


NURSING

EDIÇÃO
PORTUGUESA

REVISTA DE FORMAÇÃO CONTÍNUA EM ENFERMAGEM

www.nursingportuguesa.com

Nº 241 • Janeiro 2009 • Ano 21 • €6,00



AS MOTIVAÇÕES DOS ALUNOS NO INGRESSO AO CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM



ESPECIAL
**INFEÇÃO
HOSPITALAR**
suplemento



VIVÊNCIAS DOS UTENTES COM DOR MUSCULO- -ESQUELETICA

Experiences lived by patients
with musculoskeletal pain

ADRIANA LUIS

Enfermeiro Graduado, exerce funções
no Serviço de Urgência do Hospital Central do Funchal

ALEXANDRA FERREIRA

Enfermeira Graduada, exerce funções no Hospital de Dia
Serviço de Hematooncologia do Hospital Central Do Funchal

JOSÉ MANUEL MENDONÇA

Enfermeiro Graduado
exerce funções no Hospital Central do Funchal
jotamendonca68@hotmail.com

CLEMENTINA MORNA

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Madeira

FATIMA PONTES

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Madeira

Trabalho realizado no âmbito da disciplina de Investigação do
Complemento de Formação em Enfermagem, na Escola Superior de
Enfermagem da Madeira.

Recebido para publicação: Julho de 2008

Aprovado para publicação: Dezembro de 2008

RESUMO

Cada vez mais a Enfermagem procura um cuidar com qualidade, tornando-se necessário conhecer melhor o fenómeno, de modo a que possamos partir do conhecimento real para a prática de cuidados.

Trata-se de um estudo descritivo com o objectivo de conhecer as "vivências dos utentes com dor musculoesquelética", dos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal (n=6).

Utilizou-se um formulário e uma entrevista para a colheita de dados. Recorremos à estatística descritiva e à análise de conteúdo.

Verificamos que a maioria dos utentes pertencia à classe etária 42 - 49 e 56 - 63 anos (33%), do sexo feminino (67%), ocupação no sector terciário (50%).

A causa de dor foi a queda, em que 83% localizou-a no membro superior esquerdo, com intensidade de 9 (66,6%), descrita como insuportável, melhorando com a imobilização provisória (83,3%).

As categorias foram definidas *a priori*, tendo-se obtido os seguintes resultados: Componente Sensorial (47 unidades), Factores pessoais (46), Componente Afectiva/reactiva (35), Intervenções dos Enfermeiros, Factores ambientais (29) e Intervenções de outros profissionais (12).

Acreditamos que a compreensão das vivências dos utentes com este tipo de dor, ajudará a melhorar a relação estabelecida, de forma a contribuir para a sua recuperação, conforto emocional e bem-estar.

ABSTRACT

Each time more the Nursing Practice is improving quality care. It became necessary to have better knowledge about the phenomenon, in order to take us from the real knowledge to the Nursing Care Practical.

It is a descriptive study with the objective to know " Human experiences of the Musculoskeletal Pain", on the Hospital Urgency Patients.

Interviews were conducted and forms were filled in with the obtained data. Descriptive statistics and the analyzes of it's content were used for that matter.

We verify that the majority of the Patients are between 42 - 49 and 56 - 63 years old (33%). (67%) are female, (50%) work or have an occupation in the services sector. The pain cause was a fall, where 83% located it in the superior left member, with intensity grade 9 (66.6%), described as unberable, it improved with provisory immobilization (83.3%).

The categories had been defined "a priori", obtaining the following results: Sensorial Component (47 units), Personal Factors (46), Afectiv / Reactiv Component (35), Nurse Interventions, Ambience Factors (29) and Other Professionals Interventions (12).

We believe that the understanding of Patient experiences with this pain, will help to improve the established relation and contribute for its recovery, emotional comfort and well-being.

INTRODUÇÃO

Os utentes com traumatismo músculo-esquelético, frequentemente apresentam dor intensa, sendo caracteristicamente descrita como entorpecente, dolorosa, profunda, de natureza incomodativa e irritante, que é aliviada com o repouso (Brunner e Suddarth, 1999).

A experiência dolorosa é vivida por cada pessoa, tendo em conta a sua personalidade e a sua vinculação cultural. A dor é íntima, mas está

também impregnada do cultural, do relacional; é fruto de uma educação e não escapa à ligação social. A forma como o Homem se apropria da cultura, dos valores, o estilo da sua relação com o mundo compõe um trauma decisivo de apreensão da dor (Barbosa, 1995). Uma das definições mais difundidas de dor é a da International Association for the Study of Pain (I.A.S.P.), que define dor como uma experiência emocional ou sensorial desagradável associada

à lesão tecidual real ou potencial. O adjectivo desagradável engloba um conjunto de sentimentos, tais como o sofrimento, a ansiedade, a depressão e o desespero. Por tudo isso, a dor estende o seu significado à experiência sensorial e à integração subjectiva de um conjunto de percepções, pensamentos, sensações e condutas que modulam o sintoma de dor.

Dor é o estado no qual a pessoa apresenta e relata a presença de desconforto severo ou de uma sen-

sação desconfortável. Encarar a dor como um diagnóstico poderá proporcionar um conjunto de diagnósticos de enfermagem relacionados com a mesma, como a ansiedade, conforto alterado, comunicação prejudicada, nutrição alterada, entre outros (Carpenito, 1997).

A dor deve ser vista como uma experiência existencial, constituindo na maioria dos casos:

- Um apelo, porque é um dos motivos que leva a pessoa a procurar apoio.



Foto: Stratum | dreamstime

A causa da dor de todos os elementos foi a queda, tendo sido o momento que sentiram a pior dor com uma intensidade que oscilou entre 8 e 10, sendo descrita por todos como sendo insuportável, inoportuna e penetrante.



UM SERVIÇO ANGELINI FARMACÊUTICA, Lda
Rua João Chagas, 53 - Piso 3 - Algés
1499-040 Cruz Quebrada - Dafundo
Número único de matrícula na Cons. Reg. Com. Cascais
NIF: 500 583 650 · Capital Social: 2.094.951 euros

808 106 106

LINHA DE APOIO
10:00 · 23:00h

Através do nosso número de apoio respondemos a todas
as suas dúvidas. Sempre que desejar, todos os dias
da semana, incluindo feriados.

www.criovida.pt

criovida 
Preserva a vida

LABORATÓRIO DE CRIOPRESERVAÇÃO DE CÉLULAS ESTAMINAIS

**O sangue do cordão umbilical
preserva a vida.**

Opte pela recolha de sangue do cordão umbilical,
com rigor e segurança.

• Um desafio, porque é uma componente importante do sofrimento global da pessoa humana, influenciando a qualidade de vida. A dor é uma das experiências mais experimentadas pelo homem, mas uma das mais temidas. Afinal, qual de nós ainda não sentiu em algum momento da vida uma dor? Esta, muitas vezes está associada a aspectos negativos, desencadeando sentimentos de angústia, mal-estar e até medo da incapacidade ou morte. No entanto, podemos encarar a dor como mecanismo de defesa ou alerta para o organismo indicando proximidade de perigo ou a presença de alteração ou lesão orgânica, constituindo o primeiro sintoma de doença. A dor tem duas componentes bem diferenciadas, que são:

- Sensorial ou nociceptiva, é a sensação dolorosa que se produz mediante a transmissão de estímulos, desde o tecido lesado até o cérebro. É a componente melhor conhecida e sobre ela actuam a maior parte dos fármacos utilizados para tratamento da dor.
- Afectiva ou reactiva, relativiza o sofrimento associado à dor, em função da causa, do momento e da experiência do utente. Varia significativamente em função de factores de carácter psicológico. Diariamente colocam-se-nos grandes questões acerca da problemática da dor, tendo em conta que continua a ser um aspecto presente e fundamental na prática de enfermagem. Uma vez que a dor é um dos principais sintomas abordados pela equipa de presta-

ção de cuidados, torna-se fundamental fazer uma avaliação correcta do utente com dor, isto é, caracteriza a dor em todos os seus aspectos.

Os factores que afectam a avaliação da dor incluem origens e culturas étnicas, idade, sexo, a personalidade do utente, educação, emoções e as suas expectativas à luz da experiência e condicionamentos do passado. Torna-se necessário dominar alguns conceitos para que seja efectuada uma avaliação do utente com dor. Entre eles salientamos os seguintes: características e qualidade da dor, localização e irradiação, a sua intensidade e o significado atribuído à dor.

Na nossa prática verificamos que um dos problemas que levam os utentes com traumatismo músculo-esquelético a pedir ajuda, é a dor. Uma das estratégias a adotar é proporcionar o seu alívio, respondendo às necessidades e expectativas do utente na nossa prática de cuidados.

Partindo deste princípio surgem-nos algumas questões:

- Será que os cuidados prestados pelos enfermeiros foram ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes?

- Será que os enfermeiros valorizaram a dor do utente?

Para melhor direccionar o nosso estudo, elaborámos uma questão central que é:

• Quais as vivências dos utentes com dor músculo-esquelética, submetidos a anestesia para redução, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal?

OBJECTIVOS

Conhecer as vivências dos utentes com dor musculoesquelética submetidos a anestesia para redução, no Serviço de Urgência do Hospital Central do Funchal.

Tendo em conta o impacto da dor na vida do Homem, ao estudá-la estaremos a dar um passo importante na compreensão e avaliação global do ser Humano. Tendo em consideração a pesquisa realizada, salientamos que cada utente vive a dor como sendo única e pessoal, sendo influenciada pelo seu estado de espírito, crenças e ambiente. Vivenciam emoções / sentimentos diversos, principalmente por ser uma situação inesperada, podendo a intervenção do enfermeiro minimizar a ansiedade, a angústia, o medo e o sofrimento. Com este estudo, pretendemos obter dados que nos permitam conhecer mais sobre o fenómeno, de modo a que possamos partir do conhecimento real para a prática de cuidados, melhorando a sua qualidade. Este estudo pretende também dar continuidade ao processo de consciencialização sobre um tema com que nos deparamos na prática e que, apesar da sua importância, não tem merecido a devida atenção.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo em que pretendemos conhecer um fenómeno vivencial, bem como a dor nas suas várias vertentes.

