a aliviar a ansiedade provocada pela presença de dor, como nos apontam estes autores. Wang e Keck (2004) rematam com um estudo com uma amostra de 18 doentes oncológicos, revelando que após administração de medicamentos analgésicos permaneciam com dor moderada, sendo reduzida pela intervenção da massagem terapêutica ao nível das mãos e pés, apoiando a eficácia desta técnica no tratamento da dor pós-operatória. Trata-se de uma estratégia eficaz, barata, de baixo risco, flexível e de fácil aplicação no controle da dor nesta fase de tratamento que pude constatar nos vários campos de estágio.

Adams [et al] (2010) antes da massagem, verificaram que o nível médio de dor registado pelos pacientes foi de 5,18 e após, o nível médio de dor baixava para 2,33, considerando a ENA: [0-10]. A redução observada na dor foi estatisticamente significativa revelando-se como uma capacidade do doente para lidar com os aspectos

físicos e psicológicos resultantes do seu estado clínico. Este estudo demonstrou não apenas a redução significativa nos níveis de dor, mas também o relaxamento total e a capacidade para dormir, assim como a percepção da necessidade de medicação para o sintoma dor. Mais de metade dos participantes (52,7%) sentiram que precisavam menos medicamentos analgésicos após a realização da massagem terapêutica.

Estes dados da evidência científica acerca da eficácia da massagem terapêutica no controlo da dor no pós-operatório fundamentam a realidade encontrada no meu local de trabalho. Após realização da massagem terapêutica os doentes referiam sensação de bem-estar máxima, que perdurava durante todo o dia, durante a realização da massagem esqueciam-se da dor, da doença e do internamento e ao permanecerem sem dor durante as restantes 24h, recusavam a toma dos analgésicos prescritos. Ao mesmo tempo, no meu local de trabalho, ao puder acompanhar estes mesmos doentes para além das horas de estágio (turnos da manhã) nos turnos da tarde ou noite (horário de trabalho), constatei que a sensação de bem-estar e relaxamento total permitia-lhes dormir confortáveis e sem dor, ao passo que nos dias em que essa técnica não era utilizada, esses mesmos doentes descreviam que dormiam menos horas e mais dificilmente encontravam posição de conforto no leito.

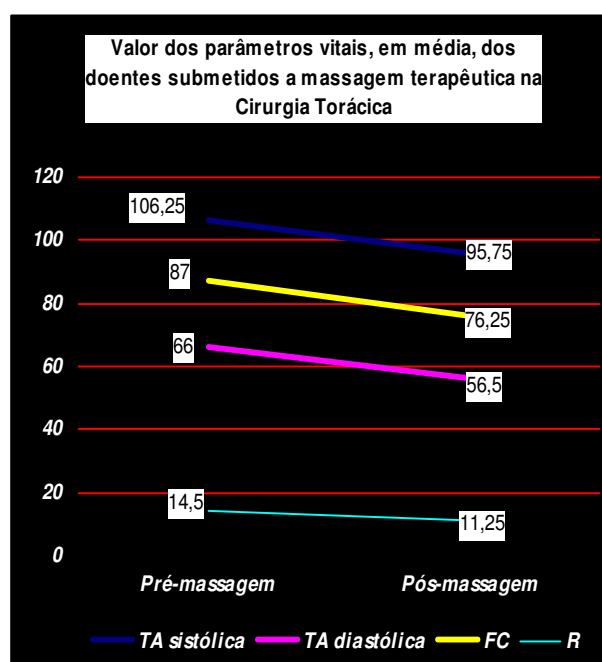
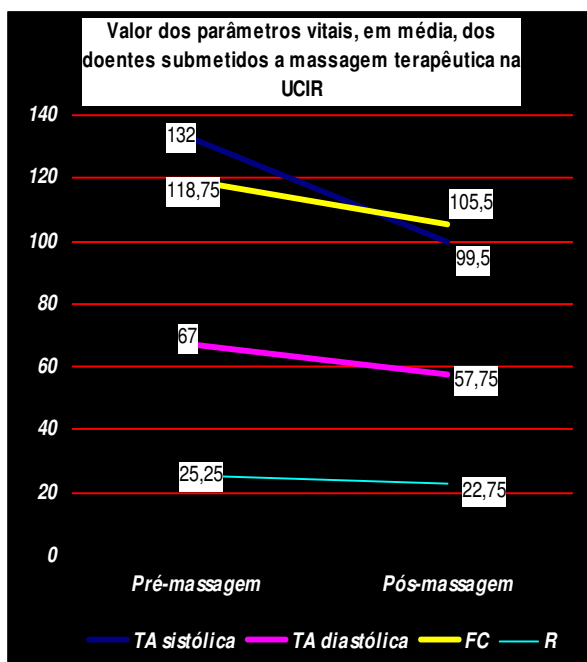
Este recurso à massagem terapêutica como parte integrante dos cuidados de enfermagem na abordagem da pessoa com dor é também uma realidade colocada em prática pela Unidade de dor do IPO-Coimbra, desde 2005, através do “Projecto Bem-estar”, em que semanalmente realizam uma massagem a doentes com cancro, com relaxamento guiado por voz e musicoterapia, o que conduziu à diminuição do recurso a terapêutica analgésica medicamentosa, portanto, a ganhos em saúde.

Por outro lado, considero, como já referido anteriormente, que o recurso à musicoterapia foi importante na indução do relaxamento conjuntamente com a massagem. Kemper e Danhauer (2005) justificam este recurso para promover o bem-estar, reduzir o stress e distrair a pessoa dos sintomas que apresenta.

Contudo, “não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (Nigthingale, 2005:132).

A nível hemodinâmico, no campo de estágio da UCIR pude constatar a influência da aplicação da massagem terapêutica, quer ao nível da TA, FC e R (gráfico N<sup>o</sup>6), ao baixar todos estes parâmetros. No entanto, os resultados obtidos não foram muito significativos ao nível da FC e R (os doentes mantiveram-se taquicárdicos e

taquipneicos), revelando apenas a TA sistólica como o valor mais notório (apresentaram valores de hipotensão sistólica quando previamente estavam normotensos). Na Cirurgia Torácica, para além da alteração ao nível da TA sistólica, o parâmetro R foi o mais relevante, em que verifiquei que após realização da massagem os doentes apresentavam-se bradipneicos (gráfico N°7).



Gráficos N°6 e N°7: valor dos parâmetros vitais, em média, dos doentes submetidos a massagem terapêutica, na UCIR e Cirurgia Torácica

Estes resultados foram comprovados num estudo de Wang e Keck (2004), já mencionado anteriormente, em que demonstraram uma redução significativa na resposta simpática à dor (ou seja, diminuição da frequência cardíaca e respiração, embora a pressão arterial tenha permanecido inalterada). No entanto, as mudanças na frequência cardíaca e respiratória não foram muito significativas. Já Labyak e Metzger (1997) provaram uma redução da FC e R com a aplicação da massagem terapêutica através da técnica de effleurage ao nível da região posterior do tórax e dorso-lombar. Para além da influência ao nível dos parâmetros vitais, estes autores declararam através deste estudo que é uma técnica não-farmacológica que promove o relaxamento, apontando a necessidade de se reconsiderar a revitalização desta actividade na prática dos cuidados de enfermagem. Estes estudos evidenciam que a nível dos parâmetros vitais não há qualquer contra-indicação da aplicação da

massagem terapêutica a pessoas com dor com cancro do pulmão, pelo contrário, melhora a sua taquicardia, hipertensão e taquipneia.

Em suma, realizar um estágio no próprio local de trabalho considero que foi uma excelente oportunidade de evidenciar o meu papel como enfermeira perita na abordagem da dor através de terapias complementares (massagem terapêutica). A aquisição das diferentes competências a que me tinha proposto atingir penso que foi uma aposta ganha. De facto, estagiar em diferentes contextos de trabalho e cuidar a pessoa com cancro do pulmão no controlo da sua dor através de conhecimentos relevantes sobre a massagem terapêutica em situações complexas permitiu-me desenvolver e atingir essas mesmas competências de uma forma concisa, ponderada, e no campo de intervenção, junto dos doentes que foram os principais alvos de todo este projecto.

### 4.3. Limitações/ dificuldades

Nesta fase do relatório, não podemos descartar as dificuldades encontradas durante o estágio, assim como as limitações deste projecto.

Como dificuldades, em primeira instância a falta de formação específica em massagem dos enfermeiros orientadores em alguns campos de estágio, a falta de especialistas em enfermagem médico-cirúrgica nos serviços para orientação dos estágios e o facto de frequentarmos o 1º curso desta especialidade, por vezes tornou-se comprometedora ao desconhecermos as necessidades de aprendizagem e compromissos para atingir competências que nos permitissem desempenhar o papel de futuros enfermeiros especialistas na equipa multidisciplinar.

Por outro lado, a aplicação da massagem no turno da manhã tem vários contratempos: maior movimento de doentes/profissionais, médicos preferem que doentes caminhem pelo serviço em vez de serem submetidos a relaxamento referindo como uma prática a ter à noite antes de dormir, pois facilita este processo; outros profissionais de saúde, como os fisioterapeutas, nem sempre respeitaram o trabalho projecto como um estágio, interpelando-o várias vezes, por curiosidade; a inexistência de um gabinete/ sala para aplicação da massagem num ambiente mais acolhedor e ausente de ruídos próprios da enfermaria (conversas entre doentes e doentes-profissionais, toques de telemóvel).

Quanto às limitações, relativamente à abordagem da dor através da massagem terapêutica penso que a natureza íntima da massagem e da variação cultural motivam diferentes atitudes em relação ao toque, sendo muito provável que em situações futuras alguns doentes recusem esta abordagem.

Tal como mencionou um dos doentes “se a enfermeira está a realizar um estágio com aplicação desta técnica é porque traz vantagens e tudo o que for para ajudar a aliviar a minha dor é bem-vindo”. De facto, ao darem o seu consentimento acreditavam que era possível baixar o seu nível de dor e sendo um complemento à terapêutica farmacológica, tornou-se um recurso utilizado sobretudo pela quantidade de analgésicos que lhes eram administrados e passaram a recusar, por permanecerem sem dor. Isto permite-me pensar que a amostra de doentes com a qual trabalhei e apliquei este projecto mostrou-se interessada em participar, o que pode ter levado também aos resultados encontrados.

## 5. QUESTÕES ÉTICAS

No decorrer da realização deste relatório e na articulação com a minha prática, não posso esquecer das questões éticas inerentes à prestação de cuidados e ao respeito pela pessoa humana.

Aquando da selecção da (s) pessoa (s) com dor com cancro do pulmão para inclusão neste projecto procurei assegurar a liberdade da (s) mesma (s) em aceitar ou recusar a participação, tendo por base o princípio da autonomia. O princípio da autonomia requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre as suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão; têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e a sua vida. Procurei, assim, garantir a privacidade da pessoa, a verdade e a confidencialidade das informações, evitando qualquer atitude que gerasse constrangimento ou tensão, bem como mantive o respeito às crenças e valores da (s) mesma (s), valorizando as suas opiniões e escolhas.

Por outro lado, tive em consideração o princípio da beneficência. Este princípio no contexto de enfermagem é o dever de agir pelo interesse do doente; refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. Tendo em conta a evidência científica acerca da eficácia da massagem terapêutica como complemento à terapêutica farmacológica instituída, o dever do enfermeiro é o de prestar cuidados utilizando todos os recursos necessários (farmacológicos e/ou não-farmacológicos) para o alívio da dor, de forma a assegurar ser um acto benéfico ao doente.

No caso particular dos doentes com suporte ventilatório invasivo, que não podiam dar o seu consentimento informado uma vez que estavam sedados, privilegiei, para além dos princípios da beneficência, o princípio da justiça. Este princípio estabelece como condição fundamental: a equidade (obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correcto). O enfermeiro tendo em conta este princípio deve actuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação com a pessoa alvo dos seus cuidados.

Em suma, tendo em conta a problemática e o meu contexto profissional é da competência do enfermeiro garantir que a pessoa com dor seja informada da necessidade de adesão à terapêutica farmacológica prescrita e dos recursos existentes

para melhor se conhecer e compreender a sua dor, assim como melhor adequar as intervenções de acordo com as suas reais necessidades. As estratégias não farmacológicas na abordagem da dor são um direito do doente e um dever do profissional de saúde, neste caso do enfermeiro, em adequar a cada pessoa o melhor tratamento para a sua dor. Essencialmente, na decisão do programa de controlo de dor, deve-se privilegiar sempre o consentimento verbal da pessoa.

De facto, ao tomarmos qualquer decisão terá indubitavelmente de ser algo que passará pela reflexão sobre os nossos actos, tendo por base os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça.

## **6. IMPLICAÇÕES/ RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Com o término desta caminhada é tempo de reflectir sobre os contributos deste projecto para a prática de enfermagem.

É intuitivo pensar-se em intervenções de enfermagem para satisfazer as necessidades de conforto dos doentes. Mas ao longo deste projecto apercebi-me que nem sempre na prática diária de enfermagem, com poucos recursos humanos nos serviços e com vários cuidados a prestar contra-relógio, os enfermeiros utilizam esta intervenção de enfermagem, não porque não acreditem na mesma mas porque lhes acarreta disponibilidade de tempo. Um bom argumento para o aumento do pessoal com competências em cuidar a pessoa com dor através da massagem terapêutica é saber que com o aumento de conforto, se trazem melhores condições para o doente, nomeadamente sensação de bem-estar, relaxamento total permitindo um sono revitalizador, redução de stress e distração dos sintomas que apresenta.

Torna-se assim emergente realizar mais estudos nesta área da abordagem da pessoa com dor e demonstrar, tal como durante o meu estágio, que enfermeiros qualificados nesta área e em número suficiente de acordo com as necessidades dos doentes, têm todas as armas para recorrer a técnicas não-farmacológicas na abordagem da dor, como a massagem terapêutica, o que leva à redução do recurso a medicamentos analgésicos, implicando diminuição de custos farmacêuticos no hospital.

A constatação do controle da dor através de terapêuticas complementares como a massagem terapêutica fez-me acreditar que a enfermagem como profissão de excelência na relação com o outro, na promoção do seu conforto e por conseguinte na sua qualidade de vida, evidencia-se.

Dar continuidade a este projecto é primordial, para além das actividades desenvolvidas no estágio, como a acção de sensibilização sobre a técnica da massagem terapêutica à equipa de enfermagem. A continuação da aplicação desta intervenção de enfermagem a doentes com dor não controlada com terapêutica farmacológica, a amostragem dos resultados obtidos nas passagens de turno/registos de enfermagem e o acompanhamento da equipa de enfermagem na partilha de dúvidas/experiências sobre esta abordagem, incentivando-a à sua prática é a forma de dar continuidade deste projecto no serviço da Cirurgia Torácica.

Está projectado ainda para este ano (2011) a realização de uma acção de sensibilização sobre esta temática no auditório do hospital para todos os enfermeiros do CHLN, para que todos prestem cuidados de enfermagem na procura do conforto dos doentes, conscientes dos resultados já evidentes. É meu intuito também escrever um artigo para uma revista de enfermagem sobre a importância desta abordagem.

## 7. CONCLUSÃO

Reflectir sobre os cuidados que prestamos aos utentes de acordo com um projecto idealizado foi deveras interessante pois permitiu-me consciencializar da minha prática e abrir novos horizontes para continuar este árduo caminho.

A concepção de um projecto não foi de todo um caminho em linha recta, teve muitas paragens, retrocessos, sensações de vontade em desistir... estes momentos de reflexão tornam-nos seres mais pensantes e capazes de lutar por uma profissão digna, que é privilegiada por cuidar a pessoa através de simples gestos como a massagem.

Proporcionar conforto ao doente com dor, segundo Kolcaba (2003), é cuidar através de acções confortantes, estando implícitas as estratégias não-farmacológicas, como a massagem terapêutica.

Pensar na teórica de Kolcaba é reflectir sobre o que procuramos quando aplicamos nestes doentes a massagem, com simples gestos através do toque da sua pele com as nossas mãos, dando-lhes o conforto que desejam.

A intervenção na hora certa depende sim da abordagem certa que passa pela avaliação minuciosa da história de dor do utente e da forma como ele encara o tratamento instituído.

Perante a presença de dor nos doentes oncológicos é triste não haver mais respostas para além da terapêutica farmacológica na abordagem da pessoa com dor.

Os cuidados de saúde visam obter ganhos em saúde e bem-estar para os cidadãos. Assume-se que assim acontece mas raramente se reflecte sobre as intervenções realizadas. Nesta perspectiva, é necessário validar a nossa prática de acordo com a monitorização dos resultados obtidos através da reflexão sobre os cuidados por nós prestados.

Os doentes com o diagnóstico de cancro de pulmão vivenciam desconfortos que acarretam um impacto emocional adverso. Desta forma, é necessário a realização de estudos que investiguem estratégias não-farmacológicas eficazes na redução da dor nas diferentes fases da doença

A eficácia da massagem na redução da intensidade e desconforto pela dor revela-se, assim, como uma técnica a privilegiar na abordagem da pessoa com cancro do pulmão. Perante a avaliação da dor como o quinto sinal vital é tempo de reintegrar o uso de abordagens eficazes para aliviar a dor do paciente.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. Instituto de Lexicologia e Lexicografia - **Dicionário da língua portuguesa contemporânea**. Lisboa: Editorial Verbo. 2001.
- ADAMS, Rose [et al] - **The Effects of Massage Therapy on Pain Management in the Acute Care Setting**. In: International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork: Research, Education, & Practice. 2010. Vol.3, Nº1. Acedido em 22/01/11 em: <http://journals.sfu.ca/ijtmb/index.php/ijtmb/article/viewArticle/54/101>
- ALVES, Sandra [et al] – **Cuidados Paliativos**. In: Enfermagem Oncológica. Coimbra: Formasau. 2004. 1ª edição. p.138-159. ISBN: 972-8485-41-7
- ANTUNES, João – **A dor na medicina**. In: Dor: Do neurónio à pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal. p. 9-20. ISBN: 972-733-013-4
- BARACAT, Fausto Farah; FERNANDES JUNIOR, Hezio Jadir; SILVA, Maria Jose da - **Cancerologia atual : enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000. XXVIII, 548 p.
- BECK, Ingela [et al] - **To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care**. In: International Journal of Palliative Nursing, 2009. Vol.15, Nº11. Acedido a 24/4/10. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=5&hid=119&sid=bf7578d7-0998-4895-812c-e6c852df32fa%40sessionmgr113>
- CARVALHO, Ana Sofia – **Cancro do Pulmão a propósito de um caso clínico**. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior- Faculdade de Ciências da saúde. Covilhã. Agosto 2002; Acedido a 12/7/10 em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/822/tesemestradoanasofia.pdf>
- CROWE, Linda [et al] - **Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain**. International Journal of Evidence- Based Healthcare. 2008. Nº6. p. 396–430. Acedido a 20/01/11 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-1609.2008.00113.x/abstract;jsessionid =994653A094CC37F4C83ED350A954677A.d03t04>
- DIAS, Maria Rosário, DURÁ, Estrella - **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi Editores. 2002

- ELLSWORTH, Abby e ALTMAN, Peggy – **Massage Anatomy: a comprehensive guide**. San Diego, Califórnia: Thunder Bay. 2009. ISBN-13 978-1-60710-014-0
- FRITZ, Sandy – **Fundamentos da massagem terapêutica**. São Paulo: Editora Manole. 2002. ISBN: 85-204-1111-8
- GRANER, Karen [et al] - **Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso**. In: Temas em Psicologia. 2010. Vol.18, Nº2. p. 345 – 355. ISSN 1413-389X
- GREALISH, Laurie [et al] - **Foot Massage: a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer**. In: Cancer Nursing. June 2000. Vol.23, Nº3. p.237-243. Acedido a 22/01/11 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10851775>
- HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8
- KOLCABA, Katherine – **Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. New York: Springer. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7
- LABYAK, S.E. e METZGER, B.L. - **The Effects of Effleurage Backrub on the Physiological Components of Relaxation: A Meta-analysis**. Nursing Research. Jan/Fev. 1997. Vol.1, Nº46. p.59-62. Acedido a 22/01/11 em: [http://www.healthyneighborhood.com/admin/images/Uploads/art150\\_1033045407.pdf](http://www.healthyneighborhood.com/admin/images/Uploads/art150_1033045407.pdf)
- MERCANDANTE, Sebastiano e VITRANO, Valentina – **Pain in Patients with lung cancer: pathophysiology and treatment**. In: Lung câncer. Nov 2009. Acedido a 6/7/10 em: [www.elsevier.com/locate/lungcan](http://www.elsevier.com/locate/lungcan)
- MITCHINSON, Alison [et al] - **Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: a preliminary study in men**. J Am Coll Surg. 2003. Nº197. p.1037–1046. Acedido a 22/01/11 em <http://heartfiremassage.com/efficacy.pdf>
- NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2005. 202 p. ISBN: 972-8383-92-4
- NIXON, M. [et al]. **Expanding the nursing repertoire: the effect of massage on post-operative pain**. Aust J Adv Nurs. 1997. Vol.3, Nº14. p.21-26. Acedido a 22/01/11 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9180443>

- PAULINO, Marco – **Quando a dor ganha autonomia**. In: Artes de Cuidar. Loures: Lusociência. 2006. p.119-133. ISBN 972-8930-18-9
- PORTELA, J.Luis e NETO, Isabel – **Dor e Cuidados Paliativos**. Lisboa: Permanyer Portugal. 75p. ISBN: 972-733-059-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS-CONSELHO DE ENFERMAGEM – **DOR: Guia orientador da boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55p. ISBN: 978-972-99646-9-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. 2010. Acedido a 17/7/10. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. Loures: Lusociência. 2004. 152 p. ISBN 972-8383-30-4
- PARENTE, Bárbara [et al] – **Estudo epidemiológico do cancro do pulmão em Portugal nos anos 2000/2002**. In: Revista Portuguesa de Pneumologia. Lisboa. Março 2007. Vol.13, Nº2. p.255-265. ISSN 0873-2159
- PAULINO, Marco – **Quando a dor ganha autonomia**. In: Artes de Cuidar. Loures: Lusociência. 2006. p.119-133. ISSN 972-8930-18-6
- PERGUIÇA, Ana C. e SOBRAL, M<sup>a</sup> Luísa – **Reflexão: o enfermeiro de cuidados intensivos perante a dor**. In: Servir. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e profissionais de saúde. Jan/Fev 2003. Nº51. p.25-27. ISSN 0871-2370
- PHIPPS, Wilma. J.; LONG, Barbara C.; WOODS, Nancy – **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. Lisboa: Lusodidacta. 1990. Vol.3. 633p. ISBN 972-95-399-0-1
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007-2010), Orientações programáticas**. Lisboa. 2007. Acedido em 15/07/10. Disponível em: [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)
- PROGRAMA DE POSTRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA DE LA EONS, 2005. Acedido em 27/5/10. Disponível em: [www.cancerworld.org.eons](http://www.cancerworld.org.eons)
- RIBEIRO, Ricardo Jorge [et al] – **Neoplasia maligna do pulmão e hábitos tabágicos: abordagem epidemiológica**. Revista portuguesa de saúde pública. Janeiro/Junho 2002. Vol.20, N.º1. p.45-58

- Richards KC - **Effect of a Back Massage and Relaxation Intervention on Sleep in Critically Ill Patients.** In: American Journal of Critical Care. Julho 1998. Vol.4, Nº7. p.288-299. Acedido a 22/01/11 em [http://www.healthyneighborhood.com/admin/images/Uploads/art154\\_58883664.pdf](http://www.healthyneighborhood.com/admin/images/Uploads/art154_58883664.pdf)
- RITTO, A. C. – **Dor – 5º Sinal Vital: Do projecto à realidade, a longa caminhada.** In: Enfermagem. Lisboa. Julho-Set 2005. 2ª série. Nº39. p.5-9. ISSN 0871-0775
- ROSA, Ana [et al] – **Vivências de dor de doentes em situações de doença crítica.** In: Nursing. Lisboa. Out 2000. Nº148. p.12-15. ISSN – 0871-6196
- SAPETA, Ana Paula – **Formação em enfermagem em Cuidados Paliativos e dor crónica.** In: Revista Investigação em enfermagem. Lisboa. Fev 2003. Nº7. p. 24-35; Acedido a 10/06/10 em <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie7/24-35.pdf>
- SIEFERT, M. L. - **Concept analysis of comfort.** In: Nursing Forum. 2002. Vol. 37, Nº 4. p. 16-23.
- TAVARES, Marianne - **National Guidelines for the Use of Complementary Therapies in Supportive and Palliative Care.** London: The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health. 2003. ISBN 0-9539453-5-9
- TAYLOR, Shelley E. – **Health psychology.** Boston: McGraw-Hill International Editions. 1999. 4ª edição. 636p. ISBN 0-07-116802-8
- TURK, C.; OKIFUGI, A. – **Pain Terms and Taxonomies of Pain.** In: Loeser, J.D. Bonica's Management of pain. Filadelfia, Lippincott Williams & Wilkins. 2001.
- TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos.** Lisboa: Climepsi Editores. Novembro 2003, 2ª edição. 207 p. ISBN: 972-796-093-6
- VALADAS, Mª Berjano – **A monitorização da dor como 5º sinal vital.** In: Revista Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. Nov 2003. Nº31. p.19-23. ISSN 0872-8844
- WANG, H.L. e KECK, J.F. - **Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain.** In: Pain Management Nursing. Junho 2004. Vol. 2, Nº5. p.59-65. Acedido a 20/01/11 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15297952>
- WILKINSON, S.; BARNES, K. & STOREY, L. - **Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review.** In: Journal of Advanced Nursing. 2008. Vol.5, Nº 63. p. 430-439.

## 9. ANEXOS

## **ANEXO 1: CRONOGRAMA**

	E	OT	2010 (1ºano, 1ºsemestre)										2011															
MESES	500H	25H	Set					Out					Nov					Dez			Jan				Fev			Mar
DIAS			27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	Natal	3	10	17	24	31	7	14	21	28				
			1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17		7	14	21	28	4	11	18	25	4				
Estágio																												
Relatório																Natal												
Total Horas			100h					140h					80H				20H	160H				25H						
SEMANAS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18	19	20	21				

**Legenda:**

- UCIP – CHLN-HPV
- UMD- CHLN-HSM
- C.P. – HRM
- C.T.- CHLN- HPV

## **ANEXO 2: HISTÓRIA DE DOR**

# HISTÓRIA DE DOR

Nome: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

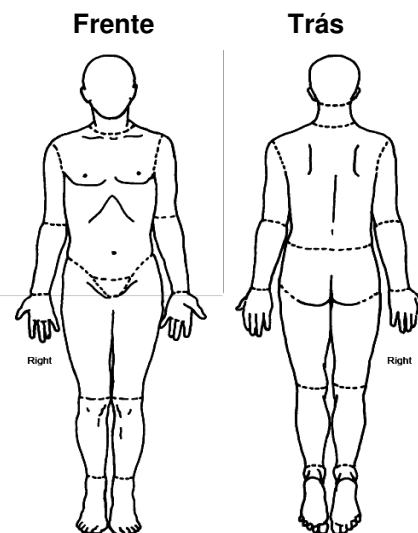
## 1. Características da dor

### 1.1. Localização:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Irradiação: S  N

Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### 1.2. Evolução: duração e padrão

1.2.1. Data em que iniciou a dor: \_\_\_\_\_

1.2.2. Frequência: Contínua  ; Intermitente  ; Brusca  ; Rítmica  ; Periódica  ;

1.3. Intensidade (ENA): Dor actual: \_\_\_\_\_; Pior dor: \_\_\_\_\_; Nível aceitável de dor: \_\_\_\_\_

1.4. Qualidade: Formigueiro ; Picadas ; Facada ; Dormência ; Queimadura ; Choques eléctricos ; Outros  \_\_\_\_\_

2. Formas habituais de comunicar/manifestar/expressar a dor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Factores de alívio? \_\_\_\_\_

4. Factores de agravamento? \_\_\_\_\_

5. Estratégias de coping: \_\_\_\_\_

6. Impacto nas actividades de vida diárias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor:

Trabalho: \_\_\_\_\_

Actividade de lazer: \_\_\_\_\_

Relações pessoais: \_\_\_\_\_

Emoções: \_\_\_\_\_

Concentração: \_\_\_\_\_

**8. Sintomas associados:**

<b>Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)</b>		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem Náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Muito bom Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Muito boa Sensação de Bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta De ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível

Dados fornecidos por: Paciente \_\_\_\_; Cuidador principal \_\_\_\_;

**9. Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas**

**9.1. Terapêutica farmacológica instituída:** \_\_\_\_\_

**9.2 Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos:** \_\_\_\_\_

**10. Conhecimento/percepção acerca da doença:** \_\_\_\_\_

**11. Significado da dor:** \_\_\_\_\_

**12. Expectativas acerca do tratamento da dor:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO 3: DIÁRIO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA**

**DIÁRIO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Turno:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Cirurgia:** \_\_\_\_\_ **NºDia PO:** \_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avaliação da dor (pré-massagem):**

**Localização:** \_\_\_\_\_

**Características:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

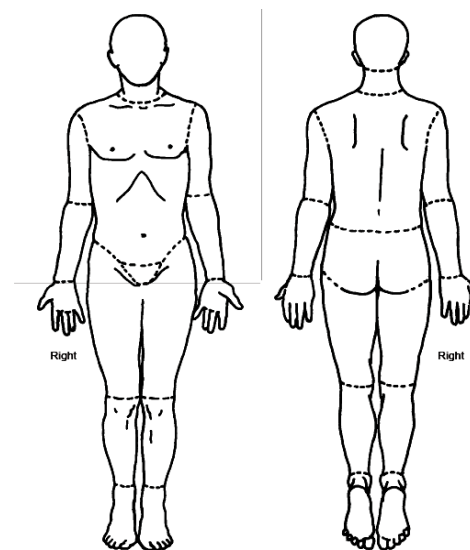
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Terapêutica farmacológica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adesão terapêutica: Sim** \_\_\_ **Não** \_\_\_



**Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)**

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem Náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Muito bom Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite Possível
Muito boa Sensação de Bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta De ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível

Dados fornecidos por: Paciente \_\_\_\_\_; Cuidador principal \_\_\_\_\_;



**ANEXO 4: SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE “O PROJECTO DE ESTÁGIO”**

**ANEXO 5: SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE “A MASSAGEM  
TERAPÊUTICA”**

**ANEXO 6: FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA - UCIR**

**Registo de Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Turno:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_ N° dia PO: \_\_\_\_\_

AP: \_\_\_\_\_

<b>Escala de coma de Glasgow</b>	<b>Abertura de olhos</b>	Espontânea	4	<b><u>Pele e mucosas:</u></b> Hidratada _____ Cianosada _____ Pálida _____ Corada _____ Seca/ descamativa _____ Húmida _____  <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>FC:</b></td> <td style="width: 15%;"><b>TA:</b></td> <td style="width: 15%;"><b>TT:</b></td> <td style="width: 55%;"><b>SO2:</b> _____ %</td> </tr> </table> <b>Oxigenioterapia:</b> O.N. _____ M.V. _____ VMNI _____ VMI _____	<b>FC:</b>	<b>TA:</b>	<b>TT:</b>	<b>SO2:</b> _____ %
		<b>FC:</b>	<b>TA:</b>		<b>TT:</b>	<b>SO2:</b> _____ %		
		À voz	3					
		À dor	2					
	Nenhuma	1						
	<b>Resposta verbal</b>	Orientada	5					
		Confusa	4					
		Inapropriada	3					
		Incompreensível	2					
		Nenhuma	1					
	<b>Resposta motora</b>	Obedece comandos	6					
		Localiza a dor	5					
		Movimento de retirada	4					
		Flexão anormal	3					
		Extensão anormal	2					
Nenhuma		1						
Total								

**TC:** \_\_\_\_\_

<b>Penso:</b> Localização: _____  Data realização: ___/___/___ Características: _____ _____ _____ _____	Percepção sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma Limitação
	Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida
	Actividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
	Mobilidade	1. Imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
	Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente
	Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema	
Total:					

**Drenagens:**  
 Localização: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_  
 Aspiração activa \_\_\_\_\_ KPa  
 Passiva \_\_\_\_\_  
 Clampada \_\_\_\_\_

A – NF: \_\_\_\_\_; VD: \_\_\_\_\_ VD24H: \_\_\_\_\_  
 B – NF: \_\_\_\_\_; VD: \_\_\_\_\_ VD24H: \_\_\_\_\_  
 C – NF: \_\_\_\_\_; VD: \_\_\_\_\_ VD24H: \_\_\_\_\_  
 D – NF: \_\_\_\_\_; VD: \_\_\_\_\_ VD24H: \_\_\_\_\_

Escala de Braden

**Cateteres:**

Epidural: \_\_\_\_\_ Data de colocação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Periférico: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Data de colocação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Central: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Data de colocação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Bomba Infusora: \_\_\_\_\_ cc/h  
Seringa Infusora: \_\_\_\_\_ cc/h  
Seringa Infusora: \_\_\_\_\_ cc/h

**Alimentação:** Oral \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
SNG \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Data colocação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; Mudar a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Eliminação:** Espontânea \_\_\_\_\_  
**Vesical** Algaliado \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Tipo \_\_\_\_\_; Data Colocação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; Mudar a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Características: \_\_\_\_\_

**Eliminação Intestinal:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO 7: CONTRACTO DE APRENDIZAGEM**

## CONTRACTO DE APRENDIZAGEM

**OBJECTIVO GERAL:** Desenvolver competências na abordagem da pessoa com dor com cancro de pulmão.

### 1. Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios – CHLN – HPV

Objectivos específicos	Estratégias	Avaliação	Calenda- Rização
<ul style="list-style-type: none"><li>Identificar e compreender o papel do Enfermeiro Perito na equipa multidisciplinar e na sua articulação com a pessoa, família, outros elementos da equipa e os outros serviços</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Integrar no serviço através do reconhecimento do espaço e da constituição da equipa multidisciplinar;</li><li>- Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar;</li><li>- Identificar os instrumentos e protocolos, normas e escalas usadas na avaliação da dor pelos enfermeiros no serviço;</li><li>- Consultar os projectos a nível da abordagem da dor nos quais os Enfermeiros se encontram inseridos;</li><li>- Aprofundar conhecimentos acerca da essência e aplicabilidade da massagem no contexto diário dos cuidados de enfermagem</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifica o papel do Enfermeiro Perito enquanto membro formador e gestor da equipa com vista a evitar práticas dos cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente;</li><li>- Reconhece os benefícios para a saúde proveniente da actuação do Enfermeiro Perito na aplicação da massagem terapêutica na abordagem da pessoa com dor, demonstrando espírito crítico através da discussão dos resultados obtidos.</li></ul>	De 27 de Setembro a 27 de Outubro de 2010

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir competências que permitam gerir a dor da pessoa com cancro do pulmão, tendo em conta a sua singularidade e complexidade, através de medidas não farmacológicas (massagem terapêutica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar o desempenho do enfermeiro Perito no âmbito da pessoa com dor com cancro do pulmão;</li> <li>- Recolher informação pertinente junto do processo clínico, doente e família;</li> <li>- Elaborar a colheita de dados sobre a história de dor através de: exame físico, descrição das características da dor, expressões de dor, factores de alívio e de agravamento, estratégias de <i>coping</i>, implicações da dor nas actividades de vida, conhecimento acerca da doença, impacto emocional da dor, sintomas associados, descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>- Elaborar folha de registo de enfermagem médico-cirúrgica e diário de massagem;</li> <li>- Utilizar a escala de ESAS;</li> <li>- Demonstrar iniciativa, na realização do planeamento das intervenções e execução nos doentes ao seu cuidado;</li> <li>- Aprofundar conhecimentos acerca da aplicação da massagem terapêutica a doentes em fase crítica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executa registos da intervenção efectuada no âmbito da pessoa com dor com cancro do pulmão nas folhas de registo de enfermagem médico-cirúrgica e diário de massagem, demonstrando conhecimento e fundamentando as intervenções;</li> <li>- Usa adequadamente os instrumentos de avaliação da dor existentes no serviço e a escala de ESAS;</li> <li>- Identifica a necessidade de aplicação de terapêuticas não-farmacológicas, nomeadamente da massagem terapêutica, na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão, em situação crítica;</li> <li>- Adapta as técnicas de massagem terapêutica tendo em conta a estabilidade do doente e as contra-indicações;</li> </ul>	
---	--	--	--

## 2. Unidade Multidisciplinar da Dor – CHLN – HSM

Objectivos específicos	Estratégias	Avaliação	Calenda- Rização
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e compreender o papel do Enfermeiro Perito na equipa multidisciplinar da Unidade Multidisciplinar da Dor do Centro Hospitalar Lisboa Norte e na sua articulação com a pessoa, família, outros elementos da equipa e os outros serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar no serviço através do reconhecimento do espaço e da constituição da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Identificar os instrumentos e protocolos usados na avaliação da dor pelos enfermeiros no serviço, assim como as técnicas não farmacológicas;</li> <li>- Consultar os projectos a nível da abordagem da dor nos quais os Enfermeiros se encontram inseridos;</li> <li>- Aprofundar conhecimentos acerca da essência e aplicabilidade da massagem terapêutica, assim como de outras terapêuticas não farmacológicas realizadas;</li> <li>- Compreender a articulação existente entre a Unidade Multidisciplinar da Dor e os restantes serviços do Centro Hospitalar Lisboa Norte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica o papel do Enfermeiro Perito enquanto membro formador e gestor da equipa com vista a evitar práticas dos cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente;</li> <li>- Reconhece os benefícios para a saúde proveniente da actuação do Enfermeiro Perito na aplicação da massagem terapêutica e de outras terapêuticas não farmacológicas na abordagem da pessoa com dor, demonstrando espírito crítico através da discussão dos resultados obtidos.</li> </ul>	<p>De 2 a 26 de Novembro de 2010</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir competências que permitam gerir a dor da pessoa, tendo em conta a sua singularidade e complexidade, através de medidas não farmacológicas (massagem terapêutica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar o desempenho do Enfermeiro Perito no âmbito da pessoa com dor;</li> <li>- Recolher informação pertinente, junto do processo clínico, doente e família;</li> <li>- Elaborar a colheita de dados sobre a história de dor através de: exame físico, descrição das características da dor, expressões de dor, factores de alívio e de agravamento, estratégias de <i>coping</i>, implicações da dor nas actividades de vida, conhecimento acerca da doença, impacto emocional da dor, sintomas associados, descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>- Aprofundar conhecimentos acerca da aplicação da massagem terapêutica a doentes com dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectua com eficácia registos da intervenção efectuada no âmbito da pessoa com dor;</li> <li>- Usa adequadamente os instrumentos de avaliação da dor existentes no serviço;</li> <li>- Identifica a necessidade de aplicação de terapêuticas não-farmacológicas, nomeadamente da massagem terapêutica, na abordagem da pessoa com dor.</li> </ul>	
--	---	--	--

### 3. Unidade de Cuidados Paliativos – HRM

Objectivos específicos	Estratégias	Avaliação	Calenda- Rização
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e compreender o papel do Enfermeiro Perito na equipa dos Cuidados Paliativos do Hospital Residencial do Mar e na sua articulação com a pessoa, família, outros elementos da equipa e os outros serviços;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar no serviço através do reconhecimento do espaço e da constituição da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Identificar os instrumentos e protocolos, normas e escalas usadas na avaliação da dor pelos enfermeiros no serviço;</li> <li>- Consultar os projectos a nível da abordagem da dor nos quais os Enfermeiros se encontram inseridos;</li> <li>- Aprofundar conhecimentos acerca da essência e aplicabilidade da massagem terapêutica no contexto diário dos cuidados de enfermagem como terapia complementar na abordagem da pessoa com dor, em acções paliativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica o papel do Enfermeiro Perito enquanto membro formador e gestor da equipa com vista a evitar práticas dos cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente;</li> <li>- Reconhece os benefícios para a saúde proveniente da aplicação da massagem terapêutica na abordagem da pessoa com dor, demonstrando espírito crítico através da discussão dos resultados obtidos.</li> </ul>	<p>De 18 de Dezembro de 2010 a 9 de Janeiro de 2011</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir competências que permitam gerir a dor da pessoa, tendo em conta a sua singularidade e complexidade, através de medidas não farmacológicas (massagem terapêutica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar o desempenho do enfermeiro Perito no âmbito da pessoa com dor;</li> <li>- Recolher informação pertinente junto do processo clínico, doente e família;</li> <li>- Elaborar a colheita de dados sobre a história de dor através de: exame físico, descrição das características da dor, expressões de dor, factores de alívio e de agravamento, estratégias de <i>coping</i>, implicações da dor nas actividades de vida, conhecimento acerca da doença, impacto emocional da dor, sintomas associados, descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>- Utilizar a folha de colheita de dados da história de dor e do diário de massagem terapêutica para o registo da avaliação e intervenção efectuada;</li> <li>- Observar a aplicação da escala de ESAS e as estratégias adoptadas pelo enfermeiro perito perante os resultados obtidos;</li> <li>- Demonstrar iniciativa, na realização do planeamento da massagem terapêutica e execução da mesma nos doentes ao seu cuidado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usa adequadamente os instrumentos de avaliação da dor existentes no serviço e a escala de ESAS;</li> <li>- Identifica a necessidade de aplicação de terapêuticas não-farmacológicas, nomeadamente da massagem terapêutica, na abordagem da pessoa com dor, em acções paliativas;</li> <li>- Aplica a massagem terapêutica nos doentes a seu cuidado, tendo em conta a avaliação prévia da dor, proferindo os resultados obtidos pós-massagem;</li> <li>- Executa com eficácia os registos da intervenção efectuada no âmbito da pessoa com dor, na folha de colheita de dados da história da dor e no diário de massagem terapêutica, demonstrando conhecimento e fundamentando as suas intervenções;</li> </ul>	
--	--	---	--

	- Aprofundar conhecimentos acerca da aplicação da massagem terapêutica a doentes em acções Paliativas;		
--	--	--	--

#### 4. Cirurgia Torácica – CHLN-HPV

Objectivos específicos	Estratégias	Avaliação	Calenda- Rização
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerir a dor na pessoa com cancro do pulmão através da massagem terapêutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planear acções de intervenção no âmbito do alívio da dor, tendo em conta a fase pré ou pós-operatória;</li> <li>Colaborar com os elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controle da dor, de acordo com os objectivos da pessoa, recorrendo à massagem terapêutica;</li> <li>Elaborar a colheita de dados sobre a história de dor através de: exame físico, descrição das características da dor, expressões de dor, factores de alívio e de agravamento, estratégias de <i>coping</i>, implicações da dor nas actividades de vida, conhecimento acerca da doença, impacto emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usa adequadamente os instrumentos de avaliação da dor existentes no serviço e a escala de ESAS;</li> <li>Identifica a necessidade de aplicação de terapêuticas não-farmacológicas, nomeadamente da massagem terapêutica, na abordagem da pessoa com dor;</li> <li>Elabora plano de intervenção na abordagem da dor de acordo com os objectivos da pessoa, discute-o com o enfermeiro de referência, avalia-o e reformula sempre que necessário;</li> </ul>	De 17 a 21 de Janeiro de 2011

	<p>da dor, sintomas associados, descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar a escala de ESAS (doentes atribuídos -1 a 2doentes/turno);</li> <li>- Intervir junto do doente explicando a importância da massagem terapêutica e orientando o mesmo para uma participação activa;</li> <li>- Gerir recursos materiais/ambiente físico (sala de fisioterapia/enfermaria, marquesa/cama, toalhas, música, creme hidratante);</li> <li>- Executar a massagem terapêutica nos doentes atribuídos por turno (1 a 2 doentes);</li> <li>- Avaliar os benefícios da massagem terapêutica, evolução clínica do doente e o programa de controlo da dor;</li> <li>- Elaborar os registos da avaliação e intervenção efectuada tendo em conta o rigor científico e técnico da intervenção;</li> <li>- Dar continuidade aos cuidados prestados desde o acolhimento até a alta/transferência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica a eficácia dos cuidados prestados recorrendo às escalas de avaliação da dor;</li> <li>- Executa com eficácia os registos da intervenção efectuada no âmbito da pessoa com dor demonstrando conhecimento e fundamentando as suas intervenções;</li> </ul>	
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a equipa de enfermagem para o recurso a terapêuticas não-farmacológicas (massagem terapêutica) na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o projecto de estágio à equipa de enfermagem;</li> <li>- Apresentar o documento realizado sobre a história de dor;</li> <li>- Partilhar os resultados obtidos sobre a intervenção efectuada na abordagem da pessoa com dor nos estágios desenvolvidos;</li> <li>- Realizar acção de sensibilização sobre a massagem terapêutica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motiva a equipa de enfermagem para a aplicação da massagem terapêutica;</li> <li>- Reconhece os benefícios para a saúde proveniente da actuação do enfermeiro na aplicação da massagem terapêutica na abordagem da pessoa com dor, demonstrando espírito crítico através da discussão dos resultados obtidos;</li> </ul>	<p>De 10 a 14 de Janeiro/ de 24 de Janeiro a 4 de Fevereiro de 2011</p>
---	---	---	---

## **ANEXO 8: AVALIAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO**

## **ANEXO 9: COLHEITA DE DADOS**