

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

**Promoção do conforto do doente com dor crónica por
neoplasia do cólon e reto através da massagem
terapêutica**

Laura Margarida Esteves Dias Cavalheiro de Almeida

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente
Enfermagem Oncológica.

Relatório de Estágio

Promoção do conforto do doente com dor crónica por
neoplasia do cólon e reto através da massagem
terapêutica

Laura Margarida Esteves Dias Cavalheiro de Almeida

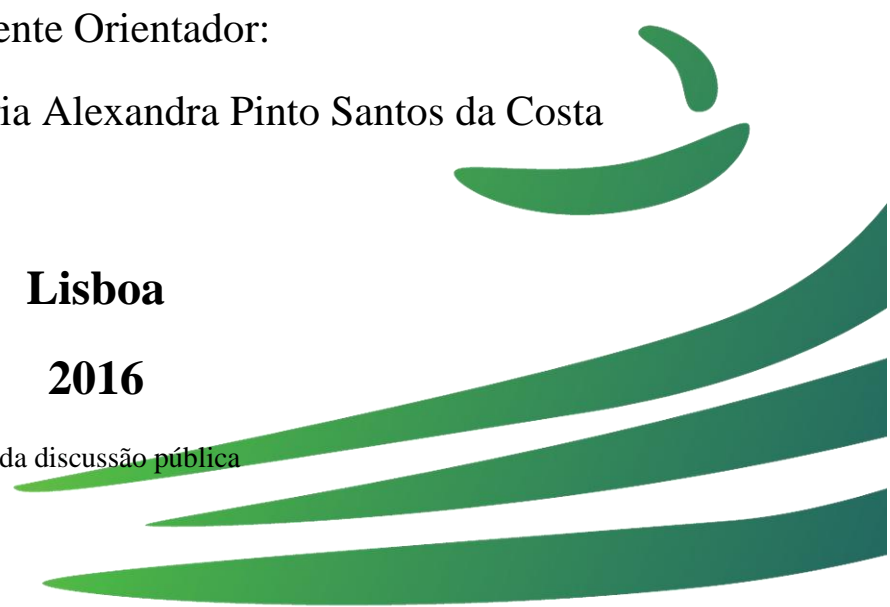
Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



O equipamento mais importante para a massagem
é um par de mãos bem treinadas,
dirigidas por uma mente inteligente.

Wood & Becker - *Massagem de Beard*

AGRADECIMENTOS

À docente orientadora do projeto, Prof.^a Alexandra Pinto Santos, pela sua disponibilidade em acompanhar-me neste percurso.

À enfermeira chefe Licínia Sebastião, pelo apoio, amizade, acompanhamento e aconselhamento dos caminhos a seguir e que acreditou no meu projeto, continuando a motivar a equipa de enfermagem para a prática da massagem terapêutica.

Às enfermeiras orientadoras Ana Raquel Pires, Marta Mandim e Eunice Mergulhão, pelo acompanhamento e apoio dado nos campos de estágio.

Ao meu marido João Leitão, pelas horas passadas juntos ao computador, por estar sempre ao meu lado, pela força e motivação que deu todos os dias, desde a candidatura até à entrega do relatório, não me deixando desistir nos momentos mais difíceis.

A toda a minha família e amigos, pelo tempo que estive ausente, mas que sempre compreenderam o meu esforço.

Aos doentes que participaram no projeto, sem eles nada teria sido possível.

Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APED	– Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
bpm	– Batimentos por minuto
CCR	– Cancro do cólon e reto
CG	– Cirurgia Geral
CIPE	– Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
cpm	– Ciclos por minuto
CT	– Cirurgia Torácica
DGS	– Direção Geral de Saúde
EN	– Escala Numérica
EONS	– <i>European Oncology Nursing Society</i>
ESAS	– <i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>
ESEL	– Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FC	– Frequência Cardíaca
FR	– Frequência Respiratória
IASP	– <i>International Association for the Study of Pain</i>
mmHg	– Milímetros de Mercúrio
OE	– Ordem dos Enfermeiros
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PAINAD	– <i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>
PNDO	– Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
PSOF	– Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
SIECE	– Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
SNC	– Sistema Nervoso Central
SOS	– Situação de Socorro
TA	– Tensão Arterial
UCP	– Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

Atualmente assiste-se a uma crescente incidência do cancro do cólon e reto na população mundial, portuguesa incluída, sendo essencial o desenvolvimento de intervenções eficazes para o tratamento ou alívio dos sintomas vividos por estes doentes nas fases avançadas da doença, sendo a dor um dos mais frequentes. Maioritariamente é uma dor crónica, pelas suas características, que se traduz numa experiência negativa, contínua e persistente que afeta toda a pessoa e o seu conforto, levando-a a uma transformação das suas atividades e qualidade de vida. Daí a importância de se ter uma abordagem da dor holística, que inclua, para além da medicação, medidas não-farmacológicas, como a massagem terapêutica, que pode ser decidida autonomamente pelo enfermeiro como intervenção para o alívio da dor. A massagem terapêutica produz efeitos físicos, psicológicos e mecânicos na pessoa, proporcionando momentos de relaxamento, bem-estar e de conforto. Foi colhido, nas notas diárias de enfermagem das últimas 24 horas, o valor mais elevado da intensidade da dor avaliado por escala numérica, verificando-se que dos 10 doentes com cancro do cólon e reto internados no serviço de Cirurgia Geral e com terapêutica analgésica prescrita, 5 (50 %) tinham dor moderada (3, 4 e 5) e 5 (50%) tinham dor intensa (6, 7 e 8). Estes doentes tomaram a medicação analgésica sem omissões e mantinham-se com dor. Não havia dados sobre o nível de dor que a pessoa pretendia obter com o seu plano terapêutico. Partindo desta problemática, delineou-se um projeto para otimizar a prestação de cuidados da equipa aos doentes com dor crónica de causa oncológica que também permitisse avaliar a eficácia da massagem terapêutica no alívio da dor e na promoção do conforto dos doentes com cancro do cólon e reto. O plano da massagem terapêutica autorizado pelo doente, foi aplicado a 18 doentes oncológicos de 3 diferentes campos de estágio, tendo-se avaliado a intensidade da dor e do conforto através do uso da escala numérica e da ESAS, antes e depois da massagem. Foi também feita uma sondagem de opinião aos doentes sobre a experiência da massagem. Para além da oportunidade de ter desenvolvido competências de especialista e do 2º ciclo de estudos a propósito do trabalho individual e de equipa desenvolvido, verificou-se que a dor em média após a massagem terapêutica é reduzida 2,8 pontos nos doentes com dor crónica por cancro, o conforto sobe em média 3,6 pontos e as pessoas avaliam a experiência da massagem como lhes dando uma sensação de bem-estar e relaxamento.

Palavras-chave: cancro do cólon e reto, dor crónica, conforto, massagem terapêutica.

ABSTRACT

Currently we are seeing a growing incidence of colon cancer and rectum in the world population, including the Portuguese, it's essential to develop effective interventions for the treatment or relief of symptoms experienced by these patients, being the pain one of the most frequent. Mostly it is considered a chronic pain by its characteristics, which translates into a negative experience affecting the physical condition, psychological and comfort of the person, leading to a change in their life activities and quality of life. Therefore the importance of having a holistic approach to pain that includes, in addition to medication, non-pharmacological measures such as massage therapy, which can be decided autonomously by the nurse as an intervention for pain relief. Therapeutic massage produces physical, psychological and mechanical effects on a person, providing moments of relaxation, well-being and comfort. It was identified by analysis of the daily notes nursing the last 24 hours on nursing pain scales that 10 of the patients with cancer of the colon and rectum admitted to the General Surgery Service and prescribed analgesic therapy have a high pain levels, 5 (50%) had moderate pain (3, 4 and 5) and 5 (50%) had severe pain (6, 7 and 8). These patients had taken their dose of pain medication without omissions and kept up with pain. There was no data on the level of pain that the individual wanted to get on with their treatment plan. From this issue we intend to study the effectiveness of therapeutic massage in relieving pain and promoting patient comfort with colon and rectum cancer, outlining a stage project. The plane of massage therapy authorized by the patient, was applied to 18 cancer patients of stage 3 different training courses and evaluated their effects on the intensity of pain and comfort through the use of numerical scale and ESAS before and after the massage. It was also made an opinion poll to patients on the experience of massage. In addition to the opportunity to have developed skills specialist and 2nd cycle of studies on the subject of individual work and developed team, it was found that the pain after the therapeutic massage is reduced 2,8 points in patients with chronic pain cancer, comfort rises on average 3.6 points and they evaluate massage experience as giving a well-being feeling and relaxation.

Keywords: colon cancer and rectum, chronic pain, comfort, therapeutic massage.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. A pessoa com cancro do cólon e reto.....	13
1.2. A dor na pessoa com cancro do cólon e reto.....	17
1.3. A massagem terapêutica no alívio da dor crónica e na promoção do conforto.....	23
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....	33
2.1. Numa Unidade de Cuidados Paliativos de Nível III.....	33
2.2. Num Serviço de Cirurgia Torácica.....	40
2.3. Num Serviço de Cirurgia Geral.....	45
3. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	55
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

Anexo I – Escalas de avaliação da dor e regras de aplicação

Anexo II – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Anexo III – Escada Analgésica da OMS

Anexo IV – Técnicas de massagem terapêutica

Anexo V – Certificado de Formação Profissional de Massagem Terapêutica

Apêndice I – Planificação de atividades para os campos de estágio

Apêndice II – Análise reflexiva de um estudo de situação ocorrido no estágio da Unidade de Cuidados Paliativos

Apêndice III – Visita de observação a uma Unidade da Dor – Projeto Bem-Estar

Apêndice IV – Instrumento de colheita de dados sobre a história de dor

Apêndice V – Planificação da massagem terapêutica

Apêndice VI – Manual das manobras da massagem terapêutica para a região dorsal

Apêndice VII – Reflexão de estudo de situação prática do estágio da Cirurgia Geral

Apêndice VIII – Ação de formação sobre massagem terapêutica

Apêndice IX – Procedimento Sectorial sobre a massagem terapêutica

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Intensidade da dor pré e pós massagem terapêutica numa doente da UCP.....	38
Gráfico 2	- Níveis de dor média pré e pós massagem terapêutica de 5 doentes com dor crónica no Serviço de Cirurgia Torácica.....	43
Gráfico 3	- Níveis de dor média pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.....	46
Gráfico 4	- Valores médios dos sinais vitais pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.....	48
Gráfico 5	- Intensidade média do conforto pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.....	49

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio representa o culminar de um percurso realizado na parte final do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da ESEL. A opção por esta especialização deve-se essencialmente por lidar com doentes oncológicos na minha prática profissional e ter interesse e gosto pessoal por esta área de enfermagem, parecendo-me ser o momento de solidificar as competências obtidas ao longo dos anos e adquirir ou desenvolver outras que me permitam prestar cuidados diferenciados à pessoa com doença oncológica, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem.

O estágio do qual faço agora o relatório organizou-se pela metodologia de trabalho de projeto tendo selecionado o tema “Promoção do conforto do doente com dor crónica por neoplasia do cólon e reto através da massagem terapêutica”. A metodologia de projeto implica identificar uma problemática pertinente e real, pesquisar e aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão e realizar uma análise que permita encontrar respostas, contribuindo para a sua melhoria e desenvolvimento.

Há referências a que, 60 a 90% dos doentes oncológicos experimentam uma dor que afeta constantemente o seu conforto e bem-estar (Ritto, 2005). O enfermeiro, enquanto profissional com maior proximidade e tempo de contato com o doente, desempenha um papel fundamental no controlo da dor através da avaliação da história de dor e da aplicação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Slatyer, Williams & Michael, 2015).

A minha escolha pelas pessoas com cancro do cólon e reto (CCR) deve-se essencialmente à sua incidência atual, quer em Portugal, quer no número de pessoas internadas no serviço onde exerço funções. No levantamento de dados das admissões de 2014 neste serviço apurei que 23% foram de pessoas com CCR, sendo a patologia que ocupa o primeiro lugar dos internamentos. É conhecido que em Portugal, a incidência do CCR tem vindo a aumentar nas últimas 2 décadas, sendo o segundo cancro mais frequente a seguir ao do pulmão (DGS, 2014) e estimando-se ter uma incidência de 71,8 por 100.000 habitantes (PNDO, 2014).

Os doentes com CCR do serviço onde trabalho apresentam níveis de dor intensa (acima de 5), identificados através da análise da Escala Numérica (EN) da dor das notas diárias de enfermagem, mesmo com esquema terapêutico para a dor prescrito. Esta colheita de dados epidemiológicos foi feita a 30 de Outubro de 2014 após ter sido pedida autorização à

chefia do Serviço para consulta dos registos de enfermagem informáticos para diagnóstico da situação. Foram consultadas as notas de enfermagem das últimas 24h de 10 doentes internados com CCR e com dor, tendo-se registado o valor de intensidade da dor mais elevado dessas últimas 24h. Verificou-se que nenhum doente tinha dor de intensidade ligeira (1 e 2), 5 (50%) tinham dor moderada (3 a 5), 5 (50%) tinham dor intensa (6 a 8) e nenhum tinha dor máxima (9 e 10). De assinalar que estes doentes tinham tomado a sua dose de medicação analgésica sem omissões e mantinham-se com dor, desconhecendo-se se estes níveis de dor eram os desejáveis a obter para a pessoa.

O internamento dos doentes com CCR no serviço deve-se maioritariamente a dor não controlada numa fase avançada da doença. Sendo um serviço cirúrgico, a perspetiva médica é a de operar e curar, pelo que a implementação de ações paliativas, nas quais se inclui uma atempada e adequada analgesia aos doentes com dor crónica é difícil de se verificar, o que mantém, contra as boas práticas, o sofrimento e desconforto da pessoa. Há tendência para se dirigirem as medidas para o tratamento de dor aguda, não existindo no serviço um protocolo ou regime terapêutico que sirva de guia para os doentes com dor crónica não controlada. Nem sempre há uma relação entre o estadió da doença e o plano terapêutico, havendo casos em que os doentes estão submedicados ou não têm a medicação adequada ao tipo e à intensidade da dor. Atualmente existem vários regimes analgésicos para o controlo da dor oncológica, estudados e comprovados pela evidência científica, nomeadamente a Escada Analgésica da OMS (1986). Barbosa e Neto (2010), defendem que entre 75 a 85% dos doentes irão sentir alívio da dor usando-se um esquema de terapêutica segundo esta escada analgésica.

Relativamente à equipa de enfermagem constata-se que por vezes a administração da analgesia não é feita da forma mais correta, no sentido em que há tendência para protelar tomas de analgesia quando o doente refere nível 0 de dor na EN, ou na presença de dor mais intensa, antecipa-se a toma da analgesia em esquema, em vez de se oferecer terapêutica em SOS. Estas ações vão contra a boa prática, como referem Barbosa e Neto (2010, p.74), “doses regulares - prescritas a horas fixas - devem ser usadas para controlar e prevenir a dor. Doses de resgate - SOS’S - devem ser adicionadas em episódios de dor intensa que surjam apesar das doses regulares”. A boa prática do controlo da dor crónica refere que “o sucesso da terapêutica medicamentosa da dor oncológica depende muito do rigoroso cumprimento dos princípios da terapia” (Cardoso, 2013, p.21).

Com base na minha experiência profissional e na verificação dos registos de enfermagem também identifiquei que o controlo da dor por parte da equipa de enfermagem do

serviço está muito circunscrito à administração de analgésicos, havendo pouco recurso a medidas não-farmacológicas. Da pesquisa feita nas bases de dados eletrônicas CINAHL Complete, MEDLINE Complete e *Elsevier*, com a palavra *pain, Comfort e massage therapy*, com base na revisão da literatura, reconheci que existem várias intervenções não-farmacológicas que podem aliviar a dor e promover o conforto. A escolha da massagem terapêutica recai no meu interesse pessoal por esta técnica e também porque pude comprovar, ao longo da prática profissional, que uma simples massagem com um creme hidratante proporciona um aumento instantâneo do conforto da pessoa e alivia-lhe a dor, pois, como refere Domenico (2008, p.133) “a massagem tem muitos efeitos mecânicos, fisiológicos e psicológicos a oferecer, e nem pode restar qualquer dúvida de que a massagem tem muitas aplicações terapêuticas”. Como tal, penso que a massagem, se aplicada na prática diária da equipa de enfermagem de forma correta, planeada, sistemática e intencional, pode ter um papel preponderante no alívio da dor e no aumento do conforto da pessoa com dor crónica (Adams, White & Beckett 2012; Cassileth & Vickers, 2004).

A dor influencia o estado de conforto da pessoa, no sentido em que o controlo ou ausência de dor é considerado sinónimo de conforto, enquanto a presença e sensação de dor induz um estado de desconforto (Slatyer, Williams & Michael, 2015; Bidarra, 2010; Cardoso, 2003). Também Kolcaba (2003) refere que o alívio da dor é por si só um conforto, conseguindo-se esse alívio, direcionando os cuidados de enfermagem para intervenções do âmbito físico, psicoespiritual, social e ambiental. A teoria do conforto de Kolcaba (2003) sustenta que em situações stressantes ou de desconforto, as necessidades de conforto têm de ser satisfeitas pelo enfermeiro, por exemplo, através de uma massagem (Dowd, 2004).

Ao longo da execução do projeto, baseei-me no pensamento de Katherine Kolcaba para a orientação da minha prática, visto identificar-me com este modelo teórico, onde a Enfermagem é descrita como um processo de avaliação das necessidades humanas básicas da pessoa, de forma a desenvolver e implementar intervenções de enfermagem adequadas à promoção do seu conforto.

O desejo de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de mestre, levou-me a questionar qual o caminho a seguir, formulando as seguintes questões de partida: Será que a massagem terapêutica proporciona alívio da dor crónica? De que forma contribui para o aumento do conforto da pessoa com CCR? O que pensam os doentes do uso da massagem terapêutica? Foram estas questões que me deram o impulso para o desenvolvimento do projeto.

Partindo destas interrogações e indo ao encontro do meu interesse pessoal, do meu papel enquanto enfermeira, mas também das necessidades dos doentes e da equipa, considerei pertinente pesquisar sobre os efeitos da massagem terapêutica no alívio da dor e promover o conforto na pessoa com dor crónica por CCR.

Estabeleci como finalidade do projeto, melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com dor por CCR, otimizando a intervenção da própria e da equipa de enfermagem, particularmente introduzindo de forma regular e sistemática a massagem terapêutica como estratégia não-farmacológica no alívio da dor e aumento do conforto. Considero este projeto fulcral para a enfermagem pois fomenta a autonomia do enfermeiro, desenvolve novas competências e providência bases teóricas sólidas para a sua intervenção independente, conferindo maior credibilidade e reconhecimento à profissão.

Para isso, tive oportunidade de realizar 3 estágios descritos posteriormente, que me permitiram desenvolver competências, não só técnicas, especialmente no domínio da massagem terapêutica e da verificação dos seus efeitos na dor e conforto da pessoa, como também científicas e comunicacionais. Neste percurso fui tomando decisões baseadas numa cuidada avaliação da dor crónica dos doentes oncológicos e em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assumindo a diretiva de Benner (2001), de desenvolver práticas de excelência no cuidar em enfermagem.

Delineei para o presente relatório de estágio os seguintes objetivos gerais: conhecer a relação entre a dor do doente com CCR e o conforto definido por Kolcaba; identificar a importância atribuída pela pessoa com CCR à massagem terapêutica usada na abordagem da sua dor crónica; identificar as implicações do projeto na prática dos cuidados de enfermagem da equipa onde exerço funções.

O relatório encontra-se organizado por 5 capítulos, sendo o primeiro a introdução, onde se fundamenta a escolha e pertinência do problema. O enquadramento teórico, como segundo capítulo, concetualiza a promoção do conforto da pessoa com dor por CCR e a massagem terapêutica identificando-se o estado da arte relativo a esta intervenção. A implementação do projeto em que se relatam as atividades desenvolvidas nos estágios e se identificam as competências de enfermeiro especialista e de mestre adquiridas e aprofundadas, é apresentada no terceiro capítulo. No quarto capítulo está presente a avaliação do projeto, expondo os pontos fortes, as limitações encontradas e a sua implicação para a prática dos cuidados de enfermagem. No último capítulo encontra-se a conclusão, incluindo nela as minhas perspetivas futuras como enfermeira especialista e mestre.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Após ter formulado as questões de partida defini alguns conceitos, de forma credível e estruturada, que foram o alicerce no desenvolvimento do projeto, por os considerar fundamentais e pertinentes: a pessoa com CCR, a dor crónica na pessoa com esta patologia e o alívio da dor e promoção do conforto pela massagem terapêutica.

1.1. A pessoa com cancro do cólon e reto

A incidência do CCR tem vindo a aumentar nas últimas décadas, e Portugal não foge a esta tendência. Em cada 3,5 minutos é feito este diagnóstico a uma pessoa e morre uma a cada 9 minutos, conhecendo-se que em Portugal a incidência é superior no sexo masculino do que no feminino, respetivamente de 36.0/100.000 habitantes e 21.1/100.000 habitantes (Benson, 2007), e que em 2014 ocorreram 3760 óbitos em Portugal causados por esta doença, mantendo-se como a segunda causa de morte oncológica (PNDO, 2015). Em Portugal, a mortalidade por CCR tem vindo gradualmente a aumentar, desde a década de 80, a uma taxa média anual superior a 4%, não havendo nos dados mais recentes indícios de interrupção desta tendência, o que se constitui como um problema major de saúde pública (DGS, 2015).

O CCR é um tumor maligno que tem origem nas células do revestimento epitelial da mucosa do intestino grosso. As células epiteliais que formam esse revestimento, no seu estado normal, crescem e dividem-se em novas células, mantendo a regeneração celular necessária ao organismo (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, 2015). Quando as células perdem o mecanismo de controlo da regeneração celular, produzem células desnecessárias de forma descontrolada que sofrem alterações no seu genoma e tornam-se células cancerígenas (Phipps, Sands & Marek, 2003). A carcinogénese do CCR requer a ocorrência de múltiplas alterações genéticas numa célula previamente normal, como a formação de sucessivos clones, sendo necessários 6 a 10 eventos clonais para se alcançar o fenótipo maligno final, que posteriormente pode ter a capacidade de proliferar como metástase (Sá, 2008).

A instabilidade genómica tem 2 categorias principais, sendo a mais comum a instabilidade cromossómica ¹, em que há acumulação de anormalidades cromossómicas

¹ Neste processo, a lesão que é identificada mais precocemente é a cripta aberrante displásica, uma lesão microscópica da mucosa que antecede o aparecimento da alteração macroscópica – o polipo ou adenoma, que ao ser influenciado pelos fatores ambientais e genéticos (mutações), sofre uma transformação gradual, levando a que a lesão benigna inicial evolua para doença maligna invasiva, o CCR (Smith et al., 2002).

estruturais e numéricas. Cerca de 70-85% dos CCR desenvolvem-se através da via da instabilidade cromossómica (Sá, 2008 citando Grady, 2004). O crescimento dos polipos é lento e estima-se que o tempo de latência para que um polipo se transforme em cancro maligno varie entre 5 a 10 anos, o que proporciona uma oportunidade para a sua deteção e remoção precoce, impedindo a transformação em neoplasia maligna (Pinto, 2012). Como tal, a morbilidade e mortalidade associadas ao CCR poderiam ser potencialmente diminuídas através de medidas de prevenção primária, uma vez que o processo de oncogénese é relativamente longo e a presença de lesões displásicas prévias mostra que esta neoplasia é suscetível de ser rastreada e prevenida, podendo ter um bom prognóstico se diagnosticada em fase inicial (American Cancer Society, 2013).

Na maioria dos casos, os sinais e sintomas surgem numa fase avançada e dependem da localização e tamanho do tumor, sendo os mais comuns, as perdas hemáticas nas fezes (hematoquésias ou melenas), alteração do funcionamento habitual do intestino (diarreia ou obstipação), fadiga, emagrecimento súbito, anorexia, dor ou desconforto abdominal (Pinto, 2012). Numa fase muito avançada e se o tumor tem dimensões volumosas pode provocar uma obstrução intestinal e atingir a oclusão completa, ocorrendo dor e distensão abdominal, náuseas e vómitos que podem ser fecalóides (American Cancer Society, 2013).

Existe um conjunto de fatores que estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento do CCR, como determinados hábitos alimentares, fatores hereditários, história familiar de neoplasia ou polipose adenomatosa familiar, fatores ambientais e associados ao estilo de vida - como o tabagismo e sedentarismo - e a presença de doenças intestinais - polipose ou doenças inflamatórias do cólon (Mayer et al., 2008). A idade é também um fator de risco identificado, pois é principalmente a partir dos 50 anos que se verifica a maioria dos diagnósticos do CCR (Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, 2015). Existe uma clara relação entre a obesidade, o excesso de consumo de álcool e os maus hábitos alimentares com o risco de desenvolvimento do CCR, tendo a dieta mediterrânica, que se caracteriza por um baixo consumo de carne vermelha e gordura animal e um elevado consumo de gordura vegetal (azeite), peixe, vegetais, frutas e fibras, um papel importante na prevenção do CCR (Sá, 2008).

O tabagismo, devido às substâncias carcinogénicas conduzidas pela corrente sanguínea aumenta o risco de adenomas no cólon, enquanto o sedentarismo contribui para a obesidade e obstipação, levando ao prolongamento do tempo de contacto dos produtos carcinogénicos com a mucosa intestinal (American Cancer Society, 2013).

A necessidade de investir na prevenção primária, na prevenção secundária e no diagnóstico precoce da doença, torna-se fundamental para a redução da incidência e mortalidade do CCR (DGS, 2014). A prevenção primária do CCR baseia-se na identificação dos fatores de risco que possibilitam uma atitude interventiva sobre eles e o empreendimento de medidas de educação para a saúde (ensinos) junto da população em geral para combater, de forma sistemática, os fatores suscetíveis de serem alterados ou melhorados, como os maus hábitos alimentares, a obesidade, o alcoolismo, o tabagismo e o sedentarismo (Soares, 2014). A prevenção secundária do CCR passa pela estruturação e implementação de programas de rastreio de fácil acesso a todos os cidadãos, que podem ser divididos em 2 grupos de população: a população em geral ou grupo de baixo risco e a população de risco, com história familiar de CCR ou história pessoal de polipose ou de doença inflamatória do intestino (Leslie & Steele, 2002). Diversas instituições como a American Cancer Society e o American College of Gastroenterology, sugerem para o rastreio na população de baixo risco, a PSOF anual a partir dos 50 anos, e/ou os exames endoscópicos do cólon e reto, como a reto-sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos e a colonoscopia a cada 10 anos. O toque rectal deve ser considerado em pessoas com mais de 40 anos (Mayer et al., 2008).

A DGS (2014) recomenda a realização de colonoscopia para os utentes com sintomas sugestivos de existência de patologia do cólon, enquanto os utentes com fatores de risco marcados, predisposição genética e história familiar de CCR devem ser vigiados com exames de rastreio, como a sigmoidoscopia flexível ou a colonoscopia, habitualmente com uma periodicidade anual ou a cada 2 anos, conforme a caracterização do risco. A colonoscopia pode ser também terapêutica, caso seja realizada polipectomia, sendo o exame de diagnóstico de primeira linha nesta patologia (Lewis, Flynn, Melville, Eastwood & Booth, 2004).

Uma vez diagnosticado o CCR, é necessário avaliar o seu estadiamento (extensão da neoplasia, localmente e à distância), para possibilitar uma orientação terapêutica (Phipps, Sands & Marek, 2003). Segundo a American Joint Committee on Cancer, o sistema *tumour-node-metastasis*² (TNM) é o mais utilizado para o estadiamento do CCR. As metástases do CCR desenvolvem-se no fígado - em 1/3 dos doentes - nos pulmões, peritoneu e gânglios intra-abdominais (Wolpin & Mayer, 2008).

² Sistema TNM: o “T” é a profundidade de penetração do tumor primário na parede do cólon/reto, “N” o envolvimento de gânglios linfáticos locais e “M” a presença de metástases. Este sistema permite avaliar o estado de envolvimento das estruturas, localmente e à distância, existindo níveis de caracterização. O estadio I define um tumor que invade apenas a submucosa ou a camada muscular própria. No estadio II, o tumor penetra na sua mucosa e perfura o peritoneu visceral ou invade diretamente outros órgãos ou estruturas adjacentes, mas sem atingir gânglios. No estadio III ocorre envolvimento de gânglios locais. O estadio IV caracteriza-se pela existência de metástases à distância (Schwartz, Blanke & Pesko, 2004).

O tratamento do CCR depende do estadió da doença. Apesar do prognóstico depender da invasão da parede intestinal, do envolvimento ganglionar local e da metastização, o estadiamento final da neoplasia e a escolha do tratamento mais adequado só é conseguido após a cirurgia com biópsia, e a avaliação histopatológica das massas removidas (Mayer et al., 2008). As 3 principais modalidades de tratamento do CCR são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, por vezes usadas em conjunto.

Existem diferenças no tratamento aplicado no cancro do cólon e no do reto (Sá, 2008 citando Engstrom et al., 2008). A cirurgia é o tratamento chave do CCR pois permite a remoção do tumor primário e a realização de linfadenectomia regional, independentemente da sua localização. A presença de metástases hepáticas pode influenciar a cirurgia em si ³ (Van der Voort van Zijp, Hoekstra & Basson, 2008). Os doentes com CCR localizado e metástases hepáticas ressecáveis, deverão ser submetidos a cirurgia com intenção curativa ao tumor primário e às metástases. Se o tumor e metástases são irressecáveis, a cirurgia é realizada de forma paliativa para aliviar a sintomatologia e evitar complicações, como a obstrução e a perfuração intestinal, sendo seguida de quimioterapia para o controlo das metástases. Nesta fase, o principal objetivo é melhorar a qualidade de vida do doente através do controlo da dor (Pinto, 2010 citando Scheer et al., 2008). A cirurgia paliativa baseia-se na ressecção segmentar do cólon ou reto com colocação ou não de colostomia, na realização de um *bypass* do cólon ou na colocação de *stents* (Sá, 2008 citando Engstrom et al., 2008).

Nos doentes com cancro do cólon, o tratamento com quimioterapia é indicado quando há metástases, para reduzir as lesões e aliviar os sintomas. A quimioterapia peri-operatória pode ser usada nos doentes com metástases hepáticas ressecáveis para facilitar cirurgias menos radicais e tratar micrometástases (Oliveira, 2011 citando Gallagher et al., 2009).

No cancro do reto, a radioterapia é o tratamento mais utilizado, sendo muitas vezes usada como neoadjuvante (Kosmider, 2007). Quando efetuada no pré-operatório diminui recidivas locais, podendo ser usada com 2 finalidades: otimizar a ressecção do tumor quando irressecável e em tumores ressecáveis para diminuir a recidiva local. A radioterapia está indicada apenas para o cancro do reto, enquanto a quimioterapia constitui o tratamento major do cancro do cólon ressecável ou irressecável, sendo que neste último caso a quimioterapia é unicamente paliativa (Leslie & Steele, 2002).

³ No caso de as metástases serem possíveis de ser ressecáveis procede-se também à hepatectomia parcial. Se as metástases hepáticas são consideradas irressecáveis, pelo grande tamanho e número, pela má localização ou pela evidência de metastização extra-hepática, a ablação por radiofrequência pode ser uma técnica complementar à cirurgia e quimioterapia (Van der Voort van Zijp, Hoekstra & Basson, 2008).

1.2. A dor na pessoa com cancro do cólon e reto

A dor define-se como uma experiência, sensorial e emocional, desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial (IASP, 2002). É experimentada por todas as pessoas, mas o modo de lidar com ela é diferente de pessoa para pessoa, e só quem a experimenta é que a pode descrever ou avaliar. Logo, é um fenómeno absolutamente subjetivo e complexo pois cada pessoa sente a dor à sua maneira, sendo a sua perceção moldada pela personalidade, vivências, crenças e contexto social (Cardoso, 2013).

Atualmente reconhece-se que a dor não é uma mera sensação biológica mas é multidimensional, ou seja, é um fenómeno complexo, íntimo e pessoal que envolve emoções, sentimentos e altera os papéis familiares e sociais da pessoa, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial (APED, 2013), pois é influenciada por fatores como: formação cultural, expectativa de dor, experiência prévia de dor, contexto em que ocorre e depende das respostas emocionais e cognitivas (Vasconcelos, 2006).

Realizando uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Elsevier com o descritor “dor”, só na última década existem 463.021 registos, mostrando a relevância que tem na investigação dos profissionais de saúde e no cuidar do doente.

A Sociedade Americana de Dor (2015) identificou a dor como o 5º sinal vital atribuindo-lhe importância idêntica à da pulsação, tensão arterial, respiração e temperatura, o que Portugal também reconhece através da Circular Normativa da DGS (2003) “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor”, passando a sua avaliação a ser considerada critério de qualidade dos cuidados para além de lhe dar visibilidade.

O mecanismo da dor tem 4 componentes: a nociceção, que deteta o estímulo ou a lesão; a perceção, ativada por um estímulo externo ou diretamente do SNC; o comportamento, o que a pessoa faz ou não faz com a dor; e o sofrimento, é a resposta negativa induzida pela dor, podendo levar ao medo, ansiedade, *stress* e outros estados psicológicos (Tavares, 2006).

As várias teorias sobre a fisiopatologia da dor não são totalmente consensuais no que respeita ao funcionamento das vias nociceptivas (devido à sua complexidade), mas atualmente, sabe-se que a lesão tecidual ou estímulo que possa lesar, ativa os nociceptores que constituem terminações nervosas⁴ (Sapeta, 2000).

⁴ Os nociceptores, recetores específicos da dor, são sensíveis a lesões ou estímulos (mecânicos, físicos, térmicos ou químicos) podendo produzir dor, e estão inseridos na pele, tecido subcutâneo, músculos, articulações e paredes de órgãos internos (Sapeta, 2000).

A teoria do controlo do portão da dor de Melzack e Wall integra respostas fisiológicas e psicológicas na sua definição de dor, argumentando que a medula espinhal tem um mecanismo de “portão” que inibe ou promove a transmissão de impulsos dos nervos periféricos para o SNC, que ocorre através de mediadores químicos de transmissão (neurotransmissores). A condução rápida dos sinais da dor pelas fibras finas permite a abertura do “portão” da nociceção, a condução lenta pelas fibras de grande diâmetro, fecha o “portão” da nociceção, bloqueando a transmissão da dor. A possibilidade de a dor ser inibida ou transmitida depende dos diâmetros das fibras periféricas e de influências descendentes vindas do cérebro. Segundo a teoria do portão, os fatores somáticos ou psicogénicos intensificam ou moderam a perceção da dor, ou seja, a dor não é apenas uma experiência sensorial mas sim uma integração completa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas (Vasconcelos, 2006). Esta teoria permite compreender as medidas de alívio da dor, pois sugere que os estímulos da dor podem ser regulados ou até bloqueados por mecanismos de portão ao longo do sistema nervoso, sendo que os estímulos dolorosos são transmitidos quando o “portão” está aberto e inibidos quando está fechado. Deste modo, fechar o “portão” é a base de alívio para as terapias de controlo da dor (Potter & Perry, 2006). O efeito das técnicas não-farmacológicas, como o produzido pela massagem, estimula de forma direta ou reflexa as fibras de grande diâmetro, verificando-se o fecho do “portão”, o que reduz o estímulo de dor transportado pelos nociceptores até ao cérebro, inibindo assim a transmissão da mensagem de dor (Phipps, Sands & Marek, 2003).

A dor deve ser classificada tendo em conta a fisiopatologia e a temporalidade (Sakata & Issy, 2008). A configuração que ela manifesta vai influenciar o tipo de tratamento a realizar (Cardoso, 2013).

Quanto à fisiopatologia, a dor pode ser nociceptiva, neuropática e psicogénica (IASP, 2002). A dor nociceptiva resulta da estimulação direta e ativação dos nociceptores cutâneos e profundos, com transmissão do estímulo através das vias fisiológicas da dor, é devida a uma lesão tecidual contínua, estando o SNC íntegro (IASP, 2002). Esta dor pode ser somática, sendo bem localizada e sentida como uma pontada (com origem na pele, tecidos, músculos, articulações ou ossos) ou visceral, por uma compressão ou distensão de órgãos internos, provocando uma dor mal localizada e profunda (Sakata & Issy, 2008). A dor psicogénica é uma dor sem lesão tecidual ativa e para a qual não se encontra uma base física, sendo resultado de uma alteração do processamento da dor no SNC (Bidarra, 2010). A dor neuropática tem compromisso neurológico e resulta da disfunção ou lesão do SNC e/ou

periférico, ou seja, ocorre lesão das vias nociceptivas ascendentes e descendentes que reagem anormalmente aos estímulos, surgindo dor que se acompanha de uma alteração da sensibilidade na região afetada (Jones et al., 2015). Para além de puramente subjetiva, a dor neuropática não é fácil de ser descrita nem medida, podendo ser crónica ou aguda, estar ou não dependente do sistema nervoso simpático e ter várias etiologias, como o cancro, espasmos, isquémia ou traumatismos (Sakata & Issy, 2008). A maioria dos doentes com CCR são afetados por este tipo de dor. Num estudo realizado por Jones et al. (2015) entre Março 2006 e Março de 2009, com o objetivo de verificar qual a patologia em que os doentes são mais afetados pela dor neuropática, foi utilizada uma amostra de 3106 doentes oncológicos com este tipo de dor em que 718 tinham CCR, 1544 cancro da mama, 524 do pulmão e 320 da próstata, concluindo-se que os doentes que mais sofrem por dor neuropática são os com CCR (95% dos 718 doentes) devido à compressão visceral provocada pelo tumor.

Quanto à temporalidade a dor pode ser classificada como aguda e crónica. A dor aguda caracteriza-se por um aparecimento repentino, por ter uma duração finita, indicar uma espécie de sinal de alerta do organismo, ser mais previsível, ter um tratamento mais efetivo e ser compreendida pelo doente (IASP, 2002). É uma dor pontual, proveniente de traumas ou patologias e de duração inferior a 6 meses (DGS, 2008). A dor crónica perdura no tempo, tendo uma duração superior a 6 meses, de início gradual e imprevisível, com intensidade variável ou constante que nem sempre é possível aliviar totalmente e geralmente a sua causa é de difícil remoção (IASP, 2002). Frequentemente sem localização específica, é por vezes interpretada como uma doença em vez de um sintoma, pois a dor crónica não é um prolongamento da dor aguda, uma vez que o estímulo nociceptivo repete-se, conduzindo a uma multiplicidade de mudanças no SNC (Mirchandani, Saleeb & Sinatra, 2011). É influenciada pela experiência de vida e engloba mais do que o dano tecidual ou inaptidão física (Catalano & Hardin, 2004). Esta dor é debilitante, acabando por condicionar a qualidade de vida da pessoa, tendo repercussões a nível físico, emocional e psíquico (D'Arcy, 2011). O sofrimento e as limitações diárias que a dor crónica acarreta, chegam a ser desoladoras para os doentes, afetando o seu conforto e bem-estar, pelo que a pessoa com dor crónica centra-se maioritariamente na experiência da dor, desenvolvendo sentimentos de impotência e desespero, o que leva a uma diminuição dos interesses pessoais e ao isolamento social (Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

A dor crónica é um dos sintomas mais frequentes nas pessoas com cancro, senão mesmo o mais comum (Duineveld et al., 2016; Walling et al., 2016), sabendo-se que na fase

inicial da doença, 10 a 15% das pessoas referem dor, enquanto que em fases avançadas, esta incidência aumenta para 60 a 90% (Ritto, 2005). No CCR, sendo diagnosticado habitualmente numa fase avançada, há grande probabilidade da pessoa sentir uma dor abdominal, crónica, atribuída à compressão efetuada diretamente pelo tumor nos tecidos envolventes e à presença de metástases (Buchnan, Geerling & Davies, 2014; Walling et al., 2016).

A dor oncológica deve ser compreendida numa perspetiva global, sob o efeito de várias influências: somáticas, psíquicas, sociais e culturais. O doente oncológico pode passar por diferentes formas de dor como: dor física, dor emocional (isolamento, solidão, medo, ansiedade, depressão), dor espiritual (sentimento de vazio, culpabilização, incapacidade de comunicar, de receber ajuda) e dor social (crise de laços familiares, ruturas ou tensões, problemas financeiros e profissionais) (Sapeta, 2000).

Como tal, e sendo a dor crónica uma experiência que envolve componentes sensoriais, afetivos e comportamentais, requer uma abordagem de tratamento holístico e multidisciplinar e um envolvimento acrescido por parte dos enfermeiros na sua avaliação e controlo. O controlo e tratamento da dor é um dever dos enfermeiros e, em simultâneo, um direito de quem a sente, uma vez que quando a dor não está controlada, os doentes vivem centrados nessa dor (Valadas, 2003).

A DGS (2003) determina que a dor seja sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada através do uso de escalas de validação internacional, como a escala numérica, escala visual analógica, escala quantitativa e escala de faces (Anexo I). Qualquer um destes instrumentos pode ser utilizado dependendo da pessoa, da sua situação clínica e cognitiva e da sua compreensão face aos mesmos, sendo necessário respeitar algumas regras para a sua correta aplicação (Anexo I).

As escalas acima referidas são as preconizadas pela DGS (2008), sendo de fácil compreensão, uso e eficácia na identificação da intensidade da dor pelo doente. Existem também vários instrumentos ajustados e adaptados aos diferentes tipos de dor e ao estado cognitivo dos doentes, como a escala DOLOPLUS (adaptada à dor crónica) e a escala PAINAD (doentes com demência). No entanto, com a evolução da ciência e medicina, vários instrumentos têm sido desenvolvidos por investigadores mundiais para avaliar a dor, isoladamente ou não, em populações específicas.

As escalas que serviram de suporte para o projeto foram a EN e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). A opção pela ESAS (Anexo II) deve-se por ser usada em doentes oncológicos ou em fase de cuidados de suporte (paliativos), onde se enquadram os

doentes do presente projeto. É uma escala desenvolvida para avaliar 9 sintomas comuns nestes doentes: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, falta de apetite, sensação de mal-estar e dispneia (Bruera, Kuehn, Miler, Selmsler & Macmilan, 1991). Esta escala termina com um item em aberto para outro sintoma, que poderá ser acrescentado de acordo com as necessidades do doente. Cada sintoma tem uma escala numérica entre 0 a 10, sendo 0 a ausência do sintoma e 10 a presença do sintoma na sua intensidade máxima. A ESAS permite medições quantitativas sobre a intensidade dos sintomas pelo próprio doente (autoavaliação), que se devem adequar ao plano de cuidados individualizado. Deve ser aplicada diariamente e sempre que necessário, para se analisar a eficácia dos cuidados (Monteiro, 2012).

A OE (2008) descreve os princípios da avaliação e controlo da dor, que resumidamente expomos: acreditar nas queixas do doente e valorizar as suas informações; avaliar a intensidade da dor com recurso a instrumentos de avaliação próprios e de forma sistemática (pelo menos uma vez por turno); caracterizar a dor quanto à qualidade, localização, frequência, repercussões no estado psicológico e nas atividades de vida; realizar a história de dor e o exame físico do doente; explicitar ao doente o plano terapêutico a seguir; implicar a família/cuidador nesse plano; e rever, ajustar e avaliar periodicamente a eficácia do plano terapêutico.

A avaliação da dor compreende a realização da história de dor e do exame físico do doente. Para uma completa história de dor, além da descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência), deve-se obter informação sobre as formas habituais de comunicar e expressar a dor, os fatores de alívio e de agravamento, as estratégias de *coping*, as implicações nas atividades de vida, no estado emocional, espiritual e socioeconómico, o conhecimento do doente acerca da doença e da dor e suas expectativas, os sintomas associados, o efeito da terapêutica farmacológica e se há uso de medidas não-farmacológicas (OE, 2008). O exame físico consiste em realizar uma observação objetiva do doente para identificar sinais associados à presença de dor, como a expressão facial, os movimentos corporais, a defesa ou contração de determinado local, os gemidos, o choro, entre outras (DGS, 2010). A avaliação da dor permite uma atuação mais eficaz do seu alívio pelo desenvolvimento de estratégias de tratamento apropriadas (DGS, 2008), possibilitando também controlar a eficácia do tratamento delineado (Bidarra, 2010).

O objetivo do controlo da dor, para além do seu tratamento, é a melhoria do conforto, da capacidade funcional e da qualidade de vida da pessoa, devendo-se utilizar intervenções

farmacológicas e não-farmacológicas (DGS, 2010). A OMS elaborou um regime farmacológico baseado na intensidade da dor conhecido como escada analgésica da OMS (Anexo III).

As intervenções não-farmacológicas devem integrar o plano de cuidados dos doentes com dor crónica porque, embora produzam um alívio de curta duração, têm poucos ou nenhuns efeitos adversos e em combinação com analgésicos têm a vantagem de potenciar a sua ação, o que permite maior efeito terapêutico global e a redução das dosagens dos medicamentos, trazendo consequentes vantagens, como a diminuição de efeitos secundários e interações medicamentosas e menos custos (DGS, 2010).

As intervenções não-farmacológicas baseiam-se em processos mecânicos, térmicos e elétricos, sendo mais eficientes se aplicadas de forma continuada (Binoche & Martineau, 2006). Estas intervenções podem dividir-se em 3 tipos: físicas, suporte emocional e cognitivo-comportamentais (OE, 2008). As físicas, como a aplicação de frio ou de calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica-transcutânea têm como objetivo promover o relaxamento muscular, diminuir a inflamação e a tensão muscular, aliviar a dor com restabelecimento da postura, ser profilática de futuras dores, libertar substâncias analgésicas endógenas (de alívio da dor) e promover a mobilidade física (OE, 2008). As de suporte emocional permitem promover o apoio e a segurança através do contacto com a pele, fomentar o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor ou outros sintomas que trazem desconforto, sendo exemplo deste grupo o toque terapêutico. As cognitivo-comportamentais, como o relaxamento com imaginação, a terapia cognitiva e comportamental, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de *coping* e técnicas de distração (leitura, música), têm como finalidade ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, aumentar a sensação de controlo da dor, gerar pensamentos positivos, ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar ou gerir a dor e o *stress*, aumentar o foco nas sensações de bem-estar e diminuir a atenção prestada à dor (OE, 2008).

1.3. A massagem terapêutica no alívio da dor crônica e na promoção do conforto

Segundo a OE (2008), a prestação de cuidados de enfermagem engloba 2 tipos de intervenções: autônomas e interdependentes, sendo as primeiras da exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, pois este assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. A massagem terapêutica é uma técnica não-farmacológica que está incluída nas intervenções autônomas do enfermeiro. O enfermeiro tem o dever e a responsabilidade de incluir no planejamento dos cuidados medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, considerando as preferências da pessoa, o seu estado clínico e a evidência científica disponível (Potter & Perry, 2006).

A massagem terapêutica consiste num conjunto de técnicas ou movimentos manuais que se caracterizam pela manipulação, tanto da pele, como dos tecidos moles, aplicada com finalidades terapêuticas (Fritz, 2002). A massagem é um tipo de toque que vai para além da pele, pois interfere nos músculos e órgãos profundos, ajudando-nos a tomar consciência da nossa corporalidade⁵ (Roxo, 2008).

Os enfermeiros têm o privilégio de poder desenvolver um contacto íntimo e próximo com os doentes, utilizando o toque e o poder das mãos como um instrumento dos cuidados, pois a evidência científica mostra que o toque desenvolvido durante uma massagem tem efeitos no estado físico e psíquico da pessoa⁶ (Roxo, 2008).

Conhece-se o efeito da massagem na libertação de substâncias químicas que oferecem uma sensação de bem-estar físico e psíquico e contribuem para a manutenção ou recuperação do equilíbrio do organismo (Domenico, 2008; Fritz, 2002). Tem uma ação multidimensional ao estimular vários sistemas, como o tegumentar, muscular, ósseo, respiratório, circulatório e neuro-hormonal (Adams, White & Beckett, 2012).

Uma massagem terapêutica é constituída por várias manobras que devem progredir sequencialmente dos movimentos de deslizamento ou *effleurage*, às manobras de pressão ou *pétrissage*, seguindo-se para as manobras de percussão, de vibração e fricções profundas, terminando nos movimentos passivos de relaxamento (Fritz, 2002). Cada manobra tem a sua técnica, efeitos e indicações terapêuticas (Anexo IV).

⁵ O toque é considerado uma necessidade fundamental que deve ser satisfeita (Roxo, 2008; Russel, Sumier, Beinhorm & Frenkel, 2008; Kvale & Bondevik, 2010).

⁶ O toque proporciona boas sensações ao doente e permite a transmissão de sentimentos profundos, a escuta ativa do outro, uma relação de respeito e uma forma de comunicação momentânea e autêntica (Roxo, 2008).

Massajar a região dorsal reveste-se de grande utilidade quer para promover o relaxamento e o conforto, quer para aliviar a dor existente, pois é nesta região e nos músculos que aí se inserem, onde se acumula a maioria do *stress*. Sendo uma área do corpo extensa, permite um maior contato das mãos do enfermeiro com a pele do doente, potenciando-se os seus efeitos (Cassar, 2001). Shen (1999) defende que a massagem dorsal pode aliviar a dor e o desconforto abdominal, sendo por estas razões que no projeto se optou pela aplicação da massagem terapêutica na região dorsal.

Os efeitos da massagem terapêutica dividem-se em 3 grupos: mecânicos, fisiológicos e psicológicos. Os efeitos mecânicos são provocados pela pressão mecânica aplicada diretamente sobre a pele e tecidos, propiciando o movimento dos fluidos, como o sangue, linfa, secreções pulmonares, edema, conteúdo intestinal, mas também a mobilização de fibras musculares, tendões, ligamentos e articulações (Fritz, 2002).

Os efeitos fisiológicos baseiam-se na resposta que o organismo tem aos estímulos mecânicos da massagem, sendo os mais importantes o alívio da dor, a estimulação da circulação sanguínea e linfática, o aumento do fluxo de nutrientes, a estimulação do processo de cicatrização e da atividade muscular, a diminuição de edemas, o aumento da extensibilidade e da amplitude articular, o impedimento da formação de aderências, a estimulação de funções viscerais (eliminação de secreções pulmonares, aumento do peristaltismo) e a promoção do relaxamento (Fritz, 2002). O efeito analgésico da massagem explica-se por 3 mecanismos neurofisiológicos: local, loco-regional e central (Pinheiro, 2008). Localmente a massagem aumenta a circulação sanguínea e linfática, promovendo a remoção ou eliminação de mediadores químicos da dor presentes na região de uma área lesada (Fritz, 2002). A nível loco-regional a massagem ativa os diversos recetores sensitivos presentes nos tecidos estimulando as fibras de grande diâmetro responsáveis pelo fecho do “portão”, proporcionando um bloqueio medular da dor (Domenico, 2008). A nível central a massagem estimula o sistema opióide endógeno com libertação de encefalinas circulantes o que justifica a sensação de bem-estar (Pinheiro, 2008). Estes são os fundamentos “científicos para o uso da massagem como medida terapêutica no alívio da dor” (Domenico, 2008, p.121).

O conhecimento científico sobre os mecanismos que sustentam a ação analgésica da massagem continua em evolução, podendo a perceção da dor ser alterada através de mecanismos puramente fisiológicos ou pela afetação do estado emocional da pessoa que, por um mecanismo psicológico, bloqueia a sua experiência dolorosa (Marques, 2010). Os efeitos psicológicos da massagem podem advir da sensação e perceção da pessoa em relação ao

toque, podendo proporcionar relaxamento físico, sensação geral de conforto e de bem-estar, alívio da ansiedade e estimulação da atividade física (Fritz, 2002). Outros efeitos psicológicos motivados pela massagem resultam do contacto interpessoal com quem a aplica e do momento de interação que oferece, exercendo uma ação positiva na relação afetiva e social da pessoa, essencial para a sua autoestima e autoconfiança (Domenico, 2008). O toque, sendo a essência da massagem, é reconhecido por Roxo (2008), como meio facilitador da interação entre enfermeiro e doente tornando-se em momentos de relação de ajuda e confiança.

Para além do alívio da dor, a massagem terapêutica influencia também os restantes sinais vitais (Running & Seright, 2012). O relaxamento conseguido pela massagem tem efeito sobre o sistema nervoso autónomo, estimulando o sistema parassimpático, com consequente diminuição da tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) (Fritz, 2002).

Segundo o Touch Research Institute já foram realizados mais de 100 estudos sobre os efeitos da massagem em diferentes condições de saúde/doença e grupos etários, com resultados positivos. Na revisão da literatura deu-se maior relevância aos estudos na área de Oncologia. Também em Portugal já foram efetuados diversos estudos no âmbito dos efeitos da massagem terapêutica na pessoa (Alves, Jardim, Gomes & Freitas, 2015; Coelho, 2011; Marques, 2010).

No estudo de Cassileth e Vickers (2004), 1290 doentes de diferentes patologias oncológicas e estadios em internamento e ambulatório, com queixas de fadiga, dor, ansiedade, náuseas, *stress* e depressão foram submetidos a massagens ao longo de um período de 3 anos para se conhecer o seu efeito naqueles sintomas. Aplicaram 3 tipos de massagem, a sueca, a massagem aos pés e o toque leve com a duração de 20 a 60 minutos. Recorrendo-se a escalas numéricas de 0 a 10, foi avaliada a intensidade dos sintomas pré e pós massagem, com a consequente comparação. Verificou-se uma redução média de cerca de 50% nas intensidades dos sintomas, e no caso da dor de 47,8%, indicando que a massagem está associada a uma melhoria substantiva da sintomatologia em doentes oncológicos.

Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill e Kutner (2009) com o objetivo primário de avaliar a eficácia da massagem terapêutica no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida realizaram um estudo quantitativo e qualitativo com uma amostra de 151 doentes oncológicos em fase avançada e com dor moderada (em ambiente hospitalar ou domiciliário), em que foram submetidos a massagem corporal generalizada (manobras de *effleurage* e *pétrissage*) durante 2 semanas, num máximo de 6 sessões de 30 minutos. Dos

151 doentes, 115 (76,2%) referiram diminuição da intensidade da dor imediatamente após a massagem, passando esta de uma média de 7 para 3, e os restantes doentes mantiveram os níveis de dor idênticos. A vertente qualitativa do estudo baseou-se na análise de conteúdo dos comentários dos doentes sobre as suas sensações. Das 814 sessões efetuadas, apenas 13 (1,6%) foram interrompidas a pedido do doente ou por algum sintoma previamente presente ter aumentado de intensidade ou por necessidade do doente em realizar outra atividade. Não houve registo de efeitos adversos atribuídos à massagem. Estes dados confirmam a segurança e eficácia da massagem terapêutica a doentes com cancro avançado. Os autores defendem que é importante respeitar alguns princípios na aplicação da massagem neste tipo de doentes, como avaliar a sua vontade para receber esta terapia, observar e avaliar cuidadosamente a pele para despiste de alterações que comprometam a massagem, adaptar as técnicas da massagem à pessoa e modificá-las com base nas suas sensações e preferências.

Com a finalidade de estudar o alívio da dor através da massagem no pós-operatório da cirurgia mamária, Coelho (2011) realizou um estudo exploratório-descritivo com metodologia qualitativa, em 10 doentes submetidas a cirurgia mamária. A cada doente foram feitas 3 massagens na região dorsal, de 30 minutos, com movimentos de deslizamento superficial e profundo e de *effleurage*, uma por cada dia de pós-operatório. Foram registados os sinais vitais antes e depois da massagem. Verificou-se haver diminuição dos valores da TA, da FC e da FR, o aumento da temperatura e em relação à intensidade da dor, todas as doentes apresentaram uma redução ou ausência da mesma após o procedimento (todas referiam dor no pós-operatório). No último dia foi colocada uma questão aberta sobre os efeitos sentidos com a massagem. Da sua análise de conteúdo, verificou-se que todas referiram: diminuição da dor, sensações de conforto, bem-estar e relaxamento, e melhoria do sono.

Também com a finalidade de avaliarem o efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica, Alves, Jardim, Gomes e Freitas (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura dos artigos entre os anos 2000 e 2012, selecionando 15 estudos para análise. Identificaram como resultados obtidos, que a massagem tem efeitos benéficos a curto prazo ao nível do bem-estar emocional, desconforto físico e emocional, humor deprimido, padrão de sono, relaxamento e *stress*.

Oyston e McGee (2012) apontam a massagem terapêutica como sendo uma experiência que proporciona aos doentes oncológicos uma sensação de bem-estar físico e psicológico, oferecendo um sentimento de segurança em relação ao futuro, uma vez que

permite ao doente ter outras estratégias para responder às suas necessidades, tanto no contexto físico, como psicológico e sociocultural.

A massagem terapêutica é uma técnica segura, sendo raros os efeitos adversos relatados (Cassar, 2001). As contraindicações da massagem são consideradas quando a sua aplicação possa resultar no agravamento de uma situação pré-existente, a disseminação de uma condição, a difusão de substâncias prejudiciais nos fluidos corporais ou a destruição de tecidos (Batavia, 2004). No entanto, as contraindicações são únicas para cada doente e cada região do corpo, sendo essencial tomar a decisão adequada a cada situação (Fritz, 2002).

Estão descritas situações, designadas como contraindicações, da aplicação da massagem terapêutica, como: feridas/úlceras abertas, queimaduras, equimoses, hematomas, infeções cutâneas, patologias cutâneas agudas ou crónicas (psoríase, eczema, dermatite), patologia vascular arterial ou venosa (tromboflebite, trombose venosa profunda), cancro da pele, no período de 3 a 6 meses após realizar radioterapia (devido à hipersensibilidade da pele), insuficiência cardíaca congestiva descompensada (a mobilização dos fluidos dos edemas dos membros inferiores para o sistema cardiovascular pode colocar o coração em sobrecarga), estado de hipocoagulação (Batavia, 2004). As contraindicações referem-se às áreas abrangidas por aquelas situações, sendo seguro aplicar a massagem em áreas que não estejam afetadas, ou seja, um doente com uma das situações acima referidas pode receber a massagem desde que não seja diretamente no local contraindicado (Domenico, 2008).

Na literatura pesquisada (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009; Cassileth & Vickers, 2004; Gross-McEachrane, Liebschutz & Berlowitz, 2006) constata-se que existem algumas interrogações sobre a aplicação da massagem nos doentes com cancro devido ao efeito mecânico das técnicas na estimulação da circulação sanguínea e linfática. No entanto, não há evidência científica de que este efeito possa favorecer a circulação de células tumorais com conseqüente disseminação noutra órgão. Alguns autores como Batavia (2004), defendem que a única precaução é não massajar diretamente a área do local do tumor maligno. Em contrapartida, existem vários estudos (Cassileth & Vickers, 2004; Liu & Fawcett, 2008; Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009; Oyston & McGee, 2012) que comprovam os diversos efeitos positivos da massagem terapêutica nos doentes oncológicos e que não verificaram complicações derivadas desta terapia.

Apesar da massagem terapêutica ser segura para os doentes oncológicos, deve ser adaptada a cada doente, e as técnicas e local a massajar, escolhidos de acordo com as suas preferências e necessidades (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009).

É importante o conhecimento da origem e local do cancro, as suas formas de disseminação, o plano de tratamento e a etiologia dos sintomas apresentados pelo doente. Uma avaliação cuidadosa do estado físico do doente e a monitorização da sua resposta à massagem para avaliar a necessidade de suspender a técnica, são aspetos a ter em conta por quem a aplica (Oyston & McGee, 2012).

Segundo vários autores (Cassar, 2001; Fritz, 2002; Domenico, 2008), uma adequada e eficaz aplicação da massagem tem de considerar certos aspetos, como a duração, pressão, ritmo e velocidade dos movimentos, posição da pessoa, acessórios, condições ambientais e questões éticas.

Não existe uma rotina fixa para esta técnica nem nenhum número pré-estabelecido de vezes em que deva ser executada, nem nenhuma duração certa, e não significa, necessariamente, uma massagem ao corpo inteiro, podendo ser realizada em apenas uma região (Cassar, 2001). A massagem pode ser efetuada diariamente mas a sua duração depende do objetivo pretendido (se relaxamento ou estimulação), das manobras escolhidas, do estado clínico do doente e da área a ser massajada (Domenico, 2008). Oyston e McGee (2012) defendem que a massagem deve ter uma duração de cerca de 45 minutos, embora dependa de fatores como o estado e resposta do doente, as técnicas de massagem e a disponibilidade do profissional. Já Shen (1999) recomenda que os doentes com dor crónica devem receber a massagem 2 a 4 vezes por semana e cada sessão durar cerca de 30 minutos. O enfermeiro deve determinar com a pessoa a ocasião mais conveniente, isto é, o momento em que a massagem será mais benéfica para o doente, por exemplo, após os cuidados de higiene, na alternância de posicionamento ou antes de dormir (Almeida & Duarte, 2000).

Durante a massagem deve-se respeitar os princípios da direção, pressão, velocidade e ritmo dos movimentos para maximizar os seus efeitos (Cassar, 2001). A direção dos movimentos deve ser centrípeta (na direção do coração, do fluxo venoso) ou centrífuga (afastando-se do coração, no sentido do fluxo arterial). A pressão a exercer depende da finalidade da massagem, isto é, uma pressão profunda tem efeito estimulante, enquanto uma pressão mais suave induz o relaxamento (Fritz, 2002). A boa prática refere que se deve iniciar de forma superficial e suave, evoluindo para movimentos mais profundos e terminar novamente com movimentos mais leves. Sendo as manobras de deslizamento e de *effleurage* baseadas em movimentos suaves, preconiza-se que devam ser usadas no início e no fim. A velocidade e o ritmo dependem da função específica da massagem, mas geralmente deve ser

lenta, suave e rítmica, pois os movimentos efetuados lentamente tendem a ser mais relaxantes, enquanto os mais rápidos são mais estimulantes (Domenico, 2008).

É crucial que o doente esteja confortavelmente posicionado, respeitando a sua situação clínica (estando desconfortável não será capaz de relaxar e intervém no efeito da massagem), devendo usar-se apoios (lençóis, toalhas ou almofadas) em determinadas áreas, como a cabeça e os membros, para manter essa posição de conforto (Domenico, 2008). O uso de produtos próprios, como óleo ou creme hidratante, é fundamental para facilitar o deslizamento das mãos sobre os tecidos do corpo e para impedir uma fricção traumática da pele, devendo-se aquecer previamente o produto nas mãos para evitar o choque térmico (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009).

É conhecida a importância das condições ambientais na promoção do conforto e relaxamento, pelo que é necessário preparar o ambiente para a aplicação da massagem, o que inclui criar um ambiente tranquilo, com iluminação suave, cheiro agradável, temperatura moderada, numa área sem correntes de ar, limpa e arrumada (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009).

As considerações éticas são também necessárias para a prática da massagem. O consentimento, a abordagem do doente, o contato direto com a pele, o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, estando apenas exposto o local do corpo que se está a massajar, são regras éticas e deontológicas essenciais na sua aplicação (Coelho, 2011).

A massagem terapêutica pode ter impacto no sistema de saúde. Na investigação de Fonseca, Lopes e Ramos (2013), foi efetuada uma revisão da literatura de 19 estudos desde 2004 e feita uma análise, onde identificam as estratégias que poderão ser adotadas pelos serviços de saúde para aumentar os ganhos em saúde na pessoa com dor. Verificaram que as estratégias não-farmacológicas, com principal destaque a massagem, podem ser mais económicas para o sistema de saúde e promotoras de maior qualidade de vida para as pessoas com dor, em comparação com a utilização unilateral da farmacologia. Concluiu-se que as medidas não-farmacológicas, como a massagem, constituem um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com a terapêutica, e têm potencial para reduzir os custos em saúde relacionados com a dor, ajudando a diminuir o consumo de analgésicos e idas aos serviços de urgência por dor não controlada, e, acrescento eu, sem considerar os ganhos na saúde e bem-estar da própria pessoa.

O impacto da massagem terapêutica no sistema de saúde foi estudado por Kutner, Smith, Mellis, Felton, Yamashita e Cobin (2010), a partir da contabilização do número de

vezes que os doentes recorreram aos serviços hospitalares por descontrolo da dor. O estudo baseou-se em 380 doentes com dor de origem oncológica, em que metade foi submetida a massagem terapêutica a todo o corpo (com manobras de deslizamento, *pétrissage*, vibração e de relaxamento, durante 30 a 40 minutos), após a consulta da dor programada, e a outra metade apenas teve tratamento farmacológico, durante um período de 36 meses. Verificou-se que, no grupo que apenas recebeu tratamento farmacológico, 72% recorreu aos serviços hospitalares por dor não controlada entre cada consulta da dor, em contraste com apenas 30% dos doentes que foram submetidos a massagem durante as consultas da dor.

A dor crónica causa más sensações físicas, psicológicas e sociais, afetando negativamente o estado de conforto e as necessidades básicas da pessoa (Sapeta, 2000).

O conforto pode ter diversas definições e existem variadas teorias sobre a sua essência, sendo influenciado por inúmeros fatores. O *Oxford Dictionaries* (2014) define o conforto como um estado de tranquilidade física e ausência de dor e mal-estar. O controlo e inexistência de dor são interpretados como sinónimos de conforto, enquanto a presença e sensação de dor é considerado desconforto. Este é tido como a não satisfação de necessidades básicas, que quando satisfeitas resultam em conforto (Siefert, 2002).

O conforto surge fortemente relacionado com a enfermagem, sendo um conceito que tem sido identificado como um resultado pretendido com os cuidados de enfermagem.

A teórica de enfermagem K. Kolcaba (2003) define o conforto como um termo holístico e complexo que se origina na ação de confortar o outro, ou seja, é resultante das intervenções de enfermagem direcionadas para o alívio do sofrimento ou do fator causador de *stress* da pessoa. O conforto é um estado que resulta da “satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem da situação causadora de stresse” (Kolcaba, 2003, p.20). A condição de alívio ocorre quando uma necessidade é satisfeita e a pessoa restabelece o seu funcionamento habitual (um desconforto específico é aliviado). A condição de tranquilidade refere-se ao estado de calma ou satisfação necessários para um desempenho eficiente, para manter o seu bem-estar e os seus papéis diários. A condição de transcendência é satisfeita quando a pessoa sente que tem competências para planear, controlar a sua vida e resolver os seus problemas, superando os desconfortos. Estas 3 condições de conforto desenvolvem-se em 4 contextos: físico (sensações corporais), sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais), psicoespiritual (resultante da consciência de si, da autoestima, autoimagem e sentido de vida) e ambiental (relacionado com as condições do meio ambiente, como luz, sons, temperatura, equipamentos) (Kolcaba, 2003).

A massagem terapêutica, enquanto intervenção de enfermagem que produz uma ação confortante, pode ser um meio para satisfazer as 3 condições de conforto, uma vez que produz efeitos nos 4 contextos acima referidos, como se explica de seguida. Os efeitos mecânicos da massagem possuem consequências fisiológicas importantes com ação direta no contexto físico da pessoa, motivando sensações corporais positivas e agradáveis, essenciais para o estado de conforto (Fritz, 2002). Durante a massagem, o enfermeiro concentra toda a atenção na pessoa, propiciando o estabelecimento de uma relação pessoal de proximidade e confiança, onde o doente pode sentir-se à vontade para revelar os seus problemas ou preocupações sobre a sua vida e doença. O enfermeiro, para além da ação confortante da massagem, tem um papel de escuta e de confidente, fomentando a relação interpessoal, fundamental para o contexto sociocultural do doente. O efeito de relaxamento físico provocado pela massagem, não só é fisiológico, como também é psicológico, pois, alcançando-se um estado de relaxamento, os níveis de ansiedade ou *stress* são também aliviados. Como tal, a massagem pode ajudar no contexto psicoespiritual da pessoa, melhorando a confiança e autoestima para enfrentar a doença (Domenico, 2008). As condições do ambiente onde é aplicada a massagem também constituem elementos importantes para promover a sensação de conforto na pessoa (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). Por estas razões, a massagem terapêutica constitui uma medida útil para a satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência, essenciais para se atingir o estado de conforto, segundo Kolcaba.

A utilização da massagem terapêutica parece ter um efeito imediato de bem-estar, calma e tranquilidade, ajudando a pessoa a encontrar sensações de conforto necessárias à sua recuperação de saúde (Roxo, 2008). O recurso à massagem ganha ênfase para o equilíbrio e bem-estar físico e emocional do doente, proporcionando-lhe uma sensação de paz interior momentânea, refletindo-se no sentimento de liberdade e esperança em relação ao futuro (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009).

A teoria de K. Kolcaba (2003) defende que o doente experimenta uma alteração do estado de conforto após as intervenções de enfermagem planeadas e aplicadas de acordo com os princípios científicos, humanísticos e holísticos do cuidar, pelo que a massagem terapêutica como medida não-farmacológica torna-se uma mais-valia ao proporcionar e promover o conforto à pessoa. Esta autora (Kolcaba, 2003) considera a massagem terapêutica como uma perspetiva holística do cuidar, que permite, mesmo que momentaneamente, aliviar o sofrimento físico, psicológico e emocional do doente.

Uma forma de arte de enfermagem é desenvolver ações confortantes e prestar cuidados com criatividade, tendo como objetivo o aumento do conforto do doente (Kolcaba, 2003). Se o enfermeiro implementa na sua prática a massagem como medida de conforto e se esta por sua vez produz efeitos físicos, sociais e psicológicos positivos, promove consequentemente o estado de conforto da pessoa. Esta teoria reveste-se de grande importância pois ao avaliar o conforto como resultado das ações do enfermeiro, permite demonstrar a eficácia dos cuidados holísticos de enfermagem (Apóstolo, 2009).

A utilidade da massagem é reconhecida pela população mas pouco usada pelos enfermeiros na sua prática em contexto hospitalar. A falta de recursos humanos, de conhecimentos e formação sobre a massagem, são descritos por Hessig, Arcand e Frost (2004), como fatores que impedem a integração desta técnica não-farmacológica de uma forma natural no exercício profissional dos cuidados de enfermagem, mas mesmo quem não tenha conhecimentos aprofundados ou os recursos mais adequados, deve fazer uso da massagem para a promoção do conforto e o alívio da dor. Por vezes, o importante não é a técnica com que é aplicada mas sim o gesto que envolve esta intervenção e a disponibilidade para a realizar, fortalecendo a relação humana entre o enfermeiro e doente (Coelho, 2011).

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

O projeto de estágio decorreu em 4 locais cronologicamente pensados e delineados para a aquisição de competências de enfermeira especialista na área da promoção do conforto da pessoa com dor crónica através da massagem terapêutica e tendo em vista a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem com base na evidência científica. Os locais de estágio foram numa Unidade de Cuidados Paliativos de Nível III (UCP), num serviço de Cirurgia Torácica (CT) e num serviço de Cirurgia Geral (CG) de 3 Hospitais de Lisboa. Como complemento formativo realizei um estágio de observação numa Unidade da Dor de um Hospital fora de Lisboa por ter implementado um Projeto de Bem-Estar.

A fim de concretizar os objetivos estabelecidos tive necessidade de alargar os meus horizontes de cuidados e conhecer outros métodos de cuidar do doente oncológico com dor crónica. A opção por estes campos de estágio teve como razão comum o facto de serem serviços onde abundam pessoas com dores crónicas, terem diferentes metodologias de prestação de cuidados e serem serviços com idoneidade reconhecida.

Para programar o percurso com vista à operacionalização do projeto e atingir os objetivos propostos, foi necessário elaborar planos de estágio e definir objetivos e atividades orientadoras (Apêndice I). De forma a contextualizar cada campo de estágio, será feita a exposição das atividades desenvolvidas em cada um deles e a sua análise crítica, os recursos mobilizados, as dificuldades sentidas e as competências adquiridas.

2.1. Numa Unidade de Cuidados Paliativos de Nível III

O estágio nesta UCP de nível III foi selecionado essencialmente devido às práticas de cuidados da equipa multiprofissional no alívio de sintomas e promoção do conforto e bem-estar dos doentes oncológicos em fase avançada da doença oncológica. Delineei como objetivo geral, prestar cuidados de enfermagem à pessoa com dor crónica com doença oncológica avançada partindo de uma compreensão global desta experiência pessoal e da evidência científica sobre a intervenção de enfermagem. Foi decomposto em 5 objetivos específicos bem como várias atividades.

1 – Conhecer a dor crónica e suas repercussões na vida dos doentes.

Com o intuito de aprofundar conhecimentos, efetuei uma revisão da literatura sobre dor crónica e intervenções não-farmacológicas (Adams, White & Beckett, 2012; Alves,

Jardim, Gomes & Freitas, 2000; Bidarra, 2010; Cassileth & Vickers, 2004), para adquirir bases sólidas que me permitissem realizar uma avaliação correta e completa da dor. Esta atividade foi essencial para compreender a dor crónica e suas repercussões na vida da pessoa e para fundamentar as minhas intervenções, estando espelhada no enquadramento teórico e no pensamento crítico utilizado na análise das práticas.

2 - Melhorar os conhecimentos farmacológicos sobre o controlo da dor crónica.

Ao longo do estágio pude identificar a terapêutica analgésica instituída, atividade que me possibilitou melhorar o conhecimento farmacológico relativo ao controlo da dor crónica. Sendo doentes em fase avançada da sua doença com níveis de dor de moderada a intensa (entre 5 a 10 na EN), é frequente a prescrição de fármacos pertencentes ao grupo dos opióides fortes, situados no terceiro degrau da escada analgésica (Barbosa & Neto, 2010), do qual tinha menos conhecimento. Com base na informação fornecida pela equipa de enfermagem e da revisão de literatura, adquiri novos conhecimentos sobre este grupo de opióides, principalmente da morfina (libertação imediata ou prolongada), buprenorfina, hidromorfona e fentanil (os mais usados), no que respeita à sua ação, dosagem, princípios de administração, efeitos secundários e interações medicamentosas.

A equipa médica, sendo especializada na área dos cuidados paliativos, tem grande experiência e conhecimentos em analgesia, estabelecendo um plano terapêutico específico para cada doente e ajustado às suas queixas e situação clínica, além de que todos os doentes têm medicação em SOS para dar resposta em dor não controlada ou irruptiva (Cardoso, 2014; OE, 2008). Verifiquei que a maioria dos doentes após o ajuste terapêutico fica com a dor controlada, o que demonstra a eficácia dos planos terapêuticos delineados pelos médicos, que se regem pela escada analgésica da OMS. Esta atividade permitiu-me desenvolver bases teóricas que me possibilitem assentar os processos de tomada de decisão e as minhas intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, sendo uma competência de enfermeiro especialista (SIECE, 2009).

3 - Identificar as práticas de avaliação e controlo da dor por parte da equipa de enfermagem.

Depois da apresentação do projeto à enfermeira orientadora (com pós graduação em cuidados paliativos) e restante equipa de enfermagem, fiz uma visita guiada ao serviço e consultei documentos específicos relativos à avaliação e controlo da dor, como escalas usadas, normas de avaliação da dor e protocolos de administração terapêutica e de terapias não-farmacológicas, o que foi importante para compreender e integrar novos conceitos.

Para perceber a atuação da equipa de enfermagem, fui observando as suas práticas diárias, particularmente as relacionadas com o controlo da dor, questionando os enfermeiros

quando necessário e analisando também os documentos existentes sobre as intervenções de enfermagem relativas à dor.

Realizei uma observação, seguida de análise crítica das práticas da avaliação e controlo da dor pela equipa de enfermagem, constatando que os enfermeiros efetuam uma regular e completa avaliação da dor do doente desde a sua admissão e ao longo do internamento. Na colheita de dados (admissão) é avaliada a história de dor, o que inclui as suas características, sendo elas, o tipo, intensidade, qualidade, frequência, irradiação, fatores de alívio e agravamento, impacto nas atividades de vida diárias e na dinâmica familiar, as suas repercussões ao nível psicológico, social e espiritual, a terapêutica instituída e sua eficácia. Como recomendado, os enfermeiros questionam o doente sobre o nível de dor que considera tolerável ou aceitável para si através da EN, para se comparar com as avaliações futuras (OE, 2008). Utilizam também a ESAS onde identificam a intensidade de 9 sintomas mais comuns nas pessoas em situação paliativa devido à sua doença oncológica e que possam interferir no conforto, sendo posteriormente aplicada semanalmente para se verificar a evolução do controlo dos sintomas (Bruera, Kuehn, Miler, Selmer & Macmilan, 1991; Monteiro, 2012). Após esta avaliação inicial é elaborado um plano de cuidados de enfermagem personalizado para os problemas identificados no doente, sendo reformulado sempre que se justifique. De salientar que a colheita de dados é sempre feita com o doente, desde que não tenha alterações cognitivas, mas também se dá importância às informações dos familiares, visto serem as pessoas que melhor o conhecem. Em doentes que não possam fornecer a sua história, aplica-se a escala DOLOPLUS 2 para a avaliação da dor (Guarda, 2005), sendo uma escala multidimensional, sugestiva da presença de dor, utilizada essencialmente em doentes com idade superior a 65 anos e com alterações cognitivas (OMS, 2008).

Constatei que a equipa tem a boa prática de avaliar a intensidade da dor através da EN no início dos turnos e fazer a sua reavaliação sempre que ocorram alterações ou haja intervenções em SOS, e comparar com o nível de dor aceitável para o doente, visto a maioria ter uma dor crónica medicada e controlada (OE, 2008). Esta comparação permite perceber se o doente tem dor mais intensa que seja necessário planear novas intervenções para o seu alívio, por exemplo, administração de analgesia em SOS (Cardoso, 2014; DGS, 2008). Outra prática da equipa consiste na comunicação regular com o doente sobre as características da dor, para se identificarem possíveis alterações que justifiquem o ajuste do plano terapêutico e de cuidados, ou seja, a avaliação da dor não é apenas um número na EN (Phaneuf, 2005).

A análise das práticas de avaliação da dor da equipa de enfermagem permitiu-me refletir sobre a minha experiência, em que por vezes se circunscrevia à identificação da intensidade da dor, reduzindo a sua avaliação a um número (Costa, 2004). Tive oportunidade de avaliar e caracterizar a dor de doentes internados e realizar a história de dor nas admissões, atividades importantes para consolidar a minha prática de avaliação da dor e para uma melhor compreensão da dor crónica e suas repercussões.

A intervenção da equipa de enfermagem é de extrema importância no controlo da dor, pois é seu dever a correta administração dos fármacos, conhecendo as suas indicações, ações, contraindicações, princípios de administração, efeitos secundários e interações medicamentosas, bem como contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração (Barbosa & Neto, 2010; OE, 2008). Apurei que a via oral é a via preferida para a administração de analgesia sempre que possível, tal como preconiza a OMS (2002) em condição paliativa. A equipa de enfermagem tem a experiência de, em caso de dor mais intensa, administrar analgesia em SOS e não antecipar a medicação prescrita em esquema ou, no caso de o doente ter a dor controlada, não omitir tomas da analgesia prescrita, ao contrário do que muitas vezes acontece noutros contextos (Barbosa & Neto, 2010; EONS, 2013). As boas práticas de cuidados dos enfermeiros são essenciais para o controlo eficaz da dor crónica dos doentes internados. Esta atividade de observação e análise das práticas da equipa de enfermagem permitiu-me desenvolver competências como garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (SIECE, 2009).

4 - Identificar as medidas não-farmacológicas usadas pela equipa no alívio da dor e controlo de sintomas.

A equipa de enfermagem está desperta e sensibilizada, não só para a importância de uma completa e regular avaliação da dor, mas também do seu controlo através de intervenções farmacológicas adequadas, embora tenha verificado que há pouca quantidade e diversidade de medidas não-farmacológicas nos planos de cuidados dos doentes internados com dor (OE, 2011b). Para esta identificação foi pedido o consentimento à enfermeira chefe e orientadora para consultar 8 planos de cuidados de doentes com dor com o objetivo de verificar quais as intervenções não-farmacológicas planeadas para o seu alívio e que a OE (2008) preconiza. Dos 8 planos de cuidados analisados, 6 tinham intervenções não-farmacológicas prescritas, distribuídas por: alternância de decúbitos e uso de equipamento de alívio de pressão em 5

doentes; a distração (recorrendo-se à terapia ocupacional) em 3 doentes; a aplicação de frio em apenas um doente. Porém, observei várias vezes durante os turnos, que os enfermeiros realizam uma massagem durante ou após os cuidados de higiene com a aplicação de creme hidratante, mas nos registos de enfermagem (consultados após a observação destas ações) e nas passagens de serviço, nunca atribuíram a estas intervenções uma intencionalidade terapêutica analgésica ou de conforto, mas só de prevenção de zonas de pressão na pele (OE, 2011a; OE, 2011b), problema que é também referido por Joshi (2013).

Como tal, esta atividade delineada foi um ponto menos positivo do estágio, pois sendo uma UCP, previa encontrar o uso de mais intervenções não-farmacológicas pela equipa para o controlo da dor crónica, facto que verbalizei à enfermeira orientadora e chefe como crítica construtiva com o intuito de despertar a equipa para as medidas não-farmacológicas. Com esta atividade penso ter conseguido desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento da qualidade dos cuidados e identificar oportunidades de melhoria da equipa (SIECE, 2009).

5 - Estabelecer planos de cuidados que integrem a massagem terapêutica a doentes com dor crónica, de forma a prestar melhores cuidados de enfermagem que os confortem.

Com a intenção de adquirir competências técnicas, realizei um curso intensivo de massagem sueca, mais conhecida como massagem terapêutica, com a duração de 32 horas (Anexo V), procurando basear a minha “praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (SIECE, 2009, p.19). Este curso baseou-se numa metodologia teórico-prática tendo sido importante para adquirir novos conhecimentos e destreza manual, permitindo-me obter maior confiança e segurança na sua aplicação aos doentes.

Prestei cuidados de enfermagem aos doentes internados, introduzindo de forma estruturada e intencional a massagem terapêutica no plano de cuidados dos doentes a mim atribuídos e delineando momentos de aplicação, como após a higiene e a analgesia do pequeno-almoço, para potenciar o seu efeito, ou após a passagem para o leito depois do levante, tal como sugerido pela OE (2011b) e por Gross-McEachrane, Liebschutz e Berlowitz (2006). Visto serem internamentos prolongados, consegui aplicar a massagem terapêutica de forma continuada a 5 doentes e acompanhar a sua evolução durante o estágio. Para medir os resultados desta intervenção de enfermagem avaliei a intensidade da dor antes e após a massagem através da EN, perguntando ao doente “como classifica a sua dor de 0 a 10, em que 10 é o máximo de dor?” e posteriormente transmitia estes resultados e o *feedback* dos doentes à equipa nas passagens de ocorrências, com a intenção de sensibilizar para a importância da massagem terapêutica no controlo da dor e promoção do conforto, tal como aconselham a OE

(2008) e Fonseca, Lopes e Ramos (2013). Os 5 doentes referiram diminuição da dor e outros efeitos positivos, destacando-se o relaxamento e a melhoria do conforto, das insónias e da ansiedade (Kolcaba, 2003), evidenciando-se a eficácia da massagem terapêutica.

Delinee como atividade a realização de um estudo de situação com uma doente com dor crónica (Apêndice II), onde utilizei a massagem terapêutica como recurso não-farmacológico, dando a conhecer os resultados à equipa (OE, 2011b). Com esta pessoa, planeei 5 sessões de massagem da região dorsal com a duração de 20 minutos, durante um período de 2 semanas. Previamente à sua aplicação, a doente apresentava dor na região sagrada de intensidade entre 5 e 7 na EN, passando para níveis entre 1 e 3 após a massagem, tal como demonstra o Gráfico 1.

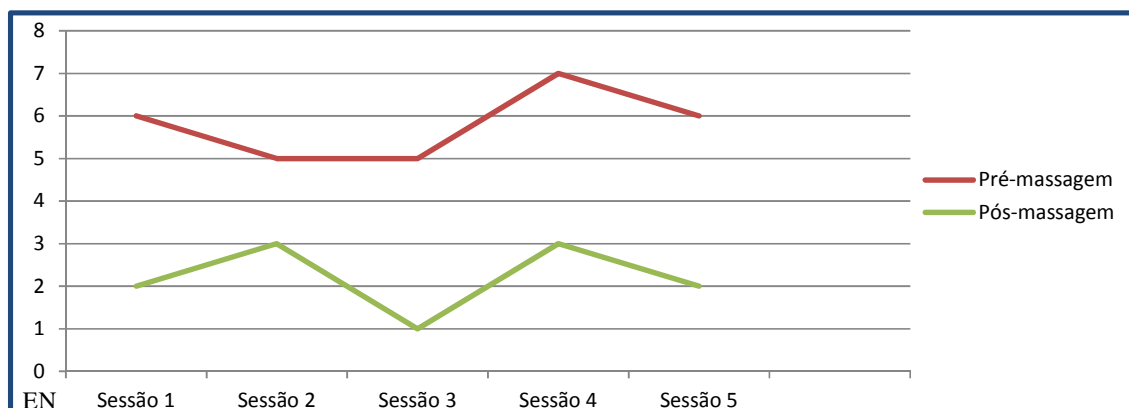


Gráfico 1: Intensidade da dor pré e pós massagem terapêutica numa doente da UCP.

Esta doente necessitava frequentemente de analgesia em SOS, para além da medicação que já tinha instituída em esquema, motivo porque a escolhi. Verificou-se que nos turnos em que foi submetida à massagem, não teve necessidade de tomar analgesia em SOS (Kvale & Bondevik, 2010). Atendendo aos efeitos obtidos, a massagem terapêutica ficou integrada no plano de cuidados da doente.

Durante a aplicação da massagem terapêutica aos doentes respeitei os princípios e valores éticos, como a autonomia, operacionalizada na obtenção do consentimento, a dignidade, a intimidade e a privacidade, indo ao encontro de 2 competências do enfermeiro especialista, em que “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (SIECE, 2009, p.14).

Usando a massagem terapêutica como ação para o alívio da dor e promoção do conforto nos doentes com dor crónica e implementando esta intervenção não-farmacológica nos planos de cuidados, penso ter conseguido desenvolver a competência de enfermeiro

especialista em que “intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (SIECE, 2009, p.17).

Percebi durante o estágio que é importante integrar a massagem terapêutica nos cuidados diários, como sendo uma ação que proporciona conforto ao doente, e não como um ato isolado, realizado esporadicamente sem esta intenção terapêutica ou apenas circunscrita à prevenção de úlceras de pressão (Coelho, 2011). A massagem faz parte da nossa prática de prestação de cuidados, mas temos de adquirir a perícia necessária para a realizar de forma correta e o conhecimento para a estruturar e tomar decisões acertadas quanto às suas técnicas e execução. Sou apologista, enquanto enfermeira, que ao cuidar da pessoa com dor crónica, para além da administração da medicação, se complementa com medidas não-farmacológicas para oferecer maior sensação de conforto e bem-estar à pessoa (Kolcaba, 2003; Liu & Fawcett, 2008; OE, 2008).

Tal como padronizado no SIECE (2009, p.41), o enfermeiro especialista deve ter competências para “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” como são os doentes paliativos. Este estágio permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar habilidades no cuidar de doentes em fase paliativa, nomeadamente no estabelecimento de relação terapêutica com o doente e família e na gestão dos cuidados para dar resposta, não só às necessidades da pessoa, mas à própria pessoa (Barbosa & Neto, 2010; Marques, 2010; Capelas & Coelho, 2014).

Penso ter conseguido atingir o objetivo geral proposto, e com base na minha observação, reflexão e atuação, adquiri novas bases teóricas e práticas na abordagem ao doente com dor crónica, tanto na sua avaliação, como no seu controlo.

2.2. Num Serviço de Cirurgia Torácica

A seleção do Serviço de CT residuiu no facto de ser um serviço com doentes cirúrgicos do foro oncológico com dor aguda e crónica, características semelhantes ao serviço onde exerço funções, e existir na equipa uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente oncológica que implementou nos cuidados de enfermagem a prática da massagem terapêutica como técnica não-farmacológica no controlo da dor aguda e crónica dos doentes internados. Como tal, partilhar conhecimentos e experiências, aperfeiçoar a técnica e destreza na massagem terapêutica e validar a tomada de decisão sobre esta intervenção com a enfermeira, pareceu-me muito importante e pertinente (OE, 2011a).

Delineei como objetivo geral, melhorar competências técnicas e de decisão relativas à massagem terapêutica como intervenção de enfermagem autónoma, implementando-a no plano de cuidados da pessoa com doença oncológica e avaliando os seus efeitos. Foi decomposto em 4 objetivos específicos com as respetivas atividades.

1- Melhorar a execução técnica da massagem terapêutica realizada durante a prestação de cuidados à pessoa com dor crónica.

Com o intuito de desenvolver competências relativas à massagem terapêutica, programei uma visita de observação a uma Unidade da Dor com um Projeto Bem-Estar implementado (Apêndice III), indo de encontro ao perfil de enfermeiro especialista em que “rentabiliza as oportunidades de aprendizagem” e procura o conhecimento novo para o desenvolvimento da prática clínica especializada (SIECE, 2009, p.19).

Partilhei com a enfermeira orientadora as experiências dos estágios anteriores e referi que necessitava de validar a minha competência sobre a correta realização da massagem terapêutica no doente oncológico com dor crónica como fator potenciador do conforto e alívio da dor, e sobre a tomada de decisão relativa à sua prescrição correta, ajudando-me a planear estratégias. Para tal, delineei como atividades a elaboração de 2 documentos com base na revisão da literatura, intitulados de “Instrumento de colheita de dados sobre a história de dor” e “Planificação da massagem terapêutica”, que foram um suporte importante para o projeto.

Considereei necessário a elaboração de uma folha de colheita de dados sobre a história de dor do doente (Apêndice IV), pois constatei que a existente no meu serviço estava incompleta, fazendo referência apenas à EN, localização da dor e algumas características, como a irradiação, duração e qualidade. Na elaboração da mesma, pensei ser pertinente complementar a informação sobre o nível aceitável de dor para o doente, tal como indicado

pela OE (2008), a intensidade mais alta que já atribuiu a uma dor, os fatores de alívio e de agravamento, formas habituais de expressar a dor, estratégias de *coping*, impacto nas atividades de vida diárias, impacto emocional e socioeconómico da dor (ao nível do trabalho, atividades de lazer, relações pessoais, emoções e concentração), descrição da terapêutica farmacológica instituída, uso e efeitos das terapias não-farmacológicas, conhecimento/perceção da doença e expectativas acerca do seu tratamento (OE, 2008; EONS, 2013; Running & Seright, 2012).

Passei a utilizar este guião para a avaliação da dor dos doentes internados e, se considerasse terem indicações para a massagem terapêutica, informava-os sobre este cuidado de enfermagem e caso consentissem a sua aplicação, estabelecíamos o plano de intervenção em conjunto, bem como os objetivos a atingir (OE, 2011b). Durante o estágio efetuei 8 entrevistas a doentes com dor crónica e verifiquei que todos se mostraram recetivos à massagem terapêutica como medida para o alívio da dor. A dor destes doentes tinha irradiação para outra parte do corpo, era de frequência contínua ou intermitente, de intensidade variável entre 3 a 8 na EN, do tipo picada ou pressão, agravava com a mobilização, sendo limitativa de algumas atividades de vida. Também é de destacar que apenas 2 doentes referiram o uso de terapias não-farmacológicas no domicílio, recorrendo ambos à música para relaxamento e abstração da dor. Estes dados apontam que a massagem é uma técnica pouco usada pelos doentes por ser dependente de terceiros, pelo pouco conhecimento das pessoas e pela escassez de profissionais de saúde que a apliquem (Dowd, 2004; Fonseca, Lopes & Ramos, 2013).

A elaboração do documento “Planificação da massagem terapêutica” (Apêndice V) surge da necessidade de ter um registo que sintetizasse os dados importantes da pessoa e sua situação de saúde para a tomada de decisão sobre a massagem terapêutica a aplicar-lhe, mas também para registar esta intervenção e os efeitos que tem na intensidade da dor, conforto e outros sintomas (ESAS). Este plano, para além do registo da situação de saúde da pessoa (diagnóstico, terapêutica), avalia a dor e restantes sinais vitais pré-massagem, e contém a ESAS, para avaliar a intensidade dos outros sintomas antes e após a massagem (Monteiro, 2012), pois pretendia integrar a avaliação do conforto no plano, pelo que optei por colocá-lo no item “10” da ESAS, livre para se adicionar outro sintoma pertinente (existem escalas de conforto sugeridas por K. Kolcaba mas não se encontram validadas para a população portuguesa). Na segunda parte do plano descrevem-se os procedimentos usados na massagem (local massajado, duração, periodicidade e recursos materiais) e os resultados obtidos pós-massagem no nível da dor, nos restantes sinais vitais e no conforto (OE, 2011b; EONS, 2013).

Com o intuito de ultrapassar a insegurança por vezes sentida na utilização de determinadas manobras de massagem, planeei como atividade a elaboração de um “Manual das Manobras da Massagem Terapêutica para a Região Dorsal” (Apêndice VI) adequadas para os doentes oncológicos, baseando-me em Domenico (2008) e no parecer da enfermeira orientadora, experiente nesta terapia não-farmacológica. O seguimento deste manual foi importante para o desenvolvimento do projeto pois permitiu-me ganhar confiança na aplicação das massagens e melhorar a minha prática nesta intervenção, que se refletiu em maior facilidade e agilidade em proceder tecnicamente as mesmas, e me permitiu atingir a competência de “demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor” (SIECE, 2009, p.42).

2- Criar um ambiente físico, espiritual e ético gerador de segurança e conforto para a realização da massagem terapêutica.

Procurei delinear medidas que permitissem obter um ambiente propício para a massagem terapêutica. Deparei-me com alguns fatores físicos e ambientais desadequados para a realização da massagem pois todas as enfermarias do serviço tinham 8 camas (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). Como tal, tive de pensar em estratégias e adaptar-me aos recursos disponíveis para criar um ambiente físico gerador de segurança e conforto, e de acordo com as boas práticas (OE, 2011b). As medidas passaram por fechar as cortinas, negociar com os restantes doentes da enfermaria e pedir autorização para diminuir as luzes e o som da televisão, utilização de almofadas e cobertor, uso do telemóvel com auriculares para o doente ouvir música calma, com o seu consentimento, ajudando a abstrair-se do meio em que se encontrava e concentrar-se naquele momento de relaxamento (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

Foi um desafio proporcionar as melhores condições ambientais aos doentes, mas penso ter conseguido alcançar este objetivo ao criar um ambiente calmo e de privacidade. Foi necessário ter sempre em mente uma atitude profissional e ética, não só para com o doente massajado, mas também para com os outros doentes, visto alterar também o seu meio (EONS, 2013; OE, 2011b). Penso que esta minha intervenção permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista, particularmente, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (SIECE, 2009, p.16), “adapta (...) a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” e “promove um ambiente positivo e favorável à prática” (SIECE, 2009, p.18).

3- Avaliar a eficácia da massagem terapêutica na intensidade da dor do doente com dor crónica.

Considero ter sido um estágio enriquecedor pois pude aplicar a massagem terapêutica em 8 doentes internados com dor crónica durante 5 turnos a cada doente, totalizando no entanto apenas 29 sessões de massagem, uma vez que neste período, 3 dos doentes inicialmente selecionados tiveram alta, não sendo possível concluir as sessões programadas⁷. O tipo de massagem baseou-se nas manobras descritas no documento elaborado e as sessões tiveram uma duração média de cerca de 20 minutos. O preenchimento do documento “Planificação da massagem terapêutica” antes e após cada sessão permitiu-me avaliar os seus efeitos na intensidade da dor através da EN.

Comprovou-se a eficácia da massagem terapêutica na redução do nível da dor dos 8 doentes, embora para avaliar os resultados apenas considerei os dados dos 5 doentes que completaram as 5 sessões. A média da intensidade da dor referida pelos doentes pré massagem foi de 5,9 e pós massagem foi de 2,0, conforme expresso no Gráfico 2.

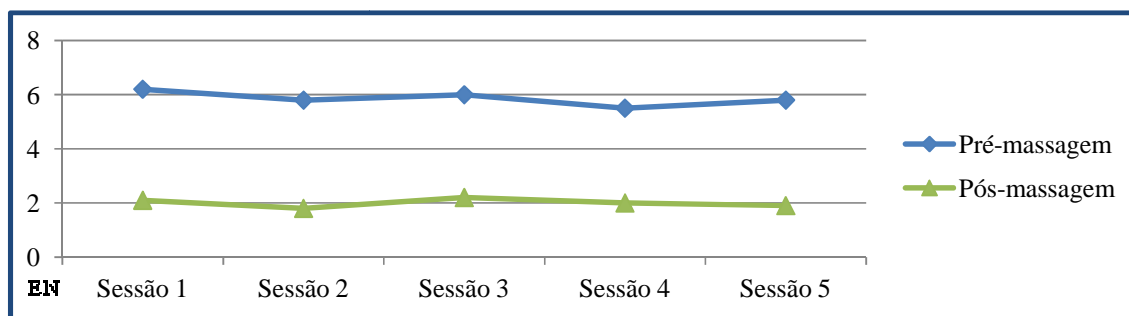


Gráfico 2: Níveis de dor média pré e pós massagem terapêutica de 5 doentes com dor crónica no Serviço de Cirurgia Torácica.

Verificou-se também uma redução da intensidade da dor média dos doentes ao longo das 5 sessões, de 6,2 na primeira sessão para 5,8 na última (fase pré massagem), e de 2,1 para 1,9 (fase pós massagem). Estes dados demonstram que quando os doentes são submetidos a massagem terapêutica durante um período de tempo, de forma continuada, a sua perceção sobre o nível de dor vai-se reduzindo progressivamente, o que se pode explicar pelos seus efeitos fisiológicos e psicológicos, indo de encontro ao estudo de Running e Seright (2012), ao verificarem uma diminuição da intensidade da dor durante um período de 18 horas após a massagem, daí a importância de a integrar como rotina diária nos cuidados de enfermagem.

Com base nas minhas intervenções e na prestação de cuidados da equipa de enfermagem, observei que a massagem terapêutica proporciona momentos de relaxamento

⁷ Nestes 3 doentes, 1 doente recebeu 2 sessões e os restantes 2 receberam uma massagem cada.

físico e psicológico contribuindo para que os doentes sintam mais confiança para manter ou aumentar a sua autonomia nas atividades de vida (Dowd, 2004). Esta prática de enfermagem enquadra-se na teoria de conforto de K. Kolcaba (2003), pois o doente apresenta uma melhoria do seu estado de alívio, tranquilidade e transcendência, fomentadores do conforto.

Estas atividades permitiram-me desenvolver determinadas competências, como aplicar instrumentos de avaliação de resultados e cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (SIECE, 2009).

4- Validar com a enfermeira perita a execução da massagem terapêutica, reconhecendo o seu papel na equipa.

Após a realização das manobras da massagem terapêutica, procurava validar com a enfermeira orientadora se a técnica aplicada estava correta e quais os aspetos a melhorar. Inicialmente recebi algumas correções e conselhos da enfermeira que prontamente corrigi, o que me permitiu receber a sua confiança para estar sozinha nas últimas sessões de massagem.

O facto de ter orientação de uma enfermeira especialista na área do meu projeto, possibilitou-me validar as minhas decisões relativas à massagem terapêutica, esclarecendo dúvidas e partilhando situações práticas. A observação, o diálogo e a troca de experiências com a enfermeira perita consciencializou-me que o meu papel na equipa, como futura enfermeira especialista, passa por sensibilizar os enfermeiros para a importância do uso de terapias não-farmacológicas no controlo da dor, como a massagem terapêutica, e desenvolver formação para adquirirem habilidades que permitam realizar uma massagem estruturada e com as técnicas adequadas ao doente (Hessig, Arcand & Frost, 2004; Kaye et al., 2008).

Esta equipa de enfermagem usa a massagem terapêutica para controlar a dor dos doentes, o que me permitiu aferir que é possível integrar esta intervenção não-farmacológica no plano de cuidados do doente com dor crónica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados ao mesmo. Apurei que as competências da enfermeira orientadora foram importantes para a equipa pois dinamizou e formou os colegas para o uso da massagem, conseguindo tornar esta intervenção uma prática comum no cuidar dos doentes internados e ajudando os enfermeiros a otimizar e melhorar as suas ações através da partilha de conhecimentos (EONS, 2013).

Considero ter sido um estágio enriquecedor para o desenvolvimento de competências relativas à decisão e execução técnica da massagem terapêutica e na abordagem da dor crónica, no que respeita a basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (SIECE, 2009), considerando ter conseguido atingir este objetivo.

2.3. Num Serviço de Cirurgia Geral

Para o local de estágio onde exerço funções profissionais designei como objetivo geral, prestar cuidados de enfermagem às pessoas com dor crónica por cancro do cólon e reto promovendo o seu conforto e o alívio da dor com recurso à massagem terapêutica. Foram estabelecidos 4 objetivos específicos e consequentes atividades.

Após apresentar o meu projeto de estágio à equipa de enfermagem, senti grande receptividade da maioria dos enfermeiros que reconheciam ser um tema pertinente e que poderia contribuir para o controlo da dor dos doentes oncológicos. Em contrapartida, uma colega expressou o seu desinteresse e verbalizou que não iria fazer massagens pois “não gosta desse tipo de intimidades”. Após breve reflexão com a enfermeira orientadora sobre a opinião da equipa, propus intervir junto da colega que menos disponibilidade mostrou para colaborar no projeto (OE, 2011a), situação que considero ter dado impulso importante para a implementação do projeto (Apêndice VII).

1- Prestar cuidados de enfermagem às pessoas com dor crónica por cancro do cólon e reto, introduzindo a massagem terapêutica no seu plano de cuidados.

2- Avaliar a eficácia da massagem terapêutica no controlo da intensidade da dor e no nível de conforto do doente com cancro do cólon e reto.

Para uma cuidada aplicação da massagem terapêutica procurei gerir os recursos ambientais e as condições éticas (Dowd, 2004). Durante as sessões tive o cuidado de preparar o ambiente com base nos recursos disponíveis, melhorando o ruído, a luminosidade, a temperatura e proporcionando música calma ao gosto do doente com o telemóvel, tal como defendido por Liu e Fawcett (2008). Considero que um ambiente tranquilizador e agradável facilita o doente a abstrair-se do meio hospitalar e da sua situação clínica, centrando-se em si e no seu relaxamento (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). Tal como defende Kolcaba (2003), é papel do enfermeiro conceber os recursos fundamentais, tais como os ambientais, que ajudem a promover o estado de conforto do doente. Segundo o SIECE (2009, p.16), o enfermeiro especialista “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos”, proporcionando um ambiente terapêutico e adequado ao bem-estar.

Integrando as competências comuns do enfermeiro especialista, “demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” e “suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” (SIECE, 2009, p.14), tive em consideração as

questões éticas necessárias para esta intervenção, como o princípio da autonomia, em que o doente selecionado tinha total liberdade para aceitar ou recusar a mesma. O respeito pela privacidade da pessoa esteve presente nas sessões, visto a técnica exigir que esteja uma parte corporal exposta, podendo ser de algum modo constrangedor (Dowd, 2004), pelo que foi exposta apenas a região do corpo necessária para a massagem e as cortinas da unidade foram fechadas. Sendo meu dever, enquanto enfermeira, usar recursos não-farmacológicos (como a massagem terapêutica) para o alívio da dor, penso ter prezado o princípio da beneficência e da não maleficência, pois prestei um ato benéfico para o doente e do seu interesse, para além de não o prejudicar ou lesar com a própria execução técnica (EONS, 2013).

Após a avaliação da dor, apliquei a massagem na região dorsal a 5 doentes com CCR com dor crónica não controlada, em 5 sessões (2 a 3 dias por semana), num período de 2 semanas, num total de 25 sessões, durante cerca 20-25 minutos, usando a técnica do manual da massagem terapêutica elaborado anteriormente. Validou-se o seu efeito na intensidade da dor, nos sinais vitais e no nível de conforto. A seleção de cada doente baseou-se na presença de dor crónica de origem oncológica não controlada com analgesia instituída e que considereii poderem beneficiar desta intervenção, levantando-se daí a minha intenção de aliviar a dor e promover o conforto (OE, 2008). Verificou-se a total adesão dos doentes selecionados após a explicação da intervenção e ser negociado com cada um, o momento mais adequado da aplicação. Utilizei o documento “Instrumento de colheita de dados sobre a história de dor” para conhecer a dor de cada doente de modo sistemático e a “Planificação da massagem terapêutica” em cada sessão, para posterior análise dos resultados.

A média do nível de dor dos doentes antes da massagem situou-se em 5,9 na EN, ocorrendo uma diminuição da intensidade para cerca de metade (2,7) após serem submetidos a esta intervenção não-farmacológica, fixando-se num patamar de dor aceitável para cada doente, tal como descrito no Gráfico 3.

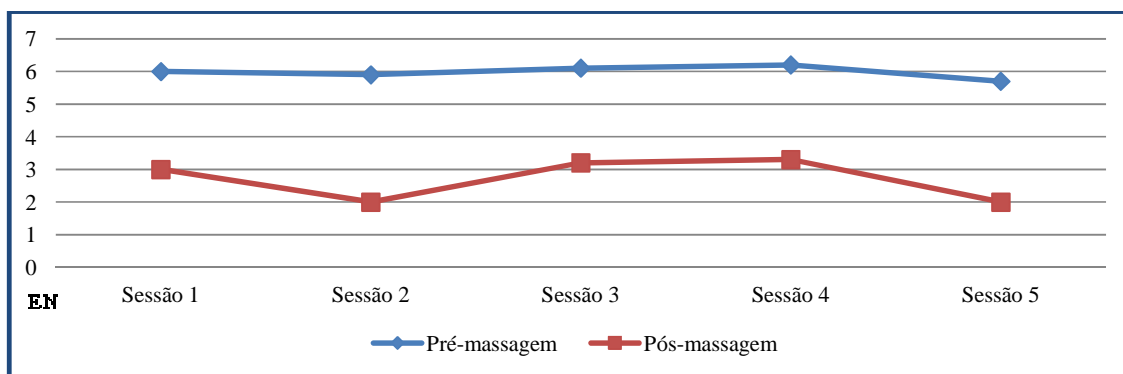


Gráfico 3: Níveis de dor média pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.

De realçar que em 4 ocasiões, os doentes referiram alívio total da dor (nível 0) após a massagem. Também neste caso se verificou uma redução da intensidade da dor média da primeira sessão para a última, o que comprova que ao longo das sessões de massagem a percepção da dor pelos doentes foi diminuindo. Na fase pré-massagem a dor média baixou de 6,0 para 5,7 no final, enquanto na fase pós-massagem ocorreu uma diminuição do nível de dor média de 3,0 para 2,0 na última sessão. Naturalmente, a diferença na fase pós-massagem é mais significativa pelos efeitos que esta terapia proporciona quando aplicada continuamente (Running & Seright, 2012). Importante referir que, desde o início da aplicação da massagem nestes doentes não houve alterações de medicação analgésica, nem houve administração de analgesia em SOS antes das sessões de massagem, que pudessem influenciar estes resultados.

Perante estes factos, verifiquei os efeitos da massagem no alívio da dor, sendo os resultados semelhantes e na mesma linha de outros estudos realizados sobre a dor crónica em doentes oncológicos com a aplicação desta intervenção não-farmacológica (Oyston & McGee, 2012; Liu & Fawcett, 2008; Kvale & Bondevik, 2010).

Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill e Kutner (2009) apuraram no seu estudo que dos 151 doentes oncológicos submetidos a massagem terapêutica, 76,2% (115) referiram diminuição da intensidade da dor imediatamente após a massagem, de uma média inicial de nível 7 para uma média final de nível 3 na EN.

Adams, White e Beckett (2012) realizaram o seu estudo com o objetivo de verificar a eficácia da massagem terapêutica no controlo da dor, em 65 doentes com dor crónica. Aplicaram a massagem em sessões de 15 a 45 minutos, 2 vezes por semana, durante 6 meses, e identificaram a intensidade da dor através da EN antes e após cada sessão. Concluíram que houve uma diminuição da intensidade da dor após as sessões de massagem, de 5,18 inicial para 2,33. Também fizeram um estudo qualitativo para avaliar que sensações os doentes descreviam com as sessões de massagem, identificando como aspetos mais referidos: a melhoria na qualidade do sono, a sensação de relaxamento, a diminuição da ansiedade e o bem-estar emocional.

No estudo de Oyston e McGee (2012), a massagem de cerca de 30 minutos foi aplicada em 34 doentes oncológicos, 3 vezes por semana e durante 5 semanas. No final concluíram que 70% dos doentes referiram sensação de relaxamento imediato e 60% apresentaram diminuição da intensidade da dor no fim da sessão.

Gross-McEachrane, Liebschutz e Berlowitz (2006) utilizaram a massagem terapêutica em doentes com dor oncológica para verificarem a sua eficácia no controlo da dor e a

recetividade dos mesmos a esta terapia. Comprovou-se que o uso da massagem foi aceite por todos os doentes e tornou-se uma mais-valia, pois não só contribuiu para diminuir a intensidade da dor, como também proporcionou aumento do conforto e uma melhoria da forma como convivem com a sua doença no dia-a-dia.

Estes resultados da evidência científica sobre a eficácia da massagem terapêutica no alívio da dor dos doentes oncológicos estão de acordo com a realidade encontrada nos meus locais de estágio e os resultados obtidos, patenteando a viabilidade da implementação da massagem terapêutica no plano de cuidados de enfermagem do doente com dor crónica.

Pretendi conhecer o efeito da massagem terapêutica nos parâmetros vitais dos doentes, comparando os seus valores iniciais e finais. Também a nível hemodinâmico se verifica um efeito da massagem na diminuição dos valores da TA, da FC e da FR, como se pode confirmar no Gráfico 4.

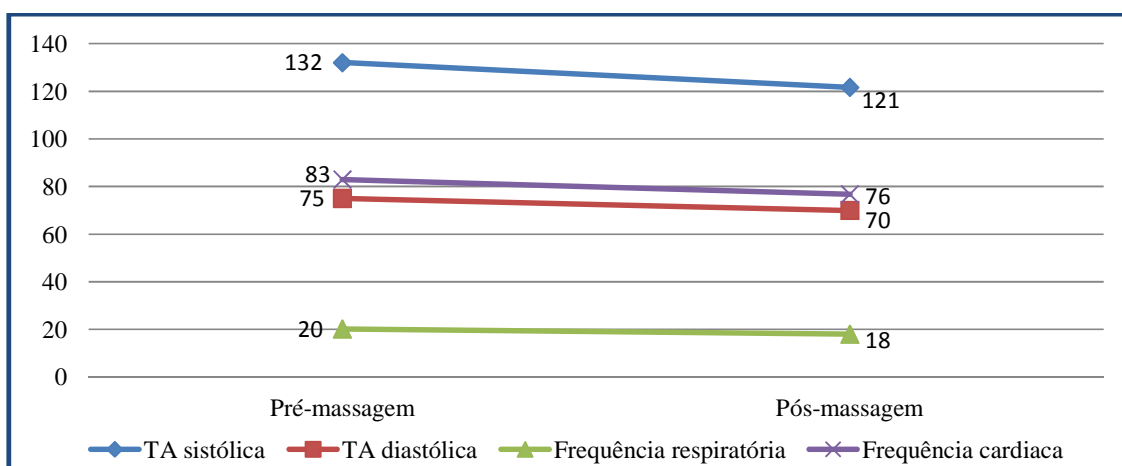


Gráfico 4: Valores médios dos sinais vitais pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.

Após a massagem ocorreu uma redução, em média, de 11 mmHg da TA sistólica, de 5 mmHg da TA diastólica, de 7 bpm da FC e de 2 cpm da FR.

Estes resultados vão de encontro aos do estudo realizado por Cardoso (2003) a doentes críticos internados numa unidade de cuidados intensivos, revelando que os efeitos de uma massagem estruturada ao nível dos membros superiores tiveram influência direta sobre os parâmetros vitais, constatando que os valores da TA, FC e FR desceram após a sua aplicação. Também o estudo de Costeira e Graveto (2010) foi semelhante, ocorrendo uma diminuição dos valores da TA, FC e FR.

Com o objetivo de descrever os efeitos da massagem na TA e FC, Kaye et al. (2008) desenvolveram um estudo em 263 pessoas com transtornos musculares, com sessões de

massagem entre 45-60 minutos de duração. Os resultados demonstraram uma redução média da TA sistólica de 10,4 mmHg, da TA diastólica de 5,3 mmHg, da pressão arterial média de 7,0 mmHg e uma redução média da FC de 10,8 bpm.

Como observado, a massagem terapêutica tem influência nos parâmetros vitais que se explica pela sensação de relaxamento e tranquilidade que esta terapia não-farmacológica fomenta. Estes estudos evidenciam que não existe contraindicação da massagem ao nível do estado hemodinâmico dos doentes oncológicos, podendo até melhorar a hipertensão arterial, a taquicardia e a taquipneia.

Através do uso da escala ESAS, pude também analisar a influência da massagem terapêutica no estado de conforto do doente, sendo “0” totalmente confortável e “10” a ausência total de conforto. A média do nível de conforto referida pelos doentes com CCR antes da massagem foi de 5 e após a sua aplicação diminuiu para o nível 2, ou seja, muito próximo do estado totalmente confortável, como se verifica no Gráfico 5.

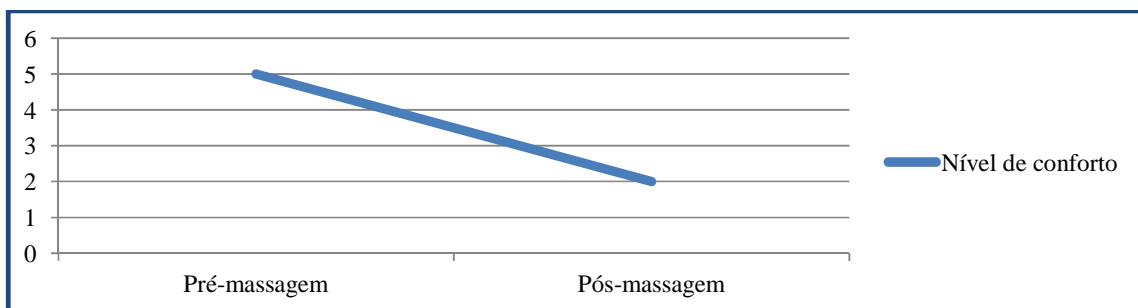


Gráfico 5: Intensidade média do conforto pré e pós massagem terapêutica dos doentes com CCR no Serviço de Cirurgia Geral.

De salientar que por uma vez um doente referiu sentir-se totalmente confortável (nível 0) após a massagem terapêutica. Constatou-se que houve maior número de doentes (4) que referiram alívio total da dor, do que o número de doentes (1) que referiu um estado totalmente confortável, podendo-se explicar pela maior subjetividade e multidimensionalidade que o termo conforto envolve (Kolcaba, 2003). Como defende Siefert (2002), o conforto surge associado ao alívio da dor e à gestão e controlo de vários sintomas, sendo mais difícil o doente referir níveis próximos do “conforto total” quando estão presentes mais sintomas.

Com o uso da escala ESAS pude verificar que após a aplicação da massagem terapêutica nos 5 doentes, os sintomas mais influenciados positivamente foram a ansiedade, o bem-estar, as insónias e o humor deprimido, ocorrendo uma diminuição dos níveis destes sintomas no final das sessões. Tal como demonstrado no estudo de Oyston e McGee (2012), houve uma redução da intensidade da ansiedade, depressão, insónias, náuseas e fadiga.

Running e Seright (2012) confirmaram no seu estudo que a massagem terapêutica vai interferir diretamente na ansiedade gerada pela dor, assim como na depressão causada pela própria doença, pois esta interfere negativamente no dia-a-dia do doente. O momento da massagem proporciona paz interior e sensação de liberdade da doença, bem como um período de relaxamento, onde os doentes encontram um conforto que a dor intensa e moderada não lhes permite ter (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Kaye et al., 2008).

O estado de conforto é posto em causa numa situação de doença oncológica, onde toda a realidade do doente é revolucionada. Indo ao encontro à teoria de Kolcaba (2003), através da massagem terapêutica consegue-se atenuar esta situação causadora de *stress* e ansiedade no doente satisfazendo algumas das suas necessidades básicas de alívio e tranquilidade, transmitindo uma sensação de relaxamento e calma (Cardoso, 2003). Para além disso, a massagem pode proporcionar um momento a sós com o enfermeiro, permitindo que o doente partilhe os seus medos, receios, inseguranças e necessidades, e o enfermeiro ter tempo para o escutar e para lhe oferecer apoio emocional (Costeira & Graveto, 2010).

O facto de desenvolver este projeto no meu local de trabalho, permitiu-me acompanhar estes doentes para além das horas de estágio, constatando que quando era aplicada a massagem terapêutica, a sensação de conforto e de relaxamento permanecia nas horas seguintes, permitindo-lhes dormir melhor (EONS, 2013). Também verifiquei que nos dias em que os doentes foram submetidos à massagem houve uma redução de consumo de analgesia em SOS. Em 63% das sessões de massagem os doentes não solicitaram analgesia em SOS nesse dia, ou seja, permaneciam com a sua dor num nível tolerável para si. No estudo de Adams, White e Beckett (2012), os autores também demonstraram a diminuição da necessidade de administração de terapêutica em SOS, pois mais de metade dos doentes (52,7%) referiu que não precisava de recorrer à analgesia em SOS após serem submetidos à massagem. Com estes dados pode-se afirmar que a massagem terapêutica pode ser um método válido no que respeita a uma redução do consumo de terapêutica e consequentemente na diminuição dos seus efeitos colaterais, bem como nos gastos económicos em saúde (D`Arcy, 2011; Hessig, Arcand & Frost, 2004).

Em suma, os resultados obtidos evidenciaram os efeitos positivos que a massagem terapêutica proporciona no alívio da dor, na redução dos parâmetros vitais e na melhoria do estado de conforto dos doentes oncológicos, tendo-me permitido ir ao encontro do perfil de enfermeiro especialista, especificamente, “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” e “interpreta, organiza e divulga dados provenientes

da evidência que contribuam para o conhecimento de desenvolvimento da Enfermagem” (SIECE, 2009, p.19).

A experiência obtida ao longo do projeto permitiu-me adquirir e aperfeiçoar competências na abordagem da dor crónica e massagem terapêutica. Como descrito no SIECE (2009, p.42), o enfermeiro especialista “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” e “demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor”. Durante este estágio consegui gerir e responder às necessidades dos doentes com dor crónica por CCR de forma eficaz e holística com o uso da massagem terapêutica, proporcionando o alívio da dor e uma melhoria do conforto.

3- Sensibilizar os enfermeiros da equipa para o uso da massagem terapêutica como intervenção não-farmacológica na abordagem do doente com dor crónica por cancro.

Com a intenção de conhecer a opinião da equipa de enfermagem em relação à massagem terapêutica, fiz um questionário com uma questão aberta única (OE, 2011a), a saber: “O que pensa sobre a utilização da massagem terapêutica nos cuidados de enfermagem ao doente oncológico?”. Foi sujeita a análise de conteúdo proposta por Bardin (2014), que defende uma leitura atenta das mensagens permitindo a descoberta de temas que demonstram a visão do outro sobre o assunto.

Obtive um total de 17 respostas, num universo de 31 elementos, ou seja, responderam 54,8% dos enfermeiros. Após analisar os textos, identifiquei as unidades de registo que foram categorizadas em 6 temas, de A a F, verificando a sua frequência. Segundo os enfermeiros, o interesse da utilização da massagem terapêutica nos cuidados de enfermagem é por: A - ser uma mais-valia e eficaz no controlo da dor (em 11 respostas - 45,8%); B - proporcionar e potenciar o relaxamento do doente (em 6 respostas - 25%); C - facilitar a diminuição da ansiedade (em 2 respostas - 8,3%); D - aumentar o conforto dos doentes (em 2 respostas - 8,3%); E - ser difícil de aplicar na prática devido à necessidade temporal e de recursos humanos que não existem atualmente (em 2 respostas - 8,3%); F - ser uma atividade autónoma de enfermagem que traz ganhos para a saúde (em 1 resposta - 4,3%).

A equipa de enfermagem considera a massagem terapêutica uma mais-valia para o controlo da dor dos doentes, mas também para diminuir a ansiedade, aumentar o conforto e a sensação de relaxamento (Marques, 2010). É também de salientar na resposta de um elemento, a visão da massagem como atividade autónoma de enfermagem. Pretendo explorar

esta conceção, demonstrando à equipa que, para além da administração da analgesia prescrita, podemos e devemos intervir autonomamente, perante um doente com dor, com medidas não-farmacológicas (OE, 2011a; Kaye et al., 2008; Mirchandani, Saleeb & Sinatra, 2011).

Foi referido por 2 enfermeiras haver dificuldade em usar a massagem devido ao pouco tempo disponível e à escassez de recursos humanos. É verdade que não haver tempo e outros recursos humanos dificulta a intervenção dos enfermeiros, mas esta pode ser integrada nos cuidados de enfermagem, por exemplo, durante os cuidados de higiene ou na aplicação de creme hidratante (Hessig, Arcand & Frost, 2004; Gross-McEachrane, Liebschutz & Berlowitz, 2006), havendo evidência de que a massagem tem efeitos terapêuticos mesmo durando cerca de 5 minutos, tempo suficiente para estimular o fluxo de nutrientes e oxigénio nos tecidos, aumentar a circulação sanguínea e induzir o relaxamento muscular (Cassileth & Vickers, 2004; Domenico, 2008; Coelho, 2011).

Outra atividade planeada consistiu em efetuar 2 sessões de formação à equipa de enfermagem sobre a massagem terapêutica, demonstrando a boa prática existente baseada na evidência científica. Com o intuito de sensibilizar os enfermeiros para o uso desta intervenção não-farmacológica e melhorar os seus conhecimentos sobre a mesma, realizei 2 sessões de formação, em datas diferentes, para informar o maior número de enfermeiros possível (OE, 2011a). Houve recetividade por parte da equipa, tendo assistido às ações de formação 17 dos 31 elementos que a compõem (54,8%). Alguns colegas que não puderam estar presentes e que mostraram interesse, tive oportunidade de partilhar informal e individualmente a formação.

A ação de formação (Apêndice VIII) baseou-se na exposição da história da massagem terapêutica, a sua explicação, efeitos terapêuticos, indicações e contraindicações, princípios e condições ambientais necessárias para a sua aplicação, revelando estudos efetuados nesta área e a minha experiência nos anteriores campos de estágio. Também foi utilizado um voluntário para a demonstração das técnicas específicas da massagem terapêutica. Por fim, uma breve reflexão em grupo sobre como se pode incluir esta medida nos registos de enfermagem em CIPE. Ficou decidido que iria ser inserida no diagnóstico da dor e na intervenção “Aplicação de técnicas não-farmacológicas”, escrevendo nas “Observações” como nota a realização da massagem terapêutica.

Para avaliar na prática o impacto que estas ações de formação tiveram na prestação de cuidados da equipa, fiz uma análise aos registos de enfermagem para verificar se a massagem terapêutica para o controlo da dor dos doentes estava planeada pelos enfermeiros (OE, 2011a). Antes das ações de formação foram identificados 5 doentes com dor crónica por CCR

internados, sendo que nenhum deles tinha a intervenção do uso de terapias não-farmacológicas registada. No período de 5 dias após as ações de formação verifiquei que, destes 5 doentes, 4 tinham registada a aplicação da massagem terapêutica (em observações), ou seja, houve um aumento de 80% no uso desta medida para o alívio da dor dos doentes. Penso, portanto, ter sido positiva a minha atuação junto da equipa.

No fim do estágio, analisei os registos de enfermagem dos doentes com doença oncológica internados para verificar o uso da massagem terapêutica pela equipa como intervenção planeada, tendo pedido primeiramente, autorização à enfermeira chefe e enfermeira orientadora (OE, 2011a). Constatei que a intervenção “Aplicação de técnicas não-farmacológicas” com a descrição da massagem em “Observações” estava presente em 28 doentes num total de 34 (82,4%). Com esta análise concluo que as minhas ações de formação foram bem recebidas e integradas pelos colegas, verificando-se o uso da massagem terapêutica nos seus cuidados ao doente oncológico com dor. De salientar que por vezes, alguns elementos recorreram à minha ajuda para tirar dúvidas e colaborar na tomada de decisão da massagem bem como no aperfeiçoamento das técnicas (OE, 2011a). Como descrito no SIECE (2009, p.17), o enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores”.

Penso que, de uma forma geral, consegui sensibilizar a equipa de enfermagem para a prática da massagem terapêutica como estratégia no alívio da dor e aumento do conforto do doente com dor crónica. O enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, e para isso “diagnostica necessidades formativas” da equipa, “avalia o impacto da formação” dada, “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” e “atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (SIECE, 2009, p.19). Refletindo no trabalho desenvolvido e nas atividades realizadas durante o estágio, considero que assentaram neste perfil de competências, em que “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (SIECE, 2009, p.19).

4- Criar um Procedimento Sectorial sobre a boa prática da massagem terapêutica para integrar o plano de qualidade do Serviço de Cirurgia Geral.

Atendendo às necessidades do serviço, elaborei um procedimento sectorial (Apêndice IX) sobre a boa prática da massagem terapêutica, como fator facilitador da sua integração nos cuidados de enfermagem. Este foi aceite e reconhecido pela chefia do serviço e passará a

integrar o plano de qualidade do Serviço de CG, estando a aguardar aprovação pela direção de enfermagem. Tendo em mente que o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade e para isso “elabora guias orientadores de boa prática” (SIECE, 2009, p.16).

Realizar o estágio no meu local de trabalho foi uma mais-valia pela oportunidade de evidenciar à equipa o meu papel como enfermeira especialista e mestre na abordagem da dor crónica através da massagem terapêutica.

Penso que os objetivos propostos foram atingidos e as competências de enfermeira especialista a que me propus desenvolver foram alcançadas, tendo sido agradável e gratificante o envolvimento dos doentes e equipa de enfermagem.

3. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Os campos de estágio revelaram-se de grande riqueza pois a aprendizagem experiencial em diferentes ambientes exigiu a adoção de uma atitude reflexiva. Estes permitiram transferir a teoria para a prática, consolidar conhecimentos, adquirir aptidões e desenvolver competências (OE, 2011a). Durante a operacionalização do projeto deparei-me com algumas dificuldades e limitações, que não posso deixar de referir, que me fizeram refletir e modificar por vezes o planeado previamente.

Um dos problemas no campo de estágio da UCP foi a falta de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, tendo sido orientada por uma enfermeira com uma pós-graduação em cuidados paliativos. Também o facto de haver pouca ou nenhuma formação específica no âmbito das intervenções não-farmacológicas, especialmente da massagem terapêutica, dos enfermeiros orientadores e dos elementos das equipas nos estágios da UCP e da CG, comprometeu, em parte, as minhas necessidades de aprendizagem e de formação bem como dificultou a identificação do papel do enfermeiro perito nesta área na equipa multidisciplinar.

Não ter tido oportunidade de cuidar de doentes com CCR nos 2 primeiros estágios (UCP e CT) foi outra limitação, levando à necessidade de alargar a aplicação da massagem terapêutica a doentes com outras patologias oncológicas para poder verificar os seus efeitos e desenvolver o projeto.

A integração da massagem terapêutica nos cuidados de enfermagem do turno da manhã revelou-se por vezes problemática, visto ser um turno com grande movimento, em que os doentes são observados pelos médicos e realizam outras atividades como, exames, fisioterapia e tratamentos, limitando o tempo disponível e as condições ideais para a aplicação da massagem (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009; Oyston & McGee, 2012). Esta realidade exigiu da minha parte uma gestão de cuidados e do horário apropriado e ajustado às dinâmicas dos serviços bem como um planeamento dos cuidados com os enfermeiros, médicos, auxiliares e terapeutas para conseguir criar um contexto ambiental adequado e sem interrupções. Outro obstáculo deveu-se à falta de um espaço físico acolhedor nos campos de estágio para a aplicação da massagem, ausente de ruídos e onde não fossemos interrompidos por outros profissionais (Liu & Fawcett, 2008). Consequentemente, constatei ainda a pouca valorização dada à massagem terapêutica por parte de alguns profissionais, como médicos e terapeutas, ocorrendo situações em que não respeitavam o meu

trabalho, interpelando-me durante a massagem ou referindo que a minha intervenção estava a “limitar” temporalmente o serviço deles.

Durante a revisão da literatura apercebi-me que existem poucos estudos que demonstram, com dados mensuráveis, o efeito da massagem terapêutica no conforto do doente oncológico (Kaye et al., 2008). Para evidenciar ainda mais esta intervenção não-farmacológica, sugere-se a realização de estudos exploratórios e quantitativos sobre os seus efeitos no estado de conforto da pessoa e outros sintomas, desenvolvendo-se escalas que permitam mensurar os níveis dos mesmos, a fim de se verificar de forma mais objetiva a ação da massagem terapêutica.

Relativamente à essência da massagem relacionada com o tocar no outro e o ser tocado por outro, levantou algumas questões por parte dos enfermeiros, devido ao aumento da intimidade que iria criar entre enfermeiro e doente e à interferência com motivações sociais, culturais e espirituais dos doentes, pois cada pessoa encara o toque de diferentes formas. No futuro, é provável que existam situações em que as pessoas recusem esta abordagem, mas durante os estágios realizados não vivenciei nenhum episódio de recusa à massagem, antes pelo contrário, todos os doentes se mostraram muito recetivos e interessados e posteriormente gratos pelo bem-estar proporcionado. Realço esta conjuntura como um dos pontos fortes do projeto.

Destaco também o interesse e a valorização demonstrados pelo meu projeto dos enfermeiros dos campos de estágio, por ser pertinente e ainda pouco comum na enfermagem portuguesa a abordagem da dor através da massagem terapêutica. No entanto, ao longo do projeto e da vida profissional ainda constato que, devido às limitações temporais, ao elevado número de doentes atribuídos a cada enfermeiro, a que a falta de recursos humanos nos serviços não é estranha, as intervenções não-farmacológicas são um pouco esquecidas e postas de lado por necessitarem de alguma disponibilidade de tempo, ou deixa-se a massagem circunscrita ao efeito preventivo de úlceras de pressão, perdendo outros significados terapêuticos que possa ter, como o do alívio da dor, da melhoria do conforto, do sono, do relaxamento, tudo elementos promotores da saúde da pessoa.

A nível pessoal considero que o ponto mais forte e gratificante do projeto foi constatar que a minha intervenção com a massagem terapêutica nos doentes com dor proporcionou-lhes uma diminuição da intensidade da dor, momentos de relaxamento e bem-estar e consequentemente uma melhoria do seu conforto (OE, 2011b). A meu ver, todo o esforço e dedicação são compensados com um sorriso ou palavras de agradecimento do doente e,

quando sinto que as minhas ações foram benéficas para ele, oferece-me uma sensação agradável e de dever cumprido enquanto enfermeira.

A nível prático e profissional realço como ponto positivo do projeto a verificação, através dos resultados obtidos, da eficácia da massagem terapêutica, não só ao nível da dor e conforto, mas também ao nível do estado hemodinâmico e de outros sintomas. A diminuição do recurso à analgesia em SOS nas horas após a aplicação da massagem também é de destacar (D`Arcy, 2011; Hessig, Arcand & Frost, 2004).

A minha ação junto da equipa de enfermagem do meu local de trabalho foi positiva, pois senti que ficaram sensibilizados para a importância desta medida não-farmacológica e verifiquei o aumento do uso da massagem na sua abordagem ao doente com dor crónica (OE, 2011b).

Em suma, posso afirmar que este projeto foi interessante e relevante, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, pois contribuiu para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e para uma abordagem mais holística aos doentes com dor crónica por CCR (e consequentemente para outras patologias oncológicas, crónicas e agudas), ajudando na sua recuperação física, psicológica e sociocultural. Permitiu-me uma maior consciencialização da minha prática e de entender que o enfermeiro tem um papel preponderante na abordagem da pessoa com dor crónica na fase avançada da doença, sendo responsável por intervir tendo em vista o alívio da dor e a promoção do conforto.

A constatação dos efeitos da massagem terapêutica no alívio da dor responsabiliza os enfermeiros, como profissionais de saúde, a promoverem o conforto da pessoa de modo autónomo e que se estende para além da terapêutica analgésica.

Como é definido pelo SIECE (2009, p.10),

o título de enfermeiro especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao seu campo de intervenção.

Refletindo e analisando o meu percurso desde o início do projeto, penso ter conseguido adquirir bases sólidas para aceder ao título de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente oncológica, considerando-me perita na área da abordagem da dor através da massagem terapêutica, e de mestre em enfermagem.

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir e avaliar as minhas intervenções e prestação de cuidados, fazendo com que tomasse ainda mais consciência da minha prática, das minhas limitações e qualidades, expandindo os meus horizontes numa área de grande gosto pessoal. É fundamental podermos ter este momento para refletir, sendo encarado por mim como mais uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, melhorando a capacidade de autocrítica e de autoavaliação.

Em relação às dificuldades sentidas na sua realização, a principal foi conseguir sintetizar e expressar-me dentro de menor número de páginas, o que reflete a minha determinação em transpor para o papel o que desenvolvi durante os estágios. Também porque, sendo o relatório um documento exigente, considerei importante descrever algumas situações que, para mim, foram indispensáveis para concretizar os objetivos.

Para Kolcaba (2003) são as ações dos enfermeiros que proporcionam conforto aos doentes e pensar segundo esta teórica é usar estratégias não-farmacológicas no controlo da dor, como a massagem terapêutica, que respondam às necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Simples gestos, como o toque das nossas mãos, tem a qualidade de ajudar a satisfazer estas necessidades, pelos variados efeitos que produz. A massagem terapêutica surge como uma técnica essencial que permite aos enfermeiros atuarem de uma forma autónoma e holística na prestação diária de cuidados aos doentes com dor.

Considero que a massagem terapêutica é uma estratégia eficaz para o controlo da dor, barata, de baixo risco e de fácil implementação no contexto de trabalho e seria uma mais-valia para as instituições de saúde a existência de profissionais habilitados para a sua aplicação bem como de locais apropriados. Além de que esta aposta poderia levar a uma redução de custos económicos farmacêuticos, pois esta terapia leva a uma diminuição do uso de medicamentos analgésicos.

Os estágios foram essenciais para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, constituindo um momento de evolução para as minhas capacidades de relação, comunicação, cognitivas, técnicas e de gestão de cuidados. Destaco como atividades desenvolvidas durante os estágios, a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes com dor internados, usando a massagem terapêutica para o alívio da dor e a melhoria do conforto, e a avaliação da sua eficácia através da EN, da ESAS e da medição dos sinais vitais. Nos 3

locais de estágio, foram 11 pessoas a quem apliquei a massagem terapêutica de forma continuada e analisei os seus efeitos na dor e conforto, no entanto, tive oportunidade de prestar cuidados e aplicar a massagem a mais doentes internados, que por determinada razão, não entraram para os resultados apresentados neste projeto. Destes resultados, salientam-se a redução da intensidade da dor, o aumento do nível de conforto e a diminuição da TA, FC e FR, após a aplicação da massagem terapêutica. Outra das atividades que pretendo destacar é a sensibilização dos enfermeiros da equipa para o uso da massagem terapêutica como intervenção não-farmacológica na abordagem do doente com dor, que como demonstrado anteriormente, foi bem sucedida. Posso assim concluir que, consegui executar na íntegra o meu projeto delineado no meu local de trabalho.

Os aspetos éticos e deontológicos foram sempre considerados e respeitados, tendo conseguido adequar o ambiente aos requisitos que uma intervenção como a massagem terapêutica acarreta, e desenvolver uma prática profissional e ética durante os estágios.

Para além das competências éticas desenvolvidas, posso concluir que desenvolvi outras competências a que inicialmente me propus, destacando a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados, a fundamentação da práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento e o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (SIECE, 2009).

Após dar a conhecer o meu projeto nos campos de estágio, fico com a sensação que há cada vez mais uma maior abertura e interesse por parte dos enfermeiros para o uso da massagem terapêutica como medida não-farmacológica no alívio da dor. Mas, é essencial a formação de enfermeiros, tornando-os capacitados para a sua implementação nos cuidados dos doentes, conjuntura que pode e deve ser supervisionada por um enfermeiro especialista, visto as suas competências se fundamentarem na prática baseada na evidência científica, associando-as e transformando-as em práticas cuja razão é cientificamente evidente.

No futuro, o meu papel como enfermeira especialista passa por ter conhecimentos atualizados sobre a abordagem da dor e as intervenções não-farmacológicas, nomeadamente a massagem terapêutica, e contribuir para a formação contínua dos enfermeiros, realizando ações de formação periódicas e acompanhando a equipa na partilha de dúvidas e experiências, promovendo uma maior integração da massagem terapêutica nos cuidados de enfermagem.

Visto que a pertinência desta temática não se esgota por aqui, sugere-se que se mantenha a realização de estudos na área de intervenção de enfermagem sobre a massagem

terapêutica, para aumentar o conhecimento dos seus efeitos na promoção do conforto e controlo da dor da pessoa com patologia oncológica, com a construção e validação de escalas para a sua avaliação, e assim contribuir para a evolução da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Um dos meus desejos pessoais e profissionais, a médio prazo, é formar ou pertencer a um projeto semelhante ao existente na Unidade da Dor visitada (Projeto Bem-estar), baseado em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto da pessoa. Além da minha dedicação, terão de surgir novas oportunidades de trabalho para que seja uma realidade, mas é minha intenção, a curto prazo, realizar um projeto baseado na massagem terapêutica para apresentar à direção de enfermagem da instituição onde trabalho.

Pretendo ceder ao meu serviço um exemplar deste relatório para que a equipa e futuros elementos possam consultar e tirar ilações sobre a abordagem do doente com dor crónica através da massagem terapêutica.

No futuro, pondero candidatar o meu projeto para a apresentação em conferências ou congressos relacionados com a área em questão. É meu objetivo também criar um artigo científico a partir deste estudo, de forma a publicá-lo numa revista de Investigação em Enfermagem.

A nossa profissão tem evoluído nas últimas décadas e após eu própria ter-me dedicado a este projeto, acredito que a investigação científica é um caminho importante para o futuro da Enfermagem, pois esta revê-se na prática baseada na evidência, tendo em vista a excelência no Cuidar da Pessoa. Deste modo, o presente estudo poderá contribuir para “(...) uma outra forma de olhar para a Enfermagem (...) para que seja considerada uma ciência específica com uma arte necessária para a sua execução, nunca descurando a necessidade de (...) humanizar” (Neto et al., 2003, p.219).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R., White, B. & Beckett, C. (2012). The Effects of Massage Therapy on Pain Management in the Acute Care Setting. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork: Research, Education & Practice*, 3(1): 4-11. Acedido a 22/03/14. Disponível em: <http://www.journals.sfu.ca/ijtmb/index.php/ijtmb/article/viewArticle/54/101>.
- Almeida, M. & Duarte, S. (2000). Massagem dorsal de bem estar e de conforto. *Referência*, 5: 75-78.
- Alves, S., Jardim, M., Gomes, B. & Freitas, O. (2015). Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2: 119-122. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100020.
- American Cancer Society (2013). *Finding Colorectal Cancer Early*. Lisboa. Acedido a 05/09/2014. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003170-pdf.pdf>.
- Aoki, S. (2008). Medicina física e de reabilitação no tratamento da dor. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM*. São Paulo: Sakata e Issy Editores.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9): 61-67.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2013). *Definição de dor crónica*. Lisboa. Acedido a 12/05/2014. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor>.
- Barbosa A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. 3ª edição. Lisboa.
- Batavia, M. (2004). Contraindications for therapeutic massage: do source agree?. *Journal of Bodywork and Movements Therapies*, 8(1): 48-57. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1360-8592\(03\)00084-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1360-8592(03)00084-6).
- Beck, I., Runeson, I. & Blomqvist, K. (2009). To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(11): 541-545. Acedido a 11/6/2014. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=5&hid=119&sid=bf7578d7-0998-4895-812c-e6c852df32fa%40sessionmgr113>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto editora.

- Benson, B. (2007). Epidemiology, disease progression, and economic burden of colorectal cancer. *Journal Management Care Pharmacy*, 13(6): 5-18. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17713990>.
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Binoche, T. & Martineau, C. (2006). *Guia prático do tratamento das dores*. São Paulo: Andrei Editora.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miler, M.J., Selmsler, P. & Macmilan, K. (1991). The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2): 6-9.
- Buchnan, A., Geerling, J. & Davies, A. (2014) – Breakthrough cancer pain: the rule of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(3): 126-129. Acedido a 08/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24675538&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Capelas, M. & Coelho, S. (2014). Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*, 1(1): 17-26. Acedido a 30/06/2016. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf.
- Cardoso, I. (2003). *O Toque e os parametros vitais*. Coimbra. Dissertação de Mestrado da Universidade de Coimbra.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor crónica*. Lisboa: Lidel.
- Cardoso, A.C.R. (2014). Controlo da dor em pacientes oncológicos (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cassar, P. (2001). *Manual de massagem terapêutica*. São Paulo: Manole.
- Cassileth, B. & Vickers, A. (2004). Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *Journal Pain Symptom Management*, 28(3): 244-249.
- Catalano, E. & Hardin, K. (2004). *Dores crónicas: um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus Editorial.
- Coelho, O. C. F. F. (2011). *A massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária*. Coimbra. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Coniam, S. & Diamond, A. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Costa, J. (2004). *Método de prestação de cuidados*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- Costeira, C. & Graveto, J. (2010). A massagem terapêutica, saúde e coping. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1): 237-241.
- D'Arcy, Y. (2011). *The problem of chronic pain. Compact clinical guide to chronic pain management*. New York: Springer Publishing Company.
- Direção Geral de Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Jo%C3%A3o%20Leit%C3%A3o/Downloads/i019565%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Jo%C3%A3o%20Leit%C3%A3o/Downloads/i019565%20(2).pdf).
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Plano Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas para o controle da dor na pessoa idosa*. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal - Doenças Oncológicas em Números – 2015*, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa. Acedido a 20/05/2015. Disponível em: http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Oncologicas.pdf.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Rastreio Oportunístico do Cancro do Cólon e Reto*. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: www.dgs.pt/directrizes-da-.../norma-n-0032014-de-31032014-pdf.aspx.
- Domenico, G. (2008). *Técnicas de massagem de Beard: princípios e práticas de manipulação de tecidos moles*. São Paulo: Elsevier Editora.
- Dowd, T. (2004). *Teoria do conforto. Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de Enfermagem*. Loures: Lusodidácta.
- Duineveld, L., Asselt, K., Belmelman, W., Smits, A., Tanis, P., Van Weert, H. ... Wind, J. (2016) - Symptomatic and asymptomatic colon cancer recurrence: a multicenter cohort study. *Annals Of Family Medicine*, 14(3): 215-220. doi:10.1370/afm.1919. Acedido a

- 11/06/2016. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27184991&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- European Oncology Nursing Society (2013). *Breakthrough cancer pain guidelines 2013*. Acedido a 20/06/2016. Disponível em:
<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainPocketGuide.pdf>.
 - Fonseca, J., Lopes, M. & Ramos, A. (2013). Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5): 771-8. Acedido em 03/05/2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000500019&script=sci_arttext.
 - Fritz, S. (2002). *Fundamentos da massagem terapêutica*. São Paulo: Editora Manole.
 - Gross-McEachrane, F., Liebschutz, J. & Berlowitz, D. (2006). Use of selected complementary and alternative medicine (CAM) treatments in veterans with cancer or chronic pain: a cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 6(34). doi: 10.1186/1472-6882-6-34. Acedido a 30/01/2015. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17026768&lang=pt-br&site=ehost-live>.
 - Guarda, H. (2005). *Tradução e adaptação cultural e linguística para português da escala de dor Doloplus 2* (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
 - Hessig, R., Arcand, L. & Frost, M. (2004). The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. *Oncology Nursing Forum*, 31(1): 71-78. Acedido a 20/01/2015. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004040037&site=ehost-live>.
 - International Association for the Study of Pain (2002). *Classification of chronic pain*. Seattle. Acedido a 09/09/2014. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>.
 - Jones, D., Zhao, F., Brell, J., Lewis, M., Loprinzi, C., Weiss, M. ... Fisch, M. (2015). Neuropathic symptoms, quality of life, and clinician perception of patient care in medical oncology outpatients with colorectal, breast, lung, and prostate cancer. *Journal of Cancer*

- Survivorship: Research And Practice*, 9(1): 1-10. doi:10.1007/s11764-014-0379-x. Acedido a 11/06/2016. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25023039&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Joshi, R. (2013). Palliative cares files family meetings. *Canadian Family Physician*, 59(6): 637-639.
 - Kaye, A. et al (2008). The effect of deep-tissue massage therapy on blood pressure and heart rate. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(2): 125-128. doi: 10.1089/acm.2007.0665.
 - Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
 - Kosmider, S. (2007). Adjuvant therapies for colorectal cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 13(28): 3799-3805. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v13/i28/3799.htm>.
 - Kutner, J., Smith, M., Mellis, K., Felton, S., Yamashita, T. & Corbin, L. (2010). Methodological challenges in conducting a multi-site randomized clinical trial of massage therapy in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6): 739-744. doi: 10.1089/jpm.2009.0408. Acedido a 09/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=51980127&lang=pt-br&site=ehost-live>.
 - Kvale, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4): 436-442. doi:10.1188/10.ONF.436-442. Acedido a 11/07/2016, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20591803&lang=pt-br&site=ehost-live>.
 - Leslie, A. & Steele, R. (2002). Management of colorectal cancer. *Postgraduate Medical Journal*, 78: 473-478. doi:10.1136/pmj.78.922.473. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://pmj.bmj.com/content/78/922/473.short>.
 - Lewis, R., Flynn, A., Dean, M., Melville, A., Eastwood, A. & Booth, A. (2004). Management of colorectal cancer. *Quality in Healthcare*, 13(5): 400-404. doi: [10.1136/qshc.2004.011817](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483593/pdf/v007p00103.pdf). Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483593/pdf/v007p00103.pdf>.

- Libierman, D. (1998) - How to screen for colon cancer. *Annual Review of Medicine*. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=9509256&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Liu, Y. & Fawcett, T.N. (2008). The role of massage therapy in the relief of cancer pain. *Nursing Standard*, 22(21):35-40. Acedido a 08/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009798943&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M.L. (2010). *Pain Proposal: a dor crónica em Portugal*. Acedido a 06/10/2015. Disponível em: <http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal%20Country%20Snapshot.pdf>.
- Magalhães, T. & Duarte, J. (2008). Gestão e sustentabilidade das unidades de dor. *Dor*, 1(16): 21-24. Acedido a 30/06/2016. Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/83_Gestao_e_sustentabilidade_das_unidades_de_dor.pdf.
- Marlain, C., Smith, M., Yamashita, T., Bryant, L., Hemphill, L. & Kutner, J. (2009). Providing massage therapy for people with advanced cancer: what to expect. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4): 367-371. doi: 10.1089/acm.2008.0391. Acedido a 09/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=38030688&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Marques, C. (2010). *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal*. Lisboa. Dissertação de Mestrado apresenta Faculdade de Ciências de Saúde.
- Mayer, J., Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. ... Loscalzo, J. (2008). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- MirchandaniI, A., Saleeb, M. & Sinatra, R. (2011). *Essentials of pain management*. New York: Springer.
- Monteiro, D. (2012). *Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para o uso em cuidados paliativos*. (Dissertação de Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Neto, F. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, 51(5): 214-227.
- Oliveira, C.T.C. (2011). *Tratamento potencialmente curativo no cancro colorectal metastizado, a propósito de um caso clínico*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Acedido a 30/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistematização de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Acedido a 14/04/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido a 30/01/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 30/01/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Acedido a 30/01/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Acedido a 30/01/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.
- Oxford Dictionaries (2014). Acedido 12/09/2014. Disponível em: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/comfort>.
- Oyston, E. & McGee, M. (2012). Oncology massage research and Training up date. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 18(1): 1-11. Acedido a 29/01/2015. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011525558&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. 6ª edição. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, J. (2008). *Medicina de reabilitação e traumatologia do desporto*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Pinto, A. (2012) - Rastreamento do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 19(3): 113-144. Acedido a 29/01/2015. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90143695&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=347&ty=19&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=347v19n03a90143695pdf001.pdf.
- Pinto, G.C.P.R. (2010). *Carcinoma colo-rectal: diagnóstico e tratamento*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Porto.
- Potter, P & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Ritto, A.C. (2005). Dor – 5º sinal vital: do projeto à realidade, a longa caminhada. *Enfermagem*, 39(2): 5-9.
- Roxo, J. (2008). O toque na prática clínica. *Revista Referência*, 2(6): 77-89.
- Running, A. & Seright, T. (2012). Integrative Oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Cancer Pain*, 16(4):325-31. doi: 10.1007/s11916-012-0275-x. Acedido a 30/01/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011612931&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Russell, N. C., Sumler, S., Beinhorn, C. M., & Frenkel, M. A. (2008). Role of massage therapy in cancer care. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(2): 209-214. doi:10.1089/acm.2007.7176. Acedido a 11/07/2016, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18315504&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Sá, P.M.G. (2008). *Cancro do cólon e reto*. Covilhã. Dissertação de Mestrado apresentada Faculdade de Ciências da Saúde.

- Sakata, R., Issy, V. & Vlainich, R. (2008). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM*. São Paulo. P. 163-168.
- Sapeta, A. (2000). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Investigação em Enfermagem*, 7(1): 1-12.
- Schwartz, N., Blanke, D. & Pesko, J. (2004). Target therapies in the treatment of colorectal cancer: what managed care needs to know. *Journal of Management Care Pharmacy*, 10(5): 14-17. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://ns.amcp.org/data/jmcp/Octsupp20041.pdf>.
- Shen, P. (1999). *Massagem para o alívio da dor, passo a passo*. Singapura: Manole Editora.
- Siefert, M. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing*, 4(2): 16-23.
- Slatyer, S., Williams, A. & Michael, R. (2015). Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: a grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1): 229-39. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010. Acedido em 30/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103860048&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Smith, G., Carey, F., Beattie, J., Wilkie, M., Lightfoot, T., Coxhead, J. ... Garner, C. (2002). Mutation sin APC, Kirsten-ras, and p53 – alternative genetic pathways to colorectal cancer. *United Kingdom Molecular Pharmacology*, 99(14). Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/99/14/9433.full.pdf>.
- Soares, N.A. (2014). *Rastreamento do cancro do cólon e do reto, estado da arte*. Covilhã. Dissertação de Mestrado apresentada Faculdade de Ciências da Saúde.
- Sousa, F. & Silva, J. (2004). Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 5(4). Acedido a 12/10/2015. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf.
- Tavares, J. (2006). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. Porto: Porto Editora.
- Valadas, M.B. (2003). A monitorização da dor como 5º sinal vital. *Revista Sinais Vitais*, 31: 19-23.

- Valentini, V. (2008). Could the surgeon trust to radiotherapy help in rectal cancer? *Acta Chirurgica Jugoslavica*, 55(3): 55-9. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=19069693&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Van Der Voort Van Zijp, J., Hoekstra, J. & Basson, M. (2008). Envolving management of colorectal cancer. *World J Gastroenterology*, 14(25): 3956-67. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725333/>.
- Vasconcelos, M. (2006). *Tratamento da dor. Incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Walling, A., Keating, N., Kahn, K., Dy, S., Mack, J., Malin, J. ... Arora, N. (2016) - Lower patient ratings of physician communication are associated with unmet need for symptom management in patients with lung and colorectal cancer. *Journal of Oncology Practice/ American Society of Clinical Oncology*, 12(6), 654-669. doi:10.1200/JOP.2015.005538. Acedido a 11/06/2016. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27221991&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Wolpin, B. & Mayer, R. (2008). Systemic treatment of colorectal cancer. *Gastroenterology*, 134(5): 1296-310. doi: 10.1053/j.gastro.2008.02.098. Acedido a 30/12/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18471507&lang=pt-br&site=ehost-live>.

ANEXOS

ANEXO I

Escalas de avaliação da dor e regras de aplicação

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Escala Numérica

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

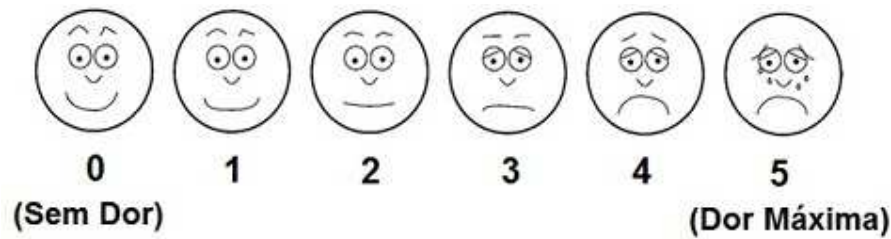
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Escala Qualitativa

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

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

Regras de aplicação das escalas de avaliação da dor

- A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;
- A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita;
- As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos para doentes que não preencham estes critérios;
- A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma;
- Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização;
- É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

ANEXO II

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
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
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Chart 3 – ESAS-r Brazilian Portuguese version. Porto Alegre, RS, Brazil, 2011.

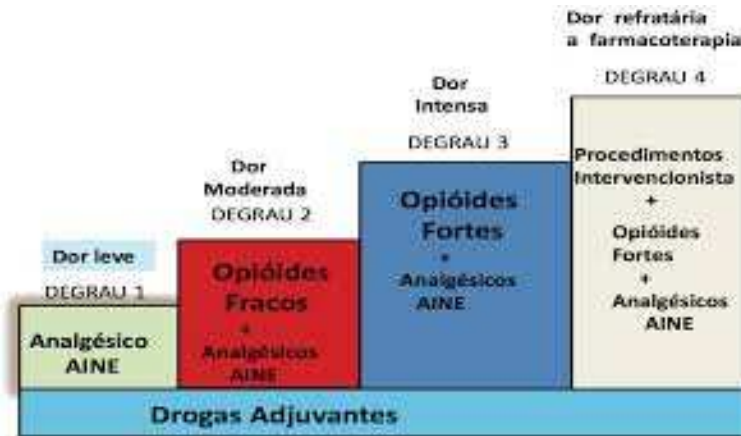
Fonte: Bruera, E., Kuehn, N., Miller, MJ., Selmsler, P. & Macmilan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2):6-9.

Monteiro, D. (2012). *Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para o uso em cuidados paliativos*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXO III

Escada Analgésica da OMS

ESCADA ANALGÉSICA DA OMS



O primeiro degrau é reservado para a dor ligeira, devendo-se utilizar os analgésicos não opióides (Paracetamol e AINE'S). O segundo degrau é descrito como dor moderada e refere-se ao uso de opióides fracos (como o Tramadol e a Codeína), juntamente com analgésicos não opióides e/ou adjuvantes. O terceiro degrau refere-se à dor considerada intensa e que não respondeu às doses máximas do segundo degrau, preconiza a utilização de opióides fortes (como a Morfina, Buprenorfina, Hidromorfona, Fentanil, Metadona), podendo também ser complementados com analgésicos não opióides e/ou adjuvantes. O quarto degrau baseia-se na dor não controlada (quando não foi aliviada nos 3 degraus anteriores) e menciona o recurso a técnicas invasivas e específicas como bloqueios nervosos ou administração de analgésicos por via espinhal. Os fármacos adjuvantes não são analgésicos mas vão potenciar os efeitos destes contribuindo para o alívio da dor, como antidepressivos, corticóides, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, entre outros.

Quando um analgésico de um degrau é insuficiente (já com dose máxima possível), deve-se substituir por outro correspondente ao degrau seguinte, ou seja, somente um medicamento de cada degrau deve ser usado de cada vez. As doses dos fármacos devem ser ajustadas em avaliações frequentes de modo a otimizar a sua eficácia e o controlo da dor. Face aos múltiplos efeitos secundários que aqueles fármacos produzem, é fundamental o despiste e a avaliação dos sintomas no doente, sendo necessário o uso complementar de fármacos dirigidos a esses sintomas. Está preconizado também que a via de administração destes fármacos deverá, sempre que possível, ser a menos invasiva, portanto a via oral.

ANEXO IV

Técnicas de massagem terapêutica

MANOBRAS DE DESLIZAMENTO

Técnica realizada com toda a superfície palmar de uma ou ambas as mãos, polegares ou dedos, numa pressão e velocidade variáveis, movimentando-se em conjunto ou alternadamente em qualquer direção na superfície do corpo.

Finalidade:

As manobras de deslizamento são úteis para dar início à massagem pois possibilitam que a pessoa se acostume à sensação transmitida pelas mãos de quem aplica e permitem um relaxamento significativo, produzindo um efeito sedativo com um toque leve que pode aliviar a dor e o espasmo muscular. Se aplicadas com um toque rápido e mais profundo, estimulam as terminações nervosas sensitivas, resultando num efeito generalizado de revigoramento.

Principais efeitos:

- Relaxamento, produzindo um efeito sedativo que pode aliviar a dor e os espasmos musculares;
- Efeito estimulante e sensação de revigoramento, quando realizado rapidamente;
- Dilatação das arteríolas nos tecidos profundos e estruturas superficiais, quando realizado de forma lenta e profunda.

Usos terapêuticos:

- Aumentar o fluxo de sangue e linfa na circulação superficial;
- Aliviar a dor e o espasmo muscular, promovendo o relaxamento;
- Permitir que terapeuta e doente se acostumem a sentir os tecidos um do outro;
- Unir as várias manobras de massagem como uma sequência, dando continuidade à terapia;
- Aliviar a flatulência ou outros distúrbios do movimento intestinal, através dos efeitos mecânicos diretos e reflexos no intestino;
- Induzir o sono.

Indicações:

- Dor aguda ou crónica;
- Espasmo muscular;
- Cicatriz superficial;
- Flatulência e desconforto abdominal generalizado;
- Insónias.

MANOBRAS DE EFFLEURAGE

São movimentos de deslizamento lentos, realizados com pressão crescente e na direção do fluxo venoso e linfático (direção centrípeta).

Finalidade:

Estimulam a circulação superficial e profunda, aumentando o fluxo sanguíneo venoso e linfático que facilita a eliminação ou absorção dos produtos do catabolismo, e mobilizam os líquidos ou fluidos teciduais. Também permitem aliviar a dor através do mecanismo do “portão” pela estimulação dos mecanorreceptores sensitivos de maior diâmetro na pele, reduzindo os espasmos musculares e promovendo relaxamento. Também é útil para o término de uma sequência de massagem.

Principais efeitos:

- Aumento do fluxo sanguíneo nas veias superficiais e profundas em direção ao coração;
- Estimulação do fluxo linfático, para a eliminação mais rápida dos produtos do catabolismo;
- Aumento do fluxo nas veias e vasos linfáticos, aliviando a congestão nos capilares e permitindo que os fluídos linfáticos e vasculares fluam mais rapidamente para dentro e para fora dos leitos capilares;
- Aumento da mobilidade da pele e tecidos subcutâneos, aumentando a amplitude dos movimentos nas articulações e segmentos dos membros;
- Estimulação dos mecanorreceptores de maior diâmetro na pele (via mecanismo do portão), aliviando desta forma, a dor e reduzindo os espasmos musculares.

Usos terapêuticos:

- Aumentar o fluxo sanguíneo e linfático na circulação superficial e profunda;
- Promover a absorção dos exsudados inflamatórios das lesões do tecido mole;
- Aliviar a dor e o espasmo muscular, promovendo o relaxamento;
- Estimular a absorção dos produtos do catabolismo pelo sistema linfático;
- Permitir que terapeuta e doente se acostumem a sentir os tecidos um do outro;
- Unir as manobras de massagem como uma sequência, dando continuidade à terapia.

Indicações:

- Edema crônico, principalmente nas extremidades;
- Dor crônica;
- Espasmo muscular crônico;
- Cicatriz tecidual superficial.

MANOBRAS DE AMASSAMENTO

Abrangem diversos movimentos de massagem distintos que se caracterizam por uma firme pressão aplicada aos tecidos. Trata-se da manipulação do tecido muscular profundo e dos tendões, incluindo a pele e os tecidos subcutâneos sobre eles. Existem 4 tipos de movimentos distintos: amassamento, pinçamento, torção e rolamento da pele.

Finalidade:

Estes movimentos, para além dos efeitos sobre o sistema circulatório e o alívio da dor, visam a mobilização de fibras musculares e tendinosas, promovendo o funcionamento normal dos músculos (contração e alongamento) e a mobilização normal das articulações.

Amassamento – é a compressão e libertação alternada dos músculos e tecidos subcutâneos, realizada em movimentos circulares. Cada movimento circular é dividido em 2 fases: compressão e relaxamento. Estes são acompanhados por um movimento de deslizamento das mãos, dedos ou polegares. Tem como objetivo a mobilização das fibras musculares, tendões e outras estruturas profundas, promovendo o normal funcionamento dos músculos.

Pinçamento – técnica em que é feita a compressão dos músculos através da pinça com os dedos, erguendo-os simultaneamente dos tecidos subjacentes, sendo libertados de seguida. Realizada em movimentos circulares na direção das fibras musculares. Tem a finalidade de mobilizar músculos individuais ou um grupo deles, exercendo uma ação mecânica sobre as fibras musculares. Pretende aumentar a mobilidade muscular, promovendo o normal funcionamento das articulações e dos membros.

Torção – manipulação em que os tecidos são levantados das estruturas subjacentes com ambas as mãos e comprimidos alternadamente entre os dedos e o polegar das mãos em oposição, enquanto se progride ao longo dos músculos em questão. Também tem como objetivo mobilizar as fibras musculares para aumentar a sua mobilidade e facilitar o funcionamento das articulações e dos membros.

Rolamento da pele – movimento em que se levanta a pele e os tecidos subcutâneos, afastando-os das estruturas subjacentes, e depois é feito o rolamento sobre os tecidos mais profundos. O seu objetivo é mobilizar a pele e as estruturas subcutâneas, incluindo o conteúdo dos vasos superficiais, melhorando a circulação na área massajada.

Principais efeitos:

- Aumento do fluxo sanguíneo e linfático, promovendo a circulação e a eliminação rápida dos produtos do catabolismo;

- Aumento do fluxo venoso e linfático, aliviando a congestão nos capilares e permitindo que os fluídos linfáticos e vasculares fluam mais rapidamente para dentro e fora dos capilares;
- Aumento da eliminação dos produtos do catabolismo nos músculos superficiais e profundos;
- Estiramento de cicatrizes teciduais pós trauma nos músculos;
- Aumento da amplitude de movimento do músculo e promoção da função articular;
- Redução do espasmo muscular, através do estímulo dos mecanorreceptores de grande diâmetro na pele, aliviando a dor,
- Promoção do relaxamento no tecido muscular superficial e profundo.

Usos terapêuticos:

- Aumentar o fluxo sanguíneo e linfático na pele e músculos superficiais e profundos;
- Promover a absorção dos exsudados inflamatórios (edema) das lesões de tecido mole;
- Mobilizar a pele e tecidos subcutâneos;
- Mobilizar contraturas nos músculos superficiais e profundos, tendões, ligamentos e cápsulas articulares;
- Remover a acumulação dos produtos do catabolismo nos músculos;
- Aliviar a dor e o espasmo muscular, promovendo o relaxamento.

Indicações:

- Edema crônico, especialmente nas extremidades;
- Dor crônica;
- Cicatriz tecidual na pele e tecidos subcutâneos, especialmente associada ao trauma;
- Contraturas nos músculos, tendões, ligamentos, cápsulas articulares e estruturas relacionadas.

MANOBRAS DE PERCUSSÃO

Constituem uma série de técnicas realizadas por várias partes das mãos golpeando os tecidos numa velocidade bastante rápida. São essencialmente aplicados 4 tipos de movimentos: palmadas, pancadas, cutiladas e percussões.

Finalidade:

Permitem estimular os tecidos subcutâneos e musculares de forma direta (ação mecânica) ou reflexa. Estas manipulações rápidas, além do efeito vasodilatador e tonificador, provocam uma onda de vibração que penetra nos tecidos, permitindo estimular a atividade muscular e ativar os mecanorreceptores e as fibras musculares aferentes que conduzem a informação ao cérebro, facilitando assim a contração muscular e o alívio da dor.

Palmadas – movimentos realizados com uma ou ambas as mãos em concha que golpeiam rapidamente a superfície cutânea, comprimindo o ar e provocando uma onda de vibração que penetra nos tecidos. Estimulam os tecidos por ação mecânica direta e quando aplicadas sobre as costelas e pulmões ajudam a mobilizar as secreções.

Pancadas – técnica realizada com uma ou duas mãos em que os dedos flexionados e a palma de cada mão golpeiam uma área numa rápida sucessão de movimentos. Esta é mais estimulante que a palmada pois a mão está fechada, sendo especialmente útil para estimular os grandes músculos dos membros inferiores.

Cutiladas – movimentos efetuados com as mãos na vertical em que os bordos laterais e as superfícies dorsais dos dedos golpeiam a superfície da pele em rápida sucessão. Tem o objetivo de criar um efeito estimulante e vigoroso sobre a pele, tecidos subcutâneos e tecidos musculares superficiais e profundos.

Percussões – realizados com os punhos fechados e estendidos em que golpeiam uma região alternadamente e em rápida sucessão. Permitem maior profundidade nos movimentos.

Principais efeitos:

- Estimulação dos mecanorreceptores na pele, músculos e tendões, facilitando a contração muscular;
- Estimulação da circulação sanguínea e linfática no tecido muscular;
- Mobilização das secreções pulmonares;
- Alívio da dor resultante da estimulação dos mecanorreceptores na pele;
- Aumento do fluxo sanguíneo e linfático nos tecidos subcutâneos.

Usos terapêuticos:

- Aumentar o fluxo sanguíneo e linfático nos tecidos subcutâneos;
- Estimular a circulação nos músculos superficiais e profundos;
- Aliviar a dor e os espasmos musculares;
- Favorecer a mobilização de secreções;
- Facilitar a contração muscular e reeducar a sua função;
- Estimular a função orgânica.

Indicações:

- Contração muscular fraca ou dificuldade em iniciar a atividade muscular (por distúrbios neurológicos);
- Dor crónica (principalmente associada a lesão nervosa);
- Patologias respiratórias associadas à retenção de secreções.

MANOBRAS DE VIBRAÇÃO

Trata-se de uma técnica praticada com uma ou duas mãos em que um delicado movimento vibratório (parecido com um tremor) é transmitido aos tecidos pela mão ou pelas pontas dos dedos.

Finalidade:

São usadas principalmente na cinesiterapia respiratória para a mobilização das secreções, mas também como estimulante do tecido muscular, uma vez que induz o reflexo de estiramento.

Principais efeitos:

- Estimulação dos mecanorreceptores na pele, músculos e tendões, facilitando a contração muscular e o alívio da dor;
- Mobilização de secreções pulmonares;
- Movimento dos gases quando aplicadas sobre o estômago e intestino.

Usos terapêuticos:

- Mobilizar as secreções pulmonares, facilitando a expectoração;
- Facilitar a contração muscular e reeducação da sua função;
- Aliviar a dor e reduzir a espasticidade;
- Aliviar a flatulência;
- Estimular a função orgânica;
- Diminuir o edema crônico.

Indicações:

- Patologias respiratórias associadas à retenção de secreções;
- Contração muscular fraca ou dificuldade em iniciar a atividade muscular associada a distúrbios neurológicos;
- Dor crônica, especialmente associada a lesão nervosa;
- Problemas crônicos de flatulência.

FRICÇÕES PROFUNDAS

Consistem em movimentos pequenos, precisamente localizados e profundamente penetrantes realizados em estruturas específicas, atingindo os tecidos conjuntivos dos tendões, ligamentos e músculos. Estes movimentos profundos são feitos com as pontas dos dedos ou polegares.

Finalidade:

Estes movimentos têm o objetivos de mobilizar os tendões, ligamentos, cápsulas articulares e tecidos musculares profundos, particularmente se estão presentes inflamações ou aderências.

Principais efeitos:

- Estiramento do tecido cicatricial pós-trauma nos músculos, tendões, ligamentos e cápsulas articulares;
- Vasodilatação, produzindo um aumento da perfusão tecidual no local;
- Mobilização de estruturas que não se estão a mover de forma adequada.

Usos terapêuticos:

- Mobilizar as contraturas musculares superficiais e profundas, tendões, ligamentos e cápsulas articulares;
- Aumentar os fluxos sanguíneo e linfático na pele e nos músculos superficiais e profundos;
- Promover a absorção dos exsudados inflamatórios das lesões do tecido mole;
- Aliviar a dor e o espasmo muscular.

Indicações:

- Lesões músculo-esqueléticas localizadas;
- Dor crónica associada a lesões em qualquer um dos tecidos músculo-esqueléticos;
- Cicatriz tecidual superficial na pele e tecido subcutâneo, associado a trauma.

MOVIMENTOS PASSIVOS DE RELAXAMENTO

São movimentos lentos de estiramento realizados através da amplitude de movimento, normal ou fisiológico, disponível numa articulação ou região do corpo. Os movimentos são repetidos diversas vezes, com um aumento gradual da amplitude de movimento.

Finalidade:

Permitem o estiramento dos tecidos moles associados a uma articulação ou local específico, ajudando a restaurar a amplitude de movimento e a manter a viabilidade e o comprimento tecidual normal.

Principais efeitos:

- Aumento da amplitude de movimento das estruturas músculo-esqueléticas e melhoria da habilidade funcional,
- Alívio da dor e do espasmo muscular;
- Aumento do fluxo sanguíneo e linfático nos membros, devido ao efeito mecânico do bombardeamento produzido quando os tecidos são alternadamente comprimidos e estirados, promovendo a cura e melhoria da qualidade dos tecidos.

Usos terapêuticos:

- Aumentar o fluxo sanguíneo e linfático na circulação superficial e profunda dos membros;

- Aliviar a dor e o espasmo muscular, melhorando a amplitude de movimento;
- Recuperar a perda funcional da amplitude de movimento da pele, articulação, músculo, tendão e tecido neurovascular;
- Manter a amplitude de movimento funcional normal nos segmentos do corpo, submetidos à imobilidade ou paralisia prolongadas.

Indicações:

- Dor e espasmo muscular agudo ou crônico que impedem a mobilização;
- Cicatriz tecidual superficial e profunda na pele e tecido subcutâneo;
- Imobilidade ou paralisia prolongadas;
- Contraturas nos músculos, ligamentos, tendões, cápsulas articulares e tecidos neurovasculares.

Fonte: Fritz (2002); Domenico (2008)

ANEXO V

Certificado de Formação Profissional de Massagem Terapêutica



M&P – Consultadoria Informática, Lda.
Rua Bernardo Lima, 48 – 2.º 1150-077 Lisboa
Tel.: 21 781 59 80 | Fax.: 21 781 59 89
Contribuinte N.º: 502 200 260
www.m-p.pt | info.formacao@m-p.pt

Certificado de Formação Profissional

(Dec. Reg. Nº. 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que Laura Margarida Esteves Dias Cavalheiro de Almeida, natural de Portuguesa, nascido/a a 29/08/1985, nacionalidade Portuguesa, género Feminino, portador/a do Documento de Identificação n.º 12464809, concluiu, com aproveitamento, em 04/05/2015, o Curso de Formação Profissional

Curso Intensivo de Massagem

que decorreu de 12/04/2014 a 04/05/2015, com a duração total de 32 horas, tendo obtido a classificação final de Muito Bom numa escala qualitativa de 1-Fraco a 4-Muito Bom.

Lisboa, 09 de Maio de 2014

M & P
Consultadoria
Informática

A Gerência

Certificado N.º M&P/4783/2014



Formação Intensiva de Massagem

Destinatários

Público em geral

Programa

Conteúdo Programático:

Módulo	Temas	Horas
Anatomofisiologia	Organização do corpo	1h
	Osteoartrologia	7h
	Miologia	7h
	Avaliação	1h
Quiromassagem Massagem Sueca	Caracterização da MS	1h
	Indicações e Contra-Indicações da massagem	1h
	As diferentes Manipulações	1h
	Protocolo geral de massagem de relaxamento: <ul style="list-style-type: none">➢ Cabeça➢ Rosto➢ Torax➢ Abdómen➢ Membros Superiores➢ Membros Inferiores➢ Costas	11h
	Avaliação prática	2h

Duração

32 horas

Modalidade/Organização

Presencial em Sala

Metodologias de Formação

Exposições teórico-práticas.

Recursos e Materiais Pedagógicos

Os formandos receberão documentação adequada segundo os conteúdos programáticos.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Planificação de atividades para os campos de estágio

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos de Nível III

Objetivo Geral: Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com dor crónica com doença oncológica avançada partindo de uma compreensão global desta experiência pessoal e da evidência sobre a intervenção de enfermagem.

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de avaliação
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	1- Conhecer a dor crónica e suas repercussões na vida dos doentes. 2- Melhorar os conhecimentos farmacológicos sobre o controlo da dor crónica. 3- Identificar as práticas de avaliação e controlo da dor por parte da equipa de enfermagem. 4- Identificar as medidas não-farmacológicas usadas pela equipa no alívio da dor e controlo de sintomas. 5- Estabelecer planos de cuidados que integrem a massagem terapêutica a doentes com dor crónica, de forma prestar melhores cuidados de enfermagem que confortem os doentes.	1.1. Revisão da literatura sobre dor crónica e intervenções não-farmacológicas. 1.2. Análise crítica das práticas de avaliação e controlo da dor por parte da equipa. 1.3. Avaliação e caracterização da dor dos doentes internados. 1.4. Síntese da terapêutica analgésica prescrita nos doentes com dor crónica, de quem fui responsável. 1.5. Identificação das intervenções não-farmacológicas usadas pela equipa para o controlo da dor crónica. 1.6. Realização de formação profissional em massagem terapêutica. 1.7. Prestação de cuidados de enfermagem aos doentes internados que visem o alívio da dor e aumento do seu conforto através da massagem terapêutica, avaliando a sua eficácia. 1.8. Análise reflexiva de uma situação prática com doente, utilizando a massagem terapêutica como recurso não-farmacológico.	Humanos: Enfermeira Chefe; Enfermeira orientadora; Equipa de enfermagem; A pessoa com dor por doença oncológica. Materiais: Documentos do serviço (normas, protocolos); EN; Base de dados eletrónica usando os descritores: Pain; Nurs; Massage therapy.	- Consulta de documentos da unidade. - Análise das referências bibliográficas sobre a melhor evidência científica no controlo da dor na pessoa com doença oncológica avançada. - Observar, assistir e prestar cuidados com a equipa de enfermagem. - Análise crítica das práticas da equipa de enfermagem. - Referência aos números de pessoas a quem prestei cuidados. - Aplicação da EN para avaliação da dor e eficácia da massagem terapêutica.

Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Central de Lisboa

Objetivo Geral: Melhorar competências técnicas e de decisão relativas à massagem terapêutica como intervenção de enfermagem autónoma, implementando-a no plano de cuidados da pessoa com doença oncológica e avaliando os seus efeitos.

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C2. Adapta a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>1- Melhorar a execução técnica da massagem terapêutica realizada durante a prestação de cuidados à pessoa com dor crónica.</p> <p>2- Criar um ambiente físico, espiritual e ético gerador de segurança e conforto para realizar a massagem terapêutica.</p> <p>3- Avaliar a eficácia da massagem terapêutica na intensidade da dor do doente com dor crónica.</p> <p>4- Validar com a Enfermeira Perita a execução da massagem terapêutica, reconhecendo o seu papel na equipa.</p>	<p>1.1. Entrevista aos doentes para avaliação da dor e identificação da sua recetividade ao uso da massagem terapêutica.</p> <p>1.2. Elaboração de documento auxiliar da entrevista, sobre a avaliação da “História de dor”.</p> <p>1.3. Elaboração de documento auxiliar na aplicação da massagem terapêutica que evidencie os seus resultados: “Planificação da massagem terapêutica”.</p> <p>1.4. Construção de um manual de manobras de massagem terapêutica para os doentes oncológicos.</p> <p>1.5. Planeamento das medidas ambientais que propiciam condições para a massagem terapêutica.</p> <p>1.6. Aplicação da massagem terapêutica nos doentes internados com dor crónica e avaliação da sua eficácia através da EN.</p> <p>1.7. Validação das decisões com a enfermeira perita e análise reflexiva do seu papel na equipa.</p>	<p>Humanos: Enfermeira chefe; Enfermeira orientadora; Enfermeiros do serviço; Pessoa com dor crónica.</p> <p>Materiais: Base de dados eletrónica usando os descritores: Kolcaba, Pain, Comfort, Massage therapy; Documentos “História de dor” e “Plano de massagem terapêutica”; Telemóvel com música.</p>	<p>- Guião de entrevista estruturado.</p> <p>-Plano de massagem terapêutica elaborado.</p> <p>- Referência ao número de pessoas a quem aplique a massagem terapêutica.</p> <p>- Verificar as reações e comparar o nível de dor dos doentes antes e após a massagem terapêutica.</p> <p>- Observar e partilhar com a enfermeira orientadora.</p> <p>- Validar com a enfermeira orientadora a correta decisão e execução da massagem terapêutica.</p> <p>- Análise crítica sobre as intervenções realizadas.</p>

Instituição: Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Central de Lisboa

Objetivo Geral: Prestar cuidados de enfermagem às pessoas com dor crónica por cancro do cólon e reto promovendo o seu conforto e o alívio da dor com recurso à massagem terapêutica.

Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>1- Prestar cuidados de enfermagem às pessoas com dor crónica por cancro do cólon e reto, introduzindo a massagem terapêutica no seu plano de cuidados.</p> <p>2- Avaliar a eficácia da massagem terapêutica no controlo da intensidade da dor e no nível de conforto do doente com cancro do cólon e reto.</p> <p>3- Sensibilizar os enfermeiros da equipa para o uso da massagem terapêutica como intervenção não-farmacológica na abordagem do doente com dor crónica por cancro.</p>	<p>1.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor crónica por cancro do cólon e reto, preferencialmente desde a admissão até à alta.</p> <p>1.2. Gestão dos recursos ambientais e as condições éticas para propiciar a aplicação da massagem terapêutica.</p> <p>1.3. Aplicação da massagem terapêutica nos doentes selecionados para o estudo, usando como suporte os documentos “Instrumento de colheita de dados sobre a história de dor” e “Planificação da massagem terapêutica”.</p> <p>1.4. Avaliação do efeito da massagem terapêutica no controlo da dor crónica e no conforto do doente com cancro do cólon e reto.</p> <p>1.5. Sondagem de opinião, sobre as limitações e motivações da equipa de enfermagem em relação à massagem terapêutica através da realização de uma questão aberta.</p> <p>1.6. Realização de 2 sessões de formação à equipa de enfermagem sobre a massagem terapêutica, demonstrando</p>	<p>Humanos: Enfermeira Chefe; Enfermeira orientadora; Enfermeiros do serviço; Doentes com critérios para a realização do estudo.</p> <p>Materiais: Óleo de amêndoas doces ou creme hidratante; Telemóvel com música; Documentos “História da dor”, “Plano da massagem terapêutica” e “Guião das</p>	<p>- Guião de história de dor elaborado. - Plano de massagem terapêutica elaborado. - Referência ao número de pessoas a quem prestei cuidados com o uso da massagem terapêutica. - Analisar as respostas dos doentes para aferir os efeitos da massagem terapêutica. - Avaliar o feedback da equipa de enfermagem sobre o projeto. - Colocação de questões no final das sessões de formação para verificar se os conteúdos da mesma foram entendidos. - Identificar a adesão da equipa ao uso da massagem terapêutica como técnica não-farmacológica através dos registos de enfermagem.</p>

<p>K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p>	<p>4- Criar um Procedimento Sectorial sobre a boa prática da massagem terapêutica para integrar o plano de qualidade do Serviço de Cirurgia Geral.</p>	<p>a boa prática existente baseada na evidência científica. 1.7. Análise dos registos de enfermagem dos doentes com doença oncológica internados para verificar o uso da massagem terapêutica pela equipa de enfermagem.</p>	<p>técnicas de massagem terapêutica”; Registos de enfermagem.</p>	<p>- Procedimento Sectorial sobre a prática da massagem terapêutica para reconhecimento pela direção de enfermagem.</p>
--	--	--	---	---

APÊNDICE II

Análise reflexiva de um estudo de situação ocorrido no estágio da Unidade de Cuidados Paliativos

O estudo de situação refere-se a uma Sr^a. L.M., de 52 anos, submetida a cirurgia para remoção de um osteossarcoma na bacia com colocação de próteses, tendo tido várias complicações pós-cirúrgicas como deiscência da ferida operatória, encontrando-se com metástases ósseas e uma úlcera de pressão de grau II na região sagrada. Foi internada nesta unidade por um período de tempo indeterminado para controlo da dor, tratamento das feridas e para reabilitação/manutenção física, estando já na instituição há 2 meses. Apresentava uma dor contínua, tipo picada e pressão na região sagrada com irradiação para a região lombar e trocantérica esquerda, com uma intensidade tolerável para si entre 3-4 na EN. Referia ter períodos em que a dor se exacerbava para níveis de 5-7, sendo necessário tomar analgesia em SOS. A posição ventral proporcionava alívio da dor, que se acentuava com as transferências e mobilidade. A Sr. L.M. necessitava de ajuda parcial em algumas atividades de vida, como higiene, transferências e eliminação. Atualmente desempregada e divorciada, só tem uma filha que não a podia visitar regularmente por motivos profissionais, recebendo poucas visitas, fatores que, aliados à sua situação clínica, contribuía para o seu humor deprimido e estado psicológico debilitado. A seleção desta Sr^a deveu-se ao facto de se encontrar muito queixosa, pouco comunicativa, com um fâcies triste e aparentemente desconfortável, pretendendo proporcionar-lhe uma melhoria do conforto e do estado psicológico com a massagem terapêutica.

No início do turno e após a minha apresentação, perguntei-lhe o que poderia fazer para a ajudar, sentando-me ao lado da sua cama para proporcionar um momento de diálogo, tentando criar empatia e confiança, algo que penso ter conseguido progressivamente, visto a doente ter começado a expressar os seus sentimentos, após alguma persistência e momentos de silêncio. Referiu que sentia um grande desconforto na região sagrada pela úlcera, por o penso estar sempre a repassar e pelo odor desagradável que apresenta, estando as roupas constantemente sujas com o repasse, criando-lhe um mal-estar e uma grande ansiedade. Esta situação preocupava-a bastante por se sentir dependente de terceiros. Após a identificação deste problema para a doente planeei as minhas ações, que passaram por refazer o penso mais reforçado com compressas absorventes e sugerir o uso de uma fralda cueca que iria absorver o exsudado do penso e impediria que repassasse para a sua roupa, tendo concordado com esta ideia e ficando mais tranquila.

No início do turno da manhã a Sr^a L.M. referiu sentir dor de nível 6 na EN. Após realizar uma explicação sobre a massagem terapêutica e que seria um complemento da analgesia já tomada ao pequeno-almoço (9h), a doente consentiu que lhe executasse a massagem depois dos cuidados de higiene e dos pensos. Após estes cuidados preparei o

quarto, criando um ambiente calmo e sereno, fator que contribui para o relaxamento (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). Sendo um quarto duplo com a outra doente ausente na fisioterapia, fechei a porta do quarto e desliguei as luzes, ficando a sala apenas com a luz solar natural pela janela, conseguindo ter um ambiente de privacidade e tranquilo, complementado com o som de fundo da música da televisão.

A doente colocou-se em decúbito ventral, posição que lhe proporcionava maior conforto, com a cabeça apoiada numa almofada, os membros superiores ao longo do tronco e com uma almofada por baixo dos membros inferiores, cobrindo-se os membros superiores e inferiores com um cobertor para manter a temperatura. Segundo Domenico (2008), uma posição confortável para a pessoa é um fator muito importante para maximizar os efeitos da massagem. Pedi para fechar os olhos durante a massagem para facilitar a descontração, incentivando-a a abstrair-se da situação em que se encontrava, tentando desfrutar do momento (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009). Alertei-a também para me informar caso fizesse algum movimento que a incomodasse ou lhe fosse desconfortável, que rapidamente seria corrigido. Aqueci primeiro o creme hidratante e as mãos (Marlain, Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). Apliquei a massagem terapêutica na região dorsal com manobras de deslizamento, *pétrissage* e *effleurage*, durante cerca de 20 minutos, tempo suficiente para a doente relaxar, acabando mesmo por adormecer. A avaliação da dor após a massagem foi efetuada quando a Sr^a L.M. acordou passado cerca de 1 hora, referindo o nível 2 na EN, tendo reduzido a intensidade da dor para um nível nunca verbalizado anteriormente (o valor mínimo registado desde a admissão era de 3).

Respeitei os princípios éticos, que para além do consentimento da doente para a realização de um procedimento não-farmacológico, foi garantida a sua privacidade, tanto do ambiente onde nos encontrávamos como da exposição do seu corpo durante a massagem, que poderia ser constrangedor para si, tendo o cuidado de expor apenas a região que seria massajada.

Nos restantes turnos do estágio tive oportunidade de acompanhar a Sr^a L., planeando os cuidados com a inclusão da massagem após a higiene conforme negociado com a doente, tendo tido resultados favoráveis e positivos no que respeita ao alívio da dor (verbalizou sempre níveis entre 1-3 após a massagem), ao aumento do conforto e à redução da ansiedade segundo a própria doente, que verbalizou expressões como: “estou muito melhor Sr^a Enfermeira, sinto-me mais leve...mais tranquila...”, “fiquei mais confortável após a massagem...” e “até me sinto mais bem-disposta”. Com esta experiência, verifiquei que a massagem terapêutica proporcionou benefícios no estado de saúde da doente, não só físicos

como psicológicos, funcionando como promotora do conforto (Kolcaba, 2003). Senti que o simples facto de lhe oferecer algo mais que um comprimido para aliviar a sua dor, criou uma sensação de cumplicidade, de interesse e de confiança, permitindo-lhe ter um espaço para relaxar, podendo desfrutar do momento como preferisse, estando em silêncio, conversando comigo ou expondo as suas dúvidas, medos e expectativas em relação à sua situação clínica.

Kolcaba (2003) defende que o conforto pode ser atingido ou melhorado através das intervenções que o enfermeiro pratica com o intuito de satisfazer as necessidades humanas básicas. Nesta situação, a doente conseguiu sentir-se confortável, pois verifico que fecha os olhos, acabando mesmo por adormecer à medida que a massagem decorre, ficando progressivamente mais calma, com a respiração serena, sem manifestações de dor, satisfazendo desta forma as suas necessidades de alívio e tranquilidade.

Verifiquei que são vários os fatores que podem influenciar direta e indiretamente o estado de conforto da pessoa com doença oncológica. Para além das manifestações físicas evidentes da doença, existem uma série de outros fatores a ter em conta, como as manifestações psicológicas, sociais e espirituais que vão aumentar a fragilidade do doente, comprometendo assim o seu conforto. No caso da Sr^a L.M., a condição de dependência, a incerteza sobre a sua evolução clínica, a distância dos seus familiares diretos, a perda dos papéis familiar, profissional e social e o sentimento de isolamento social, foram experiências da sua vida após saber ter uma doença oncológica que tiveram impacto no seu estado psicológico e espiritual, fazendo com que se focasse quase em exclusivo na sua doença e dor. A minha intervenção com a massagem terapêutica contribuiu para a promoção do conforto no seu todo, proporcionando relaxamento físico e apoio psicológico com os momentos de diálogo e de escuta.

APÊNDICE III

Relatório crítico de visita de observação a uma Unidade da Dor – Projeto Bem-Estar

O estágio de observação de 2 dias numa Unidade da Dor com o Projeto Bem-Estar implementado, foi escolhido por se tratar de um projeto pioneiro no controlo da dor do doente oncológico feito por enfermeiros com recurso à massagem terapêutica.

O Projeto Bem-Estar iniciou-se em 2005 após enfermeiros com interesse e formação na área da massagem terapêutica, terem começado a realizar massagens aos colegas por apresentarem dorsalgias persistentes e grandes níveis de *stress* (Magalhães & Duarte, 2008). Refletindo em equipa e concluindo ser um método eficaz para os enfermeiros, interrogaram-se se a massagem terapêutica não deveria ser alargada aos doentes, especialmente para os que sofriam de dor crónica e altos níveis de ansiedade relacionados com a sua doença (Roxo, 2008; EONS, 2013). Desta forma, decidiram criar o Projeto Bem-Estar, onde propunham realizar consultas de enfermagem integradas na Unidade da Dor a doentes com dor crónica para controlo da mesma com o uso da massagem terapêutica como complemento à terapêutica farmacológica. O intuito destas consultas também era proporcionar momentos que valorizassem a pessoa e não a sua doença. Os resultados e o *feedback* deste projeto foram muito positivos, com os doentes a referirem sentir a dor mais controlada e maior relaxamento, e neste momento a consulta é realizada 2 vezes por semana das 8h às 16h, estando a aguardar autorização para se prolongar por mais dias, de modo a dar resposta ao aumento das referências por parte dos médicos e enfermeiros das diferentes especialidades e serviços. Este projeto é desenvolvido por uma equipa de 4 enfermeiros pertencentes ao internamento de cirurgia que vão sendo escalados para os dias atribuídos ao projeto conforme a sua disponibilidade. A tomada de decisões dos enfermeiros em relação às suas intervenções é autónoma e baseada na sua experiência e conhecimentos teórico-práticos.

Na primeira consulta é feita a colheita de dados sobre a história de dor da pessoa, os seus sintomas e limitações da doença e é elaborado um plano de intervenção de enfermagem personalizado. Ao longo das consultas neste plano serão registadas as técnicas de massagem utilizadas, a forma como o doente reagiu às mesmas e quais os resultados obtidos no final de cada consulta no que respeita aos sinais vitais, nível da dor e sensações do doente, através do preenchimento do plano de massagem (OE, 2011a; Phaneuf, 2015; Magalhães & Duarte, 2008). São planeadas entre 8 a 10 sessões por pessoa, uma por semana, podendo ser prolongadas.

Trata-se apenas de uma sala de tratamentos, que está equipada com uma marquesa, uma cadeira de massagens para as pessoas que se sintam mais confortáveis sentadas, uma aparelhagem audifónica onde é colocada música ambiente (clássica) e um aquecedor para tornar a temperatura mais acolhedora. A pessoa é convidada a colocar-se na posição mais

confortável, facilitando a sua colaboração na terapia e integrando a sua vontade no tratamento (Siefert, 2002; Kolcaba, 2003). É aplicada a massagem terapêutica com uma duração de cerca 30-40 minutos, normalmente de corpo inteiro, recorrendo às técnicas de *effleurage*, com deslizamento superficial e profundo, seguido do amassamento e rolamento dos tecidos e terminando novamente com deslizamentos superficiais. No final da sessão o doente é tapado com um cobertor aquecido e convidado a relaxar durante alguns minutos (Fritz, 2002; Domenico, 2008).

Tinha grandes expectativas e entusiasmo em assistir à aplicação da massagem terapêutica nos doentes oncológicos por um enfermeiro perito, especialmente por a maioria ter já outras morbilidades associadas e metástases diagnosticadas. Questionei a enfermeira como lidam com as contraindicações para o uso da massagem neste tipo de doentes, ao que respondeu que esta terapia não está contraindicada nestes casos nem há estudos que comprovem essa teoria, mas que têm de ser feitos ajustes nas técnicas usadas conforme a doença (Dowd, 2004; Cassileth & Vickers, 2004; Oyston & McGee, 2012). Nos doentes com metástases ósseas, por exemplo, a enfermeira realizava o tratamento com uma intensidade menor, sem as técnicas de pressão, apenas com movimentos suaves (Hessig, Arcand & Frost, 2004; EONS, 2013). Esta atitude de adaptação da intervenção à especificidade de cada pessoa permite que todos os doentes possam ser abrangidos, mesmo aqueles com maiores complicações, não se sentindo esquecidos ou inferiorizados e tomando consciência que, apesar de terem limitações, mantêm o direito a estas terapias que lhes transmitem tranquilidade, relaxamento e conforto (Batavia, 2004; Dowd, 2004).

Foi interessante escutar a opinião das pessoas quando questionadas sobre os efeitos destas consultas, sendo o seu *feedback* extremamente positivo. Todos mencionaram que esta terapia é benéfica para o controlo da dor, bem como para o seu conforto e bem-estar geral. Alguns verbalizaram que saíam da consulta com outra disposição e mais calmos para lidar com os seus familiares e para realizar tratamentos oncológicos, considerando esta terapia como um momento de “escape” ou de refúgio das suas rotinas diárias impostas pela doença (OE, 2011b; EONS, 2013).

Um aspeto que considero muito importante e relevante é a integração dos familiares que acompanhavam os doentes na terapia. A enfermeira promove ensinamentos e dá formação técnica a familiares capazes e recetivos para aplicarem a massagem de forma consciente e cuidada no domicílio, para proporcionarem relaxamento e conforto (DGS, 2008; OE, 2011b). O modo como a enfermeira, doente e família estão unidos e disponíveis para colaborar em conjunto é salutar, contribuindo todos para a melhoria do conforto do doente, mesmo em

momentos que não se limitam ao da consulta de enfermagem. É essencial o enfermeiro ter a consciência de que são os familiares/cuidadores que estão com o doente quem lhe prestam auxílio quando este necessita, daí a importância de se integrarem nesta terapia para estarem capazes de dar resposta ao doente, pois é conhecido que a família desempenha um papel importante na assistência ao doente oncológico, particularmente na promoção do conforto e segurança (Barbosa & Neto, 2010; Bidarra, 2010; Joshi, 2013).

Esta experiência permitiu-me verificar quais os benefícios físicos, psicológicos e socioculturais da prática da massagem terapêutica nos doentes com dor crónica, visto proporcionar sensações positivas que ajudam a diminuir sentimentos negativos, como o desconforto e a ansiedade. Segundo uma enfermeira do projeto, esta terapia oferece, através do relaxamento, uma sensação de conforto e bem-estar, ajudando a pessoa a alterar progressivamente a forma de encarar a doença e a retomar atividades que já não lhe eram possíveis fazer devido à dor sentida e à falta de autoestima. Partindo desta perspetiva holística, o enfermeiro ajudará o doente oncológico a alterar o modo como se encontra integrado no seu meio, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Kaye et al., 2008).

Foi gratificante constatar que nesta instituição de saúde existe atualmente uma maior sensibilidade e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos doentes para a importância da massagem terapêutica como terapia não-farmacológica no controlo da dor. Este aspeto comprova-se pelo número de doentes referenciados e em lista de espera para este projeto. Confirmei a eficácia da massagem terapêutica no controlo da dor e penso que deveriam existir mais projetos referentes a terapias não-farmacológicas em instituições de saúde pois seria uma mais-valia para os doentes com dor crónica. No entanto, tenho noção que essa realidade ainda é difícil de realizar devido à falta de enfermeiros especializados ou com formação, à pouca sensibilização dos profissionais de saúde e também ao período de alguma carência de enfermeiros nas organizações de saúde.

Este estágio de observação apesar de curto, foi positivo pois permitiu aferir que a temática do meu projeto é pertinente e benéfico para doentes com dor crónica, bem como permitiu adquirir conhecimentos práticos sobre a massagem terapêutica.

APÊNDICE IV

Instrumento de colheita de dados sobre a história de dor

HISTÓRIA DE DOR

Nome: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais: _____

1. Características da dor

1.1. Localização: _____

Irradiação: S N

Qual? _____

1.2. Evolução

1.2.1. Data em que iniciou a dor: _____

1.2.2. Frequência: Contínua Intermitente Brusca

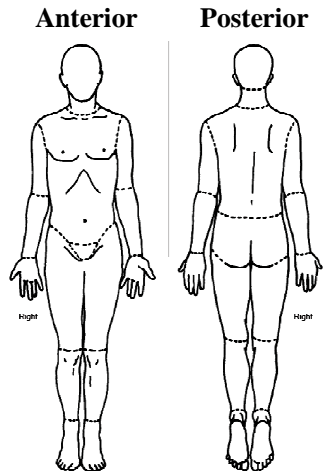
Rítmica Periódica

1.3. Intensidade (EN): Dor atual: _____ Pior dor: _____

Nível aceitável de dor: _____

1.4. Qualidade: Formiguento Picada Facada Dormência Queimadura

elétricos Outros



Choques

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

3. Fatores de alívio:

4. Fatores de agravamento:

5. Estratégias de coping:

6. Impacto nas atividades de vida diárias:

7. Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor:

Trabalho:

Atividades de lazer:

Relações pessoais:

Emoções:

Concentração:

8. Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas

8.1. Terapêutica farmacológica instituída:

8.2. Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos:

9. Conhecimento/percepção acerca da doença:

10. Significado da dor:

11. Expectativas acerca do tratamento da dor:

Adaptado da versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*, Fonte: Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L, Romão, J., ... Castro-Lopes, JM. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 38-39.

APÊNDICE V

Planificação da massagem terapêutica

PLANIFICAÇÃO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA

Data: ___/___/___

Turno: ___

Nome: _____

Diagnóstico: _____

Terapêutica farmacológica: _____

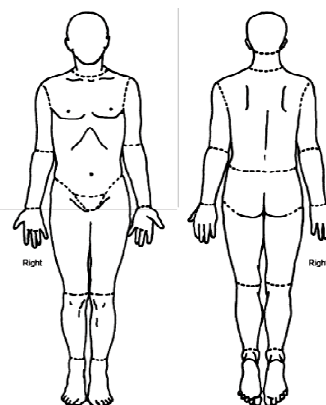
Hora e última medicação administrada: _____

Avaliação da dor pré-massagem terapêutica:

Localização dor: _____

EN: _____

Características dor: _____



TA: ___/___ mm/Hg

FC: ___ bpm

FR: ___ cpm

T: ___°C

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) (pré e pós-massagem):

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
Totalmente Confortável	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ausência total de conforto

Plano de intervenção da massagem terapêutica:

Material: creme hidratante, toalhas, música.

Condições ambientais: _____

Local a massajar: _____

Manobras utilizadas: _____

Duração: _____

Avaliação da dor pós-massagem terapêutica:

EN: _____

TA: ___/___ mm/Hg **FC:** ___ bpm **FR:** ___ cpm **T:** ___°C

Observações finais dos doentes:

“A minha opinião sobre a massagem que acabei de receber é...” _____

Ass: _____

APÊNDICE VI

Manual das manobras da massagem terapêutica para a região dorsal

MANUAL DAS MANOBRAS DA MASSAGEM TERAPÊUTICA PARA A REGIÃO DORSAL

- 1 – Deslizamento superficial em toda a extensão das costas, aumentando gradualmente a pressão.

- 2 – Deslizamento superficial, seguido de deslizamento profundo na região lombar, com as mãos perpendiculares à coluna, percorrendo toda a coluna lombar em movimentos de dentro para fora e de baixo para cima.

- 3 – Deslizamento profundo com o dorso da mão na região lombar.

- 4 – Deslizamento profundo com o antebraço na região lombar.

- 5 – Deslizamento profundo da região lombar com o polegar em movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio, de forma centrífuga.

- 6 – Movimentos de deslizamento com a palma das mãos de forma centrífuga com aumento progressivo da pressão na região dorsal e cervical.

- 7 – Movimentos circulares e em espiral com o polegar no sentido dos ponteiros do relógio sobre a região dorsal e cervical.

- 8 – Rolamento da pele sobre os dedos da superfície dorso-lombar.

- 9 – Movimentos de deslizamento superficial, com a palma das mãos, diminuindo progressivamente a pressão, em toda a superfície dorsal.

(Adaptado de Domenico, 2008)

APÊNDICE VII

Reflexão de estudo de situação prática do estágio da Cirurgia Geral

Um dos doentes atribuídos à colega foi o Sr. L., de 41 anos, com o diagnóstico de sarcoma fusocelular retroperitoneal, submetido a duodenopancreatectomia, hemicolecotomia e nefrectomia direita, sendo reoperado posteriormente por peritonite fecalóide e feita toilette peritoneal com revisão das anastomoses e ileostomia. O doente encontrava-se deprimido, com dor constante de intensidade variável entre 5-8 na EN, já tendo sido avaliado pela consulta da dor que o tinha medicado com Fentanil 25µg de 72/72h, Paracetamol 1g 8/8h e Morfina 30mg em SOS. Recusava o levante devido às dores e desconforto que lhe causava, estando frequentemente em decúbito lateral esquerdo, pouco recetivo ao diálogo e à presença de qualquer pessoa que não fosse a sua esposa.

Já tinha em pensamento responsabilizar-me pelo Sr. L. por estes motivos, e como era a colega em questão a responsável por ele, disponibilizei-me para a ajudar a cuidar dele. Com a analgesia das 9h administrada, prestámos os cuidados de higiene no leito e após os mesmos, devido à dor e ao desconforto que este referia, ofereci-me para lhe aplicar uma massagem na região dorsal. Posicionámos o Sr. L. em decúbito lateral esquerdo, a sua posição de conforto, e realizei a massagem na região do hemitórax posterior direito, constatando que a colega observava de forma atenta enquanto lhe ia explicando o motivo dos movimentos de massagem e seus efeitos. Quando foi posicionado em decúbito lateral direito para aplicar a massagem no hemitórax esquerdo, pedi à colega para trocar de lado comigo mas esta ofereceu-se para continuar a massagem. No final, o Sr. L. referiu sentir-se mais confortável e com um bem-estar que não sentia desde a cirurgia, e com o seu consentimento, levantámo-lo para o cadeirão onde permaneceu até depois do almoço, para a esposa o ver pela primeira vez sentado.

Mais tarde, a colega questionou-me se o meu projeto se baseava nestas intervenções e referiu não ter compreendido a sua finalidade, tendo concordado com a adequação desta intervenção não-farmacológica nos cuidados aos doentes. Através da demonstração da massagem e da instrução da colega, consegui evidenciar-lhe a importância do uso desta medida para proporcionar melhoria do conforto e da dor ao doente, que ela verificou com o facto de o Sr. L. ter aceite fazer levante para o cadeirão.

Foi complicado ouvir no início do turno o parecer negativo da colega em relação a esta temática, mas foi ainda mais gratificante e motivador ter conseguido alterar a sua opinião e sensibilizá-la para a importância do uso da massagem terapêutica na prestação de cuidados aos doentes com dor.

A opinião inicial da colega fez-me pensar que a disponibilidade e a determinação de cada enfermeiro para aplicar a massagem está diretamente ligada aos seus próprios ideais

pessoais, profissionais, culturais e espirituais e à percepção que tem desta terapia, bem como à forma como consegue ultrapassá-los para prestar cuidados mais específicos ao doente (Hessig, Arcand & Frost, 2004; Gross-McEachrane, Liebschutz & Berlowitz, 2006). A percebi-me que o facto de ver o doente mais relaxado, descontraído e confortável, é um impulso para o enfermeiro ultrapassar as barreiras e complexos que possa ter em relação à massagem, sendo uma grande recompensa ao observar os seus efeitos e o *feedback* dos doentes.

APÊNDICE VIII

Ação de formação sobre massagem terapêutica

A Massagem Terapêutica

Trabalho realizado por: Laura Almeida

Lisboa, Janeiro de 2015

A Massagem Terapêutica

O que pensa sobre a
utilização da massagem
terapêutica para o controle da
dor no doente oncológico?

Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as vantagens da aplicação da massagem terapêutica como estratégia não-farmacológica na abordagem da pessoa com dor;
- Dar a conhecer à equipa de enfermagem noções básicas sobre a aplicação da técnica de massagem terapêutica.

Evolução da Massagem

- A massagem é a mais antiga e simples das formas de terapia.
- No Ocidente foi sempre utilizada na medicina grega e romana.
- Já na “A Odisseia” de Homero era descrito que os soldados eram massajados nas costas em nome da sua saúde.
- Hipócrates recorre à massagem na sua prática clínica, referindo-a nos seus registos clínicos.
- Júlio César descreve a importância da massagem associada aos banhos quentes, com o seu efeito terapêutico.

(Domenico, 2008, p.4)

Evolução da Massagem

- Foi na idade média que a massagem foi banida pela igreja, conotando-a com atos sexuais.
- A era da Massagem moderna na cultura Ocidental começou nos anos de 1800 com o Sr. Ling, um instrutor de esgrima da Suécia e que desenvolveu a Massagem Sueca, mais conhecida por Massagem Terapêutica, e pelo seu aluno Sr. Klen que em 1895 publicou o primeiro manual de massagens.
- Na cultura Oriental a massagem sempre foi usada como parte dos métodos tradicionais de tratamento.

(Domenic, 2008, p.4)

Evolução da Massagem

- A Massagem terapêutica tem evoluído atualmente, contudo ainda poucos profissionais de saúde a aplicam e conhecem.
- A Massagem terapêutica sempre esteve presente na história da enfermagem, estando progressivamente a ser redescobertos todos os seus benefícios.

Massagem Terapêutica

- A massagem é tão antiga que a etimologia da palavra é incerta, podendo advir do Grego Arcaico "massin" (amassar), do Árabe "mass", ou do Hebraico "mashesh" (pressionar).
- Conjunto de manipulações que atuam tanto sobre a pele como os tecidos moles (Domenico, 2008).
- Deve ser aplicada com motivações terapêuticas e adequada a cada doente e sua situação clínica (Cassar, 2001).

Efeitos da Massagem Terapêutica

- A utilização da massagem resulta na libertação de substâncias químicas, designadas por endorfinas, que oferecem uma sensação de bem-estar.
- O objetivo é a manutenção/recuperação do equilíbrio do organismo, aliviar a dor, diminuir o stress, provocando assim, uma sensação de bem-estar físico e psíquico.
- Quem recebe a massagem deve ser estimulado a concentrar-se na experiência, assim como quem a faz deve esforçar-se por estar calmo e relaxado.

(Domenico, 2008,p.20)

Efeitos da Massagem Terapêutica

Fisiológicos

- Aumento da circulação sanguínea , linfática e fluxo de nutrientes;
- Estimulação do processo cicatricial;
- Alívio da dor e Promoção do relaxamento geral ou local;
- Aumento do movimento articular;
- Estimulação das funções do SNC (Parassimpático).

Mecânicos

- Movimento de: Sangue, Linfa, Secreções e Conteúdo intestinal;
- Mobilização de: Músculos, Tendões, Ligamentos, Cápsulas articulares, Pele, Tecido Subcutâneo e Aderências.

Psicológicos

- Relaxamento físico e psicológico;
- Alívio da ansiedade e tensão;
- Estimulação da atividade física;
- Alívio da Dor e Promoção do Conforto;
- Sensação geral de bem-estar.

(Fritz, 2002)

Contraindicações

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Feridas/Úlceras abertas;• Queimaduras;• Fragilidade cutânea;• Equimoses, hematomas, lacerações e/ou infecções cutâneas;• Patologias cutâneas agudas ou crônicas (por ex., psoríase, eczema ou dermatite);• Cancro da pele; | <ul style="list-style-type: none">• Três a seis meses após realizar radioterapia (devido à hipersensibilidade da pele);• Insuficiência cardíaca congestiva descompensada (podendo colocar o coração em sobrecarga);• Tromboflebite e trombose venosa profunda;• Fraturas;• Proeminências ósseas em doentes muito emagrecidos. |
|---|---|

(Domenico, 2008, p. 61)

Condições ideais para a aplicação da massagem terapêutica

- Ambiente calmo e acolhedor;
- Luzes suaves;
- Posicionamento adequado do doente à sua situação clínica, devendo ser sempre cómodo;
- Acessórios próprios para a aplicação da massagem:
 - Óleo/Creme (com ou sem cheiro)
 - Toalhas e cobertores
- Música calma ao gosto do doente.

Princípios na realização da massagem

- Uso de creme/óleo, essencial para o deslizamento das mãos e para impedir um fricção traumática da pele;
- Aquecer previamente o creme/óleo nas mãos para evitar o choque térmico;
- Não massajar proeminências ósseas;
- Utilizar os princípios da direção, duração e pressão/profundidade.



Effleurage (Foco horizontal)



Deslizamento superficial

- É um toque ao de leve, eficaz para induzir o relaxamento.



Deslizamento profundo

- Aplica-se um toque com mais pressão.

(Domenico, 2008, p.140)

Pétrissage (foco vertical)



Amassamento

- Apreensão de um grupo muscular sendo este erguido e retorcido.



Rolamento da pele

- Rolar a pele e o tecido subcutâneo sobre as estruturas mais profundas.

(Domenico, 2008, p.146)



Compressão (foco vertical)

- De um modo rítmico, com o punho ou com as palmas da mão.



Percussão (foco vertical)

- Visa estimular os tecidos de uma forma direta e reflexa através de dois tipos – palmada e cutilagem.



Vibração (foco para baixo e de um lado para o outro)

- Usada na cinesiterapia respiratória e também como estimulante sobre o tecido muscular, uma vez que pode estimular o reflexo de estiramento.

Efeitos terapêuticos da massagem

Effleurage

- Promover o relaxamento e alívio da dor;
- Estimular a circulação sanguínea e linfática;
- Mobilizar a pele e tecido subcutâneo.

Amassamento

- Promover o relaxamento e alívio da dor;
- Mobilizar o tecido muscular;
- Estimular a circulação mais profunda.

Percussão

- Estimular a atividade muscular e circulação profunda.

Vibração

- Mobilizar e remover as secreções pulmonares.

(Domenico, 2008, p. 127)

Obrigada pela atenção!

Bibliografia

- CASSAR, M. P. (2001) - **Manual de massagem terapêutica: um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta.** São Paulo: Editora Manole.
- DOMENICO, Giovanni (2008) – **Técnicas de Massagem de Beard: Princípios e práticas de manipulação de tecidos moles.** São Paulo: Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-2843-4.
- FRITZ, Sandy (2002) – **Fundamentos da massagem terapêutica.** São Paulo: Editora Manole. ISBN: 85-204-1111-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS-CONSELHO DE ENFERMAGEM – **DOR: Guia orientador da boa prática.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55p. ISBN: 978-972-99646-9-5.

APÊNDICE IX

Procedimento Sectorial sobre Controlo da Dor através da Massagem Terapêutica

	Procedimento Sectorial Serviço de Cirurgia Geral	
	Controlo da Dor através da Massagem Terapêutica	

APROVAÇÃO

1 OBJETIVO

Proporcionar alívio da dor e aumento do conforto aos doentes com dor crónica de origem oncológica através da massagem terapêutica como técnica não-farmacológica.

Melhoria da prática dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem aos doentes com dor crónica.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Procedimento sectorial para aplicar no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com dor crónica do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central de Lisboa.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento:

Enfermeira Laura Almeida.

3.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Licínia Sebastião.

4 DEFINIÇÕES

A dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções, estado físico, psicológico, ambiente familiar, social e laboral, estando todos associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial e como sendo um fenómeno subjetivo, ou seja, cada pessoa sente a dor à sua maneira (APED, 2013).

Como refere Ritto (2005), os doentes com uma patologia oncológica em fase inicial experimentam dor em 10 a 15% dos casos, enquanto em fases mais avançadas esta incidência aumenta para 60 a 90%.

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	<p style="text-align: center;">Laura Margarida Esteves Cavalheiro de Almeida.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

A dor crónica interfere, direta e negativamente, com o conforto, qualidade de vida e com as necessidades básicas do doente, assim como com a forma como este interage com a sociedade, as suas crenças e a sua própria doença (Kolcaba, 2003). O Plano Nacional de Prevenção e Controle de Doenças Oncológicas (2007-2010, p. 30), lembra-nos que “os cuidados ao doente com dor oncológica devem ser considerados como parte integrante da assistência multidisciplinar a prestar aos doentes em todo o processo da sua doença do início até à fase final”.

Para além da necessidade de um plano de terapêutica analgésica adequado ao doente, a European Oncology Nursing Society (2013) defende a importância de se desenvolverem as terapias não-farmacológicas, com formação especializada de profissionais nesta área, para intervirem junto dos doentes com dor.

A massagem terapêutica integra o grupo de terapias não-farmacológicas usadas para otimizar a terapêutica analgésica nos doentes com dor crónica.

A massagem terapêutica é um conjunto de técnicas que se caracterizam pela manipulação, tanto da pele como dos tecidos moles, aplicada com finalidades terapêuticas, sendo variados os seus efeitos: **fisiológicos**, como o alívio da dor, remoção de produtos metabólicos e catabólicos (os agentes inflamatórios da dor), diminuição de edemas, estimulação da circulação sanguínea e linfática, estímulo da libertação das secreções pulmonares, aumento do fluxo de nutrientes e de oxigénio, impedimento da formação de aderências aumentando e restaurando a amplitude articular, estimulação das funções viscerais e indução do relaxamento fisiológico; **psicológicos**, proporcionando relaxamento psicológico, sensação de bem-estar e alívio da tensão e ansiedade; **mecânicos**, baseiam-se no movimento da linfa, sangue venoso, secreções pulmonares, conteúdo intestinal, edemas e na mobilização de massas musculares, tendões e aderências (Fritz, 2002).

A massagem terapêutica obedece a uma série de técnicas, sendo elas a *effleurage*, *pétrissage*, compressão, vibração e percussão (Domenico, 2008).

Marlain et al (2009) demonstra os benefícios do uso da massagem terapêutica no aumento do conforto e alívio da dor através da avaliação dos níveis de dor de 150 doentes submetidos a massagem terapêutica, tendo tido em 115 uma acentuada melhoria nos níveis de dor.

Desta forma, a massagem terapêutica deve ser considerada no controlo e alívio da dor, permitindo, mesmo que momentaneamente, o alívio do sofrimento físico, psicológico e emocional do doente oncológico, “uma vez que ao tocar, mostramos aos doentes que estamos próximos e disponíveis para partilhar a sua vivência” (Alves et al, 2004, p.139).

5 PADRÃO

Lista-se o conjunto de normas do Manual adotado pelo [REDACTED] que serviram de base à elaboração da política.

- CHKS, *International Accreditation Programme for Healthcare Organisations*, 4ª ed. julho 2013

6 DESCRIÇÃO

A massagem terapêutica deverá ser realizada do sentido distal para o proximal, com uma duração curta se o principal objetivo é estimular o doente, ou prolongada quando se pretende efetuar o relaxamento do mesmo. A pressão exercida deve inicialmente ser superficial, indo progressivamente ficando mais profunda.

A massagem, idealmente deve ser aplicada num ambiente propício, calmo e acolhedor, com luzes suaves, num posicionamento do doente adequado à sua situação clínica, devendo ser sempre cómodo para ele, e com uso de acessórios próprios para a aplicação da massagem, como óleo e/ou creme gordo, toalhas e cobertores, e se possível, com música calma ao gosto do doente.

A aplicação da massagem deve ser evitada em alguns casos como vem descrito no seguinte quadro de contra-indicações:

<ul style="list-style-type: none">• Feridas/Úlceras abertas;• Queimaduras;• Fragilidade cutânea;	<ul style="list-style-type: none">• Três a seis meses após realizar radioterapia (devido à hipersensibilidade da pele);
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Equimoses, hematomas, lacerações e/ou infecções cutâneas; • Patologias cutâneas agudas ou crônicas (por ex., psoríase, eczema ou dermatite); • Cancro da pele; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência cardíaca congestiva descompensada (podendo colocar o coração em sobrecarga); • Tromboflebite e trombose venosa profunda; • Fraturas; • Proeminências ósseas em doentes muito emagrecidos.
--	--

(Domenico, 2008, p.61)

Técnicas da Massagem Terapêutica:

Effleurage (Foco horizontal):



Deslizamento superficial

- É um toque ao de leve, eficaz para induzir o relaxamento.



Deslizamento profundo

- Aplica-se um toque com mais pressão.

Pétrissage (foco vertical):



Amassamento

- Apreensão de um grupo muscular sendo este erguido e retorcido.



Rolamento da pele

- Rolar a pele e o tecido subcutâneo sobre as estruturas mais profundas.



Compressão (foco vertical)

- De um modo rítmico, com o punho ou com as palmas da mão.



Percussão (foco vertical)

- Visa estimular os tecidos de uma forma direta e reflexa através de três tipos – palmada e cutilagem.



Vibração (foco para baixo e de um lado para o outro)

- Usada na cinesiterapia respiratória e também como estimulante sobre o tecido muscular, uma vez que pode estimular o reflexo de estiramento.

(Domenico, 2008)

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Fontes citadas no corpo do documento

- ALVES, S. et al (2004) – Cuidados Paliativos. In: **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau. 1ª edição. P.138-159. ISBN 972-8485-41-7.
- APED – Associação portuguesa do estudo para a dor. Lisboa. Acedido a 12/05/2014. Disponível em: <http://www.aped-dor.org>.
- DOMENICO, Giovanni (2008) – **Técnicas de Massagem de Beard: Princípios e práticas de manipulação de tecidos moles**. São Paulo: Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-2843-4.
- [EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY GUIDELINES \(2013\) – Breakthrough cancer pain guidelines](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf). Acedido a 21/05/2014. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf>
- FRITZ, Sandy (2002) – **Fundamentos da massagem terapêutica**. São Paulo: Editora Manole. ISBN: 85-204-1111-8.
- KOLCABA, Katherine (2003) – **Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. New York: Springer. ISBN: 0-8261-1663-7.
- MARLAIN, C. et al (2009) - Providing Massage Therapy for People with Advanced Cancer: What to Expect. In: **Journal of Alternative & Complementary Medicine** (em linha). Acedido a 09/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=38030688&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) – **Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas (2007-2010)** (em linha). Orientações programáticas. Lisboa. Acedido 15/05/2014. Disponível em: www.portaldasaude.pt.

- RITTO, A.C. (2005) – Dor – 5º Sinal Vital: Do projeto à realidade, a longa caminhada. In: **Enfermagem**. Lisboa. 2ª série. Nº39. P. 5-9. ISSN 0871-0775.

7.2 Fontes consultadas mas não citadas

- AMERICAN CANCER SOCIETY (2013) – Finding Colorectal Cancer Early. Lisboa. Acedido a 05/09/2014. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003170-pdf.pdf>.
- AZEVEDO, L. et al (2007) – Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. In: **DOR** (em linha). Vol.15, nº4. Acedido em 22/07/2014 em: <http://www.apir.pt/index.php/publicacoes/revistas-dor/arquivo-2007-2009/103-volume-15-numero-4-2007>.
- BECK, I. et al (2009) – To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. In: **International Journal of Palliative Nursing** (em linha). Vol.15, nº11. Acedido a 11/6/2014. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=5&hid=119&sid=bf7578d7-0998-4895-812c-e6c852df32fa%40sessionmgr113>.
- BUCHANAN, A; GEERLING, J. e DAVIES, A. (2014) - Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. In: **International Journal Of Palliative Nursing** (em linha). Acedido a 08/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24675538&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- COMFORT LINE. Akron. Acedido a 12/09/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013) – **Portugal - Doenças Oncológicas em números – 2013**, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa. Acedido a 20/05/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2014) – **Rastreamento Oportunístico do Cancro do Cólon e Reto**. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: www.dgs.pt/directrizes-da.../norma-n-0032014-de-31032014-pdf.aspx.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE e ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (2001) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa. Acedido a 11/09/2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Jo%C3%A3o%20Leit%C3%A3o/Downloads/i019565%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Jo%C3%A3o%20Leit%C3%A3o/Downloads/i019565%20(2).pdf).
- FONSECA, J.; LOPES, M. e RAMOS, A. (2013) – Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. In: **Revista Brasileira de Enfermagem** (em linha). Acedido em 03/05/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000500019&script=sci_arttext.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2002) – **Classification of Chronic Pain** (em linha). Seattle. Acedido a 05/09/2014. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>.
- KUTNER, J. et al (2010) - Methodological Challenges in Conducting a Multi-Site Randomized Clinical Trial of Massage Therapy in Hospice. In: **Journal Of Palliative Medicine** (em linha). Acedido a 09/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=51980127&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- LAMEIRAS, Marta Patrícia Marques (2009) - **As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos**. Lisboa. Dissertação de Mestrado apresentada Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- LIU, Y; FAWCETT, TN (2008) – The role of massage therapy in the relief of cancer pain. In: **Nursing Standard** (em linha). Acedido a 08/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009798943&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- McCAFFERY, M; BEEBE, A. (1994) – **Pain: Clinical Manual For Nursing Practice**. Mosby, London.
- MENDES, V. (2008) – Prevenir o cancro do Cólon e Recto. In: **Editorial Prevenir o Cancro do Cólon e Reto**. Coimbra. Vol 15. P. 153-155. ISSN 0872-8178.
- METZGER, C. et al (2010) – **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-32-9.
- OXFORD DICTIONARIES (2014). Inglaterra. Acedido 12/09/2014. Disponível em: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/comfort>.
- REAVES, G; McMANIS T. (2010) – Massage Therapy as Integrative Treatment in Cancer Patients. In: **The Kansas Nurse** (em linha). Acedido a 11/09/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010652156&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- SÁ, Pedro Miguel Gomes (2008) – **Cancro do Cólon e Recto**. Covilhã. Dissertação de Mestrado apresentada Faculdade de Ciências da Saúde.
- THOMAZ, A. (2010) – Dor Oncológica: Conceitualização e tratamento farmacológico. In: **Onco&**. Brasil. P. 24-29.
- TWYLCROSS, Robert (2003) – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores. 2ª edição. 207 p. ISBN 972-796-093-6.
- VALADAS, M^a Berjano (2003) – A monitorização da dor como 5º sinal vital. In: **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. Nº31. P.19-23. ISSN 0872-8844.