A amostra foi constituída por seis utentes com dor músculo-esquelética, submetidos a anestesia para

redução no Serviço de Urgência do Hospital Central do Funchal. A sua selecção foi feita após consulta do livro de movimento da sala de ortopedia do mesmo Serviço, após o consentimento do Concelho de Administração.

A recolha de dados relativos às variáveis de atributo (idade, sexo, ocupação, nível de escolaridade, causa da dor, localização da dor, intensidade da dor, qualidade da dor e intervenções prestadas para diminuir a dor) foi efectuada através de um questionário. Para o tratamento dos dados destas variáveis utilizámos a estatística descritiva.

A recolha de dados relativos à variável em estudo (as vivências de dor músculo-esquelética dos utentes submetidos a anestesia para redução) foi efectuada através de uma entrevista semi-estruturada realizada na residência do utente. As entrevistas foram audiogravadas em fita magnética com a duração aproximada de vinte minutos. As questões éticas relacionadas com a confidencialidade das informações fornecidas e o consentimento informado foram asseguradas no início de cada entrevista.

Os dados obtidos através da entrevista foram tratados através da análise de conteúdo (Vala, 1986). Definiram-se categorias, subcategorias e sub-subcategorias *a priori* com base nos conceitos expostos no quadro de referências e *a posteriori* com base nas referências e análise das entrevistas (Quadro nº 1). Procedeu-se à análise dos dados confrontando os resultados obtidos com o quadro de referências.

Quadro nº 1 – Categorias, subcategorias e sub-subcategorias definidas relativas à experiência de dor

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUB-SUBCATEGORIAS
A – Componente afectiva / reactiva	A1 – Medo / Angústia	
	A2 – Ansiedade	
	A3 – Reacções	
B – Componente sensorial	B1 – Qualidade da dor	
	B2 – Manifestações da dor	
	B3 – Alterações da imagem corporal	
	B4 – Outras	
C – Factores ambientais	C1 – Factores estruturais	
	C2 – Tempo de espera	
	C3 – Presença de acompanhante	
D – Factores pessoais	D1 – Contexto situacional	D1.1 – Local
	D2 – Referências espirituais / Culturais	D1.2 – Causa
	D3 – Medidas adoptadas para alívio da dor	D1.3 – Presença de outros
	D4 – Limitações causadas pela dor	
E – Intervenções do enfermeiro	E1 – Intervenções autónomas	E1.1 – Avaliação
	E2 – Intervenções interdependentes	E1.2 – Informação
		E1.3 – Imobilização provisória
F – Intervenções de outros profissionais	F1 – Imobilização	
	F2 – Transporte	

RESULTADOS

Dos seis elementos participantes no estudo, quatro são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre trinta e cinco anos e sessenta e três anos. Relativamente ao nível de escolaridade, um sabe ler

e escrever, dois possuem o ensino básico do primeiro ciclo, dois o ensino básico do segundo ciclo e dois cursos técnicos superiores, em que a ocupação predominante é no sector terciário (50%), seguindo-se sem actividade profissional (33,3%). A causa da dor de todos os elementos foi a queda, tendo

sido o momento que sentiram a pior dor com uma intensidade que oscilou entre 8 e 10, sendo descrita por todos como sendo insuportável, inoportuna e penetrante. Esta descrição é definida por Liddel (1999), quando refere que a dor músculo-esquelética é dolorosa, profunda, entorpecente

e persistente. Relativamente ao momento em que sentiu a menor dor, todos os elementos referiram que foi após analgesia e imobilização. Na opinião de Liddel (1999) a dor músculo-esquelética diminui com o repouso e a imobilização. A intensidade variou entre 1 e 3, apresentando um valor médio de 1,5. Constatamos que houve tendência dos elementos em atribuir um dos valores dos extremos da escala, tanto no momento da pior como no da menor dor. No entanto, Diamond (1999) refere que esta marcação poderá não ser representativa da dor, porque há certas divisões da escala que parecem atrair o elemento, mais do que seria de esperar se fosse ao acaso.

Através das entrevistas efectuadas, em que exploramos como é que os elementos vivenciaram a dor músculo-esquelética durante a permanência no Serviço de Urgência, pudemos conhecer sentimentos / emoções, constrangimentos, assim como a forma perceberam o seu atendimento. As conclusões daqui tiradas levem-nos a reflectir sobre esta actual e importante realidade dos nossos utentes.

A **componente afectiva / reactiva** é referenciada com 35 unidades de enumeração, com uma média aproximada de 6 enumerações por elemento, sendo categorizada pelo **medo / angústia, ansiedade e reacções**.

A **ansiedade** é a unidade mais referenciada (54,3%) com 19 unidades de enumeração. Agrupamos as unidades de registo em estado de inquietação, com 9 unidades de enumeração, tendo-se

verificado a partir de afirmações "...eu estava aflita...", "...até pensei que já não me iam fazer nada..." e "...nem sei como foi..." e estado tensão interna, com 10 unidades de enumeração, tendo-se expressado a partir de afirmações "...e só o desgosto que eu tive...", "...tentei logo ver se conseguia mexer e consegui..." e "...a maioria das coisas que me diziam quase que me passava ao lado...". A ansiedade constitui-se num estado afectivo penoso, acompanhado de um sentimento especial de tensão interna e inquietação de espírito. Traduz-se na forma de inquietações, em que a pessoa temia o pior, reagindo ao acontecimento. Um outro aspecto categorizado nesta componente foram as **reações**, que traduzem as respostas comportamentais dos elementos à situação dolorosa. É referenciada com 10 unidades de enumeração, com afirmações como "...o que eu gritei!", "...eu estava de olhos fechados..." e "...o que eu fiz foi chorar...". O **medo / angústia** aparece com 6 unidades de enumeração, tendo-se agrupado as unidades de registo, em fuga da fonte do medo com 3 unidades de enumeração e sensação de desconforto, igualmente com 3 unidades. Inferimos as unidades de registo na fuga da fonte do medo a partir de afirmações como: "...eu não quero ver nem sentir...", "...que é realmente...é melhor nunca ninguém passar..." e na sensação de desconforto, a partir de afirmações como: "...fiz-me lembrar a dor de parto...", "...tenho medo..." e "...que é realmente...é melhor

nunca ninguém passar."

O medo constitui o estado afectivo directamente ligado à dor, por outro lado, a angústia, ainda que seja um estado semelhante ao medo é, porém, ao contrário deste, desencadeado no momento do perigo real.

Podemos constatar que as afirmações traduzem estados emocionais fortes, associados à presença de dor, para os quais é fundamental que o enfermeiro esteja desperto, reconheça e compreenda as suas manifestações de modo a reduzir os seus potenciais danos.

Um outro factor que influencia a vivência de dor é a **componente sensorial**, sendo esta a mais estudada e em que há maior intervenção terapêutica. É a sensação dolorosa que se produz mediante a transmissão de estímulos, desde o tecido lesado até o cérebro (Roper, 1995).

Neste estudo registaram-se 47 unidades de enumeração, com uma média aproximada de 8, sendo codificada pela **qualidade da dor** com 32 unidades, **manifestações da dor** com 4 unidades, **alterações da imagem corporal** com 9 unidades e **outras** com 2 unidades de enumeração.

Inferimos que a **qualidade da dor** é a característica mais referenciada (68,1%) da **componente sensorial**, com 32 unidades de enumeração. A qualidade da dor consiste no significado que o indivíduo atribuiu à dor, tendo utilizado adjetivos ou expressões para a descrever. Estes representam os juízos fundamentados, baseados não só nas qualidades sensoriais e afectivas, mas também nas experiên-

cias anteriores, na capacidade de avaliar as consequências e o significado da situação.

A dor foi descrita com adjetivos como "...com dores fortes...", "...dor horrível..." e "...dor insuportável..." e expressões do tipo "...muito a doer...", "Ai dores!..." e "...com tanta dor...".

A referência à dor registou alterações da **imagem corporal**, quer físicas quer sensoriais, tendo sido referenciada como "...vi aqui um grande furo...", "...eu vi o braço torto..." e "...parece que o braço ia cair...". Sorensen e Luckman (1998) referem que a imagem corporal é um quadro dinâmico e pessoal que cada um faz do seu corpo. É feito, para além da sua imagem mental, ou o que vê ao espelho, de sentimentos e atitudes face ao corpo, que poderão ser influenciadas pela experiência social e interações com os outros.

Apesar da dor diferir de indivíduo para indivíduo, existem vários sinais físicos comuns na manifestação da dor, referida com expressões do tipo "...sentia-me sem forças...", "...eram só suores pela minha cara abaixo..." e "...parecia que ia vomitar...".

Para além dos aspectos referidos anteriormente, as reações após a administração de medicação, categorizadas em **outras**, influenciaram a vivência de dor, sendo expressas como "...já comecei a ficar tonta..." e "...a mãe tá vendo tudo a andar de roda...".

Mais uma vez constatamos que a dor é um fenómeno subjectivo, complexo e com grande experiência emocional, em que cada indivíduo adjectiva ou expressa de

forma diferente.

Os **factores ambientais** são medidas usadas para aumentar a tolerância à dor, com o intuito de proporcionar o máximo conforto ao utente.

Apresentam-se com 29 unidades de enumeração, com uma média aproximada de 5 unidades, sendo o factor tempo de espera o mais referenciado (55,2%) com 16 unidades de enumeração. Agrupamos esta unidade de registo em tempo de jejum, tempo para atendimento e tempo de efeito terapêutico.

As verbalizações tais como "...fiquei ali, já devia de ser mais de seis horas, e mais...", "Estive o dia inteiro na urgência..." e "...tive mais...tive mais... (de seis horas à espera)", foram referenciadas em relação ao tempo de jejum; "...temos de esperar a nossa vez..." e "...fui esperar pra tirar uma radiografia." traduziram-se em relação ao tempo de espera.

No que concerne à **presença de acompanhante**, registamos as seguintes afirmações: "...estive sempre acompanhada...", "...ela foi comigo, ficou fora à espera..." e "O pequeno foi lá três vezes...". Nos factores estruturais com 6 unidades de enumeração, transpareceram as afirmações: "...atrás no corredor..." e "...lá para dentro onde eles põem os doentes...", "relativas ao espaço físico: "Fiquei na cadeira de rodas..." e "...deitada na maca..."; "relativas aos recursos materiais.

Os **factores pessoais** são referenciados com 46 unidades de enumeração, com uma média aproximada de 8 por elemento, sendo

Os apósitos QuadraFoam® são ideais para tratar:

úlceras de estase venosa,
úlceras de pressão,
úlceras diabéticas,
zonas dadoras e de enxerto,
desordens dermatológicas,
queimaduras de 1º / 2º grau
feridas agudas,
deiscências cirúrgicas,
protecção de tubos

PolyMem®. O apósito 4-em-1 para todas as feridas.

PolyMem, o único apósito QuadraFoam, simplifica o seu trabalho e estimula a cicatrização, limpando, preenchendo, absorvendo e mantendo um ambiente húmido, de forma continuada e durante todo o processo de cicatrização. Para mais informação consulte www.PolyMem.com ou contacte o distribuidor:

EXPOMÉDICA, Lda.

Av. 5 de Outubro, 89 -1º - 1050-050 Lisboa

Tel: 217 957 285 - Fax: 217 957 286 - info@expomedica.pt



PolyMem®
MADE IN THE U.S.A.

PolyMem e QuadraFoam são marcas registadas da Ferris
16W300 83rd St., Burr Ridge, IL, USA 60527
© 2008 Ferris Mfg. Corp. Todos os direitos reservados

categorizado pelo **contexto situacional, referências espirituais / culturais, medidas adoptadas para alívio da dor e limitações causadas pela dor.**

O **contexto situacional** é a unidade mais referenciada (40,0%), com 18 unidades de enumeração. Agrupamos as unidades de registo em local, causa e presença de outros. O local com 5 unidades de enumeração, verificou-se a partir de afirmações "...mesmo aqui na entrada..." ; "...eu subi acolá..." , quando ocorreu em casa, e "...quando eu já ia lá lém à igreja..." ; "...estava a fazer um pequeno percurso de bicicleta..." , quando o elemento se encontrava na rua. A causa com 6 unidades, através de expressões do tipo "...isto foi numa queda..." , "...caí..." e "...quando dei por mim estava de meio corpo deitado no chão..." . Expressou a presença de outros com 7 unidades, referindo-se a "...chamei a minha filha que estava cá..." ; "...quando acordei, já vi... a minha mulher, tudo ao pé de mim..." , quando ocorreu na presença de um familiar, e expressou "...uma senhora do bar...veio à porta..." "A vizinha chegou aqui..." , na presença de outros.

As **limitações causadas pela dor** são referenciadas com 12 unidades de enumeração, relativas a deslocação, sendo expressas como "...queria vir à casa de banho..." ; "...ela afastou-me...até à casa de banho" , higiene e conforto, quando referiu-se a "...a minha filha puxava-me a roupa..." ; "...e ela puxou-me as calças e as cuecas..." e ocupação referida com expressões do tipo

"...não fiz mais nada..." ; "...não podia dar o apoio...também a vida de casa, o trabalho..." . Isto vai de encontro ao defendido por Roper (1995), ao referir que a dor interfere no bem estar do utente, influenciando a sua capacidade de se alimentar, de dormir, de realizar actividades de trabalho e de se relacionar, enfim, influencia praticamente todas as actividades de vida.

Um outro aspecto categorizado nesta componente foi **medidas adoptadas para alívio da dor** com 9 unidades de enumeração, referentes a imobilidade física e outros, com 5 e 4 unidades respectivamente. Expressaram "...eu ia sempre quietinha, quietinha..." ; "...pus-me assim o braço direitinho estendido assim na maca..." e "...eles não podiam tocar..." , relativas à imobilidade e "...pedi pra vir a casa..." ; "...pedi um copinho com água..." , relativas a outros. Salientamos que a afirmação "...pedi um copinho com água..." , poderá ter um significado cultural. No entanto, foi enquadrada nas **medidas adoptadas para alívio da dor**, uma vez que, o que motivou o elemento a solicitá-lo foi a dor, com o intuito de a diminuir, o que podemos constatar através da afirmação "...e aquela dor tão feia que eu tive...como eu me sentia tão mal eu pedi um copinho com água..." .

Através das afirmações podemos constatar que os elementos fizeram uma auto-avaliação, de modo a poderem actuar sobre a dor.

As **referências espirituais / culturais** foram verbalizadas com 7 unidades de enumeração, com

expressões: "...meu Deus do céu..." ; "...meu Deus... com estes nervos todos..." , referentes à religião (3), "...estava destinado para mim..." ; "...por acaso tive sorte, mas poderia não ter sido assim..." , relativas às crenças (3) e "...é muito importante nós sabermos o que nos vai passar..." , relativa à cultura (1 unidade de enumeração).

Obtivemos 29 unidades de enumeração referentes às **intervenções do enfermeiro**, com uma média aproximada de 5 unidades, relativas às **intervenções autónomas** e **intervenções interdependentes**.

As **intervenções autónomas** foram registadas com 23 unidades de enumeração (79,3%), categorizadas em avaliação, informação e imobilização provisória, indo de encontro à opinião de Carvalho e Cardoso (2000), ao referirem que embora os métodos farmacológicos se tenham mantido como a estratégia principal para alívio da dor, o enfermeiro dispõe de um conjunto de intervenções autónomas que poderá desenvolver para ajudar os utentes com dor. A informação constitui uma componente importante na intervenção de enfermagem, tendo um valor inquestionável quando é dada sobre os cuidados prestados, verificando-se através de: "...explicou-me que era muito importante uma tala bem feita..." , "...uma senhora enfermeira disse assim: - A senhora...vai tomar um medicamento...que é para lhe abaixar as dores." e "...uma senhora enfermeira disse que eles não podem arranjar o braço porque eu tinha bebido água..." , com 14 unidades de enumeração.

Outro aspecto importante da informação, consiste no esclarecimento do utente acerca da sua dor, o que traduz uma valorização desta pelo enfermeiro. Constatamos que a informação sobre a dor foi referenciada apenas com 1 unidade de enumeração, "...embora o enfermeiro me tivesse dito que aquilo era mesmo assim..." , o que nos leva a pensar que os enfermeiros dão mais importância à informação sobre os cuidados que prestam, do que acerca do fenómeno doloroso do utente. Antes de elaborar o plano de intervenção, o enfermeiro deve fazer a avaliação da situação, que consiste na colheita de dados e observação, o que se verificou em frases como "...o enfermeiro fez-me umas perguntinhas...dados pessoais...fui muito bem atendida..." e "...o enfermeiro achou que...não estava feita o mais correcta possível..." , com 5 unidades de enumeração.

As **intervenções interdependentes** foram verbalizadas com 6 unidades de enumeração, todas elas referentes à administração de medicação.

Um dos aspectos mais importantes da intervenção do enfermeiro consiste no alívio da dor, proporcionando maior conforto e bem-estar ao utente. Para tal, tem à sua disposição intervenções autónomas e interdependentes, entre as quais deve optar pelas que melhor se adaptam à individualidade do utente, tendo sempre por base uma relação de ajuda. Além das intervenções do enfermeiro para ajudar o utente com dor, houve 12 referências às

intervenções de outros profissionais, assim como médicos e bombeiros, relativas à imobilização e transporte para o hospital.

Como referências de imobilização com talas provisórias temos "...puseram-me assim uma coisa...estenderam-me assim o braço..."; "...chegaram, entalaram-me o braço, dentro de uma...tala..." e "...puseram-me aqui uma armação..."; com 5 unidades de enumeração. A colocação de talas provisórias para imobilização, contribuiu para a diminuição da dor, o que podemos constatar através de afirmações como "...os bombeiros, entalaram-me o braço, dentro de uma... tala... depois ficou melhor"; "...a dor ainda se mantinha, embora menos acentuada." e "...puseram-me aqui uma armação...e já não tinha dores.". Relativas à imobilização com talas definitivas, temos "...quando dei por mim já estava com o gesso..." e "...tinha o dedo e a mão imobilizada..."; com 2 unidades de enumeração.

Cinco foram transportados em ambulância para o hospital, o que faz prever o acompanhamento por pessoal com formação específica, que intervêm no alívio da dor, com a colocação de talas provisórias e posicionamento adequado, de acordo com a situação do utente. De modo a analisar de forma conclusiva as vivências de dor expressas pelos elementos, apresentamos um quadro (Quadro nºII) constituído pelas categorias e sub-categorias. É de salientar que apesar da quantificação não traduzir o significado, poderá servir de pilar para a reflexão.

Quadro nº2 – Vivências de dor

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
A – Componente afectiva / reactiva	A1 – Medo / Angústia	6
	A2- Ansiedade	19
	A3 – Reacções	10
Sub-total		35
B – Componente sensorial	B1 – Qualidade da dor	32
	B2 – Manifestações da dor	4
	B3 – Alterações da imagem corporal	9
	B4 – Outras	2
Sub-total		47
C – Factores ambientais	C1 – Factores estruturais	6
	C2 – Tempo de espera	16
	C3 – Presença de acompanhante	7
Sub-total		29
D – Factores pessoais	D1 – Contexto situacional	18
	D2 – Referências espirituais / Culturais	7
	D3 – Medidas adoptadas para alívio da dor	9
	D4 – Limitações causadas pela dor	12
Sub-total		46
E – Intervenções do enfermeiro	E1 – Intervenções autónomas	23
	E2 – Intervenções interdependentes	6
Sub-total		29
F – Intervenções de outros profissionais	F1 – Imobilização	7
	F2 – Transporte	5
Sub-total		12
TOTAL		198
X = 33 unidades por elemento		

Verificamos que foram referenciadas 198 unidades de enumeração relativas às vivências de dor, com uma média de 33 unidades por elemento.

A **componente sensorial (B)** foi a mais referenciada com 47 unidades de enumeração (23,8%), seguindo-se **os factores pessoais (D)** com 46 unidades (23,2%), a componente **afectiva / reactiva (A)** com 35 (17,7%), **os factores ambientais (C)** e **intervenções do enfermeiro (E)** ambos com 29 (14,6) e finalmente com 12 unidades de enumeração (6,1%) as **intervenções de outros profissionais (F)**.

A **qualidade da dor** foi a mais referenciada com 32 unidades de enumeração, seguindo-se as **intervenções autónomas** com 23, a **ansiedade** com 19, o **contexto situacional** com 18, o **tempo de espera** com 16 e as **limitações causadas pela dor** com 12 unidades de enumeração.

Para além da ansiedade, intimamente ligada à dor como reacção natural perante uma situação de crise, existem várias referências que traduzem vivências que poderão provocar estados de inquietação, contribuindo para o seu aumento.

Como forma de diminuir estes estados de inquietação, torna-se necessário estabelecer comunicação com o utente, com o intuito de obter a informação necessária sobre a dor e as suas respostas em relação à mesma, e informá-lo sobre a sua situação, cuidados prestados, limitações que a dor poderá provocar e possíveis formas de as minimizar, contribuindo

do para o bem-estar do utente. É importante reflectir sobre estas vivências, pois a sua compreensão ajudará a melhorar a relação estabelecida com aqueles que da nossa intervenção necessitam.

Considerando que as vivências de dor são influenciadas pela dimensão pessoal e pelo meio, agrupamos a **componente afectiva / reactiva**, a **componente sensorial** e os **factores pessoais** em factores internos com 128 unidades (64,7%); os **factores ambientais**, as **intervenções do enfermeiro** e as **intervenções de outros profissionais** em factores externos com 70 unidades (35,3%), o que podemos observar no quadro nºIII.

Verificamos que a maioria das referências se enquadram nos factores internos, o que nos parece demonstrar o carácter subjectivo da dor, o que poderá contri-

buir para que numa mesma situação a experiência dolorosa seja vivida de modo diferente de pessoa para pessoa. Esta subjectividade é defendida por Kozier (1989) ao afirmar que a dor é uma sensação muito pessoal. Também Barbosa (1995) relata que a dor tem um significado próprio do indivíduo na sua singularidade, em que a dor é fundada numa história pessoal e única.

DISCUSSÃO

Como a preocupação deste trabalho foi conhecer as vivências de dor musculoesquelética, recolhemos alguns dados que permitiram conhecer melhor a amostra em estudo, as suas características pessoais e algumas condicionantes que poderão influenciar a realidade vivida.

Com este trabalho ficámos a conhecer melhor as vivências de dor músculo-esquelética do utente submetido a anestesia para redução, no Serviço de Urgência. Os elementos inquiridos encontram-se maioritariamente nas classes etárias dos 42-49 e 56-63 anos, ambas com 33%, em que o sexo feminino se evidenciou (67,0%).

A maioria ocupa-se no sector terciário (50,0%), em que o nível de escolaridade verificou-se com igual percentagem (33,3%) de elementos com o ensino básico e curso técnico superior.

Constatamos que em todos os elementos (100%), a causa da dor foi a queda, tendo a maioria sido localizado no membro superior esquerdo.

Todos os elementos referiram a pior dor após a queda, tendo a

Quadro nº3 – Vivências de dor relativamente aos factores internos e externos

VIVÊNCIAS	CATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	FREQUÊNCIA RELATIVA
Factores internos	A-Componente afectiva/reactiva	35	17,7
	B-Componente sensorial	47	23,8
	D-Factores pessoais	46	23,2
	Sub-total	128	64,7
Factores externos	C-Factores ambientais	29	14,6
	E-Intervenções do enfermeiro	29	14,6
	F-Intervenções de outros profissionais	12	6,1
	Sub-total	70	35,3
TOTAL		198	100,0

intensidade oscilado entre 8 e 10, numa escala numérica de 0 a 10, tendo sido descrita como sendo insuportável, inoportuna e penetrante. Referiram-se à menor dor após analgesia e imobilização, com uma oscilação entre 1 e 3. Para diminuir a dor, foram administrados analgésicos pertencentes ao primeiro e segundo degrau da escada analgésica, preconizada pela OMS, em igual percentagem (50%), com associação de adjuvante no segundo degrau.

As vivências de dor foram a **componente afectiva / reactiva**, **componente sensorial**, **factores ambientais**, **factores pessoais**, **intervenções do enfermeiro** e **intervenções de outros profissionais** (Quadro nº III).

A mais referenciada foi a **componente sensorial** (23,8%), com 47 unidades de enumeração, em que a **qualidade da dor** foi a sub-categoria mais referenciada, com 22 unidades, em que os elementos utilizaram maior número de expressões (22) do que adjectivos (10) na descrição da dor.

Nos **factores pessoais** (23,2 %) com 46 unidades, verificou-se um maior número de expressões relativas ao **contexto situacional** (18), seguindo-se as **limitações causadas pela dor** com 12 unidades.

A **componente afectiva / reactiva** foi expressa com 35 unidades de enumeração (17,7%), em que se verificou maior número de referências relativas à **ansiedade**, com 19 unidades, em que expressaram mais referências alusivas a um estado de tensão interna (10), seguindo-se as **reações** com 10 verbalizações relativas às respos-

tas comportamentais.

Nas **intervenções do enfermeiro** (14,6%) com 29 unidades de enumeração, destacou-se as **intervenções autónomas** com 23 unidades, tendo-se evidenciado a informação, com 15 unidades de enumeração, informação essa sobre os cuidados prestados (14). Os **factores ambientais** apresentaram-se com o mesmo número de unidades de enumeração (29), sendo o **tempo de espera** o factor mais referenciado, com 16 unidades, em que predominaram as referências ao tempo de jejum (10).

Nas **intervenções de outros profissionais** com 12 unidades de enumeração (6,1%), destacou-se a **imobilização** com 7 unidades.

De acordo com estes resultados, torna-se importante uma vez mais referir que é necessário que o enfermeiro compreenda o ponto de vista do utente, em relação à sua dor, o que lhe exige um cuidado particular, e uma aptidão especial para lidar com o utente que dela sofre, de forma a contribuir não só para a sua recuperação mas também para o seu conforto emocional e bem-estar.

Convictos de que necessitamos de rever as nossas formas de actuação e as nossas estratégias de intervenção face aos utentes e à especificidade de situações com que nos deparamos, sugerimos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente com dor músculo-esquelética:

- Registo em notas de enfermagem dos dados observados e referidos pelo utente, tornando a dor quantificável, o que melhora o

conhecimento e a identificação do problema. O registo sistemático destes contribui para um planeamento de cuidados planeados;

- Informar devidamente o utente sobre a sua dor, pois só assim obteremos confiança, colaboração e adesão ao cuidado prescrito. Salientamos que é um aspecto importante na relação enfermeiro / utente, fazendo com que este se aperceba que o enfermeiro está presente para aliviar a sua dor;
- Atendendo à necessidade do tempo de jejum e à estrutura física do Serviço, proporcionar priva-

cidade, ambiente calmo e o máximo conforto ao utente, favorecendo o descanso e o relaxamento. Solicitar a colaboração e acompanhamento da família, diminuindo assim os estados de inquietação e de tensão interna do utente.

Pretendemos divulgar as conclusões deste estudo no Serviço de Urgência de modo a dar a conhecer as vivências dos utentes com dor músculo-esquelética para que, em conjunto, possamos reflectir sobre o cuidado do utente com esta problemática.

referências bibliográficas

- 1 - LIDDEL, Dorothy B. et al (1999). Avaliação da Função Músculo Esquelética, in SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (pp.1565 - 1575). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- 2 - BARBOSA, António; RICO, Toscano. (1995). *A dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permaneyer Portugal.
- 3 - CARPENITO, Lynda Juall. (1997). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica* (6ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 4 - FORTIN, Marie - Fabienne. (1999). *Processo de Investigação - da concepção à realização*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- 5 - VALA, Jorge. (1986). A análise de conteúdo, in SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madueira. *Metodologia das Ciências Sociais*. (5ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- 6 - DIAMOND, A. W.; CONIAMI, S. W. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 7 - ROPER, Nancy; LOGAN, W. W.; TIERNEY, Alison J. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª ed). Alfragide: McGraw-Hill.
- 8 - SORENSEN; LUCKMANN. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- 9 - CARVALHO, Amâncio; CARDOSO, António. (2000). O controlo da dor e a qualidade de vida do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 13, 17-29.
- 10 - KOZIER, Barbara. (1989). *Enfermaria fundamental: conceitos, procesos y práctica* (2ª edición). Madrid: Interamericana McGraw-Hill.