

Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera – ACHPE.

Web grupo de trabajo:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

E-mail: revegle@historiaenfermeriacanaria.org

Dirección Editorial: Calle San Martín, 62 (38001-S/C de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO X Número 20. Segundo Semestre 2022.

Revista on-line:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.
38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y RESULTADOS
DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

SUMARIO

EDITORIAL

LA HIGIENE EN EL CONTEXTO DE LA URBE

Francisco -Javier Castro-Molina

HISTORIA

EL FALLIDO INTENTO DE CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL EN LA CIUDAD DE LEÓN EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA DEL SIGLO XX

M^a Ángeles Zayas Carbajal

NEUROPSICOLOGÍA: AUTORES Y TRABAJOS

Roberto García Sánchez

LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA. RECORRIDO HISTÓRICO. SANTA CRUZ DE TENERIFE- LA PALMA

Natalia Rodríguez Novo, Yurena María Rodríguez Novo, Florentino Pérez Raya, María Aránzazu García Pizarro, María Mercedes Novo Muñoz, José Ángel Rodríguez Gómez

TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES

ESTRATEGIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EVALUAR Y MANEJAR EL DOLOR EN ADULTOS MAYORES NO COMUNICANTES

Hélder Jaime Fernandes, Andreia Filipa Leite Ribeiro, Helena Filipa Carvalho Cunha, Jesus Manuel Quintero Febles

MISCELÁNEA

2nd INTERNATIONAL CONGRESS ON THE HISTORY OF NURSING EDUCATION

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES

ESTRATEGIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EVALUAR Y MANEJAR EL DOLOR EN ADULTOS MAYORES NO COMUNICANTES.

NURSING STUDENTS' STRATEGIES FOR ASSESSING AND MANAGING PAIN IN NON-COMMUNICATING OLDER ADULTS.

ESTRATÉGIAS DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM PARA AVALIAR E CONTROLAR A DOR EM IDOSOS NÃO COMUNICANTES.

Hélder Jaime Fernandes¹, Andreia Filipa Leite Ribeiro², Helena Filipa Carvalho Cunha², Jesus Manuel Quintero Febles³.

¹Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Investigador integrado do UICISA:E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem) <https://orcid.org/0000-0001-9705-8214>, helder@ipb.pt.

²Enfermeira no Hospital Litoral Alentejano, Santiago do Cacém

³Universidad de La Laguna. Revista EGLE.

Contacto: helder@ipb.pt

Recibido: 2/09/2022
Aceptado: 06/12/2022

Resumen

El dolor es una experiencia completamente holística y subjetiva. En los pacientes que no pueden comunicarse, es esencial identificar los comportamientos y los signos evidentes de dolor.

El objetivo general de este estudio es identificar las estrategias de los estudiantes de enfermería para evaluar y manejar el dolor en pacientes ancianos no comunicativos. Se trata de un estudio de metodología cualitativa, de tipo exploratorio descriptivo transversal. En esta investigación participaron 13 estudiantes del curso de enfermería del IPB, siendo el 85% de la muestra mujeres y el 15% hombres, con una edad media de 22 años. El método de muestreo utilizado en este estudio es el muestreo accidental no probabilístico. Los datos de la investigación se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada preparada por los investigadores.

Los resultados obtenidos demostraron que los estudiantes tienen una gran preocupación por el dolor en los ancianos no comunicativos. Sin embargo, los estudiantes demostraron no conocer la mayoría de las estrategias para evaluar y manejar el dolor descritas en la literatura científica. Los alumnos de los distintos cursos del grado de Enfermería tienen en común la sensibilidad hacia el tema del dolor y destacan la importancia de la formación en este ámbito para actuar de la mejor manera posible con las personas mayores no comunicantes con dolor.

Palabras clave: Estrategias, estudiantes de enfermería, evaluación del dolor, tratamiento del dolor, ancianos no comunicantes.

Abstract

Pain is a completely holistic and subjective experience. In patients who are not able to communicate, it is essential to identify behaviors and noticeable signs of pain.

The overall objective of this study is to identify nursing students' strategies to assess and manage pain in non-communicative elderly patients. This is a qualitative methodology study, of exploratory descriptive cross-sectional type. Thirteen students from the nursing course of IPB participated in this investigation, being 85% of the sample female and 15% of the sample male, with a mean age of 22 years. The sampling method used

in this study is accidental non-probability sampling. The research data were obtained through a semi-structured interview designed by the researchers.

The results obtained proved that the students have a great concern about pain in non-communicative elderly. However, students showed that they did not know most of the strategies to assess and control pain described in the scientific literature. Students from the different years of the nursing course share a common awareness of the issue of pain and emphasize the importance of training in this area to act in the best possible way with noncommunicating older people in pain.

Keywords: Strategies, nursing students, pain Assessment, pain management, noncommunicating elderly.

Resumo

A dor é uma experiência completamente holística e subjetiva. Em doentes que não possuem capacidade de comunicar, torna-se imprescindível identificar comportamentos e sinais notórios de dor.

O objetivo geral deste estudo é conhecer as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes. Este é um estudo de metodologia qualitativa, do tipo exploratório descritivo transversal. Nesta investigação participaram 13 alunos do curso de enfermagem do IPB, sendo 85% da amostra do sexo feminino e 15% da amostra do sexo masculino, com idade média de 22 anos. O método de amostragem utilizado neste estudo é amostragem não probabilística acidental. Os dados da investigação foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada elaborada pelas investigadoras.

Os resultados obtidos comprovaram que os alunos têm uma grande preocupação com a dor em idosos não comunicantes. No entanto, os alunos demonstraram não conhecer a maioria das estratégias para avaliar e controlar a dor descritas na literatura científica. Os alunos dos diferentes anos do curso de enfermagem têm em comum a sensibilidade para o tema da dor e sublinham a importância da formação neste âmbito para proceder da melhor maneira na atuação junto do idoso não comunicante com dor.

Palavras-chave: Estratégias, alunos de enfermagem, avaliar dor, controlar dor, idosos não comunicantes.

Introdução

O envelhecimento da população traz consigo morbidades que são típicas da idade e outras que se tornam mais frequentes com o envelhecer, nomeadamente a dor. Sabe-se que a prevalência da dor em idosos é mais elevada do que na população mais jovem (1).

A dor, “quando presente na vida do idoso, enfraquece, consome, instiga, o que ele tem de mais precioso – a vida”. A dor debilita e ameaça a integridade psíquica, física, social e espiritual do idoso, nomeadamente a nível da sua autonomia, bem-estar e segurança, impedindo e limitando na sua maioria a capacidade de realizar as AVD’s, conviver e interagir socialmente. (2).

Os idosos apresentam inúmeras etiologias da dor e a sua alta prevalência da alteração cognitiva, sensorial e incapacidade de várias origens, impossibilita e dificulta o processo de avaliação e diagnóstico da dor no idoso (1).

A dor é uma experiência completamente holística e subjetiva. “É descrita como uma situação que envolve todas as dimensões da pessoa e não como um mero acontecimento.” (3).

Este tema suscitou o nosso particular interesse porque, sendo a dor considerada o 5º sinal vital, torna-se imprescindível conhecer as diferentes estratégias de avaliar e controlar a dor nesta faixa etária, principalmente quando estes não conseguem comunicar. Só assim conseguiremos prestar um melhor cuidado a estes doentes e, conseqüentemente proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

1. Enquadramento Teórico

1.1. *Conceitos e Fisiopatologia da Dor*

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual, potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão.” Esta definição considera a dor como uma experiência complexa, individual e subjetiva. A componente sensitiva é determinada neurofisiologicamente e a componente emocional baseia-se no estado afetivo, experiências anteriores, estado de desenvolvimento e diversos outros fatores de ordem cultural, pessoal e espiritual (3).

Outra definição mais ampla para a dor é: “dor é tudo que a pessoa experimentando diz que é e existindo quando ela disser que existe” (1).

“O conceito de dor deve incluir todos aqueles que mesmo com incapacidade em verbalizarem possam beneficiar de uma avaliação objetiva da sua dor.” (4).

Os nociceptores iniciam a experiência dolorosa, ou seja, estes nociceptores são neurónios sensoriais primários que conduzem a informação desde a periferia até ao Sistema Nervoso Central, em particular para a medula espinhal. Nos nervos periféricos podemos encontrar axónios longos que se estendem até aos gânglios da raiz dorsal. A dor é experienciada quando estes neurónios são ativados, uma vez que, enviam um sinal até à medula espinhal e seguidamente para o cérebro. Os nociceptores estão localizados nos músculos, na pele, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Estes respondem ao estímulo que pode ser mecânico, químico ou térmico (5).

Após a deteção do estímulo nociceptivo ocorre duas etapas distintas, sendo que a primeira corresponde à transdução, “(...) onde a energia do estímulo externo é convertida em atividade eletrofisiológica. Qualquer que seja a natureza do estímulo, este provoca de imediato uma mudança no potencial de membrana (...)”. Já a transmissão ocorre na segunda fase, “(...) onde a informação codificada é transmitida através da medula espinhal para o tronco encefálico e tálamo.” (5).

“A maior parte dos casos clínicos de dor estão relacionados com uma ativação dos neurónios aferentes primários específicos, estimulação dos nociceptores, lesão ou disfunção dos nociceptores bem como uma ativação do SNC.” (5).

1.2. Percepção da Dor

O envelhecimento promove alterações no sistema nervoso, modificando o processamento, a percepção e o tratamento da dor. A percepção da dor no idoso sofre alterações devido à diminuição dos recetores da dor na pele, densidade reduzida e condução lenta. A tolerância ao estímulo doloroso está também reduzida na população idosa pois toleram menos estímulos dolorosos intensos, quando comparadas a populações mais jovens. Contudo, a percepção da dor é subjetiva, sendo influenciada por experiências prévias ou presentes (1).

1.3. Avaliação da Dor

“A dor como 5º sinal vital deve ser avaliada e registada de acordo com a condição clínica, depois de cada intervenção dolorosa perante a presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais (...)” (4).

Existem duas metodologias para avaliar a dor: a autoavaliação, em que é o próprio doente que avalia a sua dor, ou por heteroavaliação, em que a avaliação da mesma é realizada por outra pessoa ou pelos profissionais de saúde (4).

A autoavaliação por parte do doente é crucial para avaliar a dor, no entanto, em doentes que não possuem capacidade de verbalizar, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem comportamentos e sinais notórios de dor, entre eles o esgar facial, sobrelhas e testa franzidas, lacrimejar, posição defensiva (punhos cerrados, joelhos “encolhidos” e rigidez), gemidos e gestos, períodos de agitação e sudorese, polipneia e taquicardia (6).

A avaliação da dor na pessoa idosa constitui um importante problema, pois a coexistência de outras patologias, das próprias mudanças fisiológicas, redução da função cognitiva, medicação em uso, entre outros, podem camuflar não só as manifestações de dor, mas também dificultar a escolha das estratégias para aliviar a dor (2).

As ferramentas utilizadas para avaliar a dor devem ser ajustadas ao doente, tendo em conta principalmente a sua faixa etária e o seu estado clínico. Por isso, a

avaliação da dor em idosos com comorbilidades que dificultam a expressão ou mesmo até a incapacidade de comunicação pela doença de base, tal como depressão, demência ou sequela de AVC, é feita de maneira semelhante às avaliações em populações neonatais e lactentes, sendo observacional e não autoavaliativa. Dados como expressões faciais, verbalização e vocalização, movimentos corporais, sinais vitais, alterações nas relações interpessoais, nas rotinas e do estado mental são avaliados, assim como os relatos realizados por familiares ou cuidadores (5).

Para avaliar a dor em idosos não comunicantes foram desenvolvidas algumas escalas, entre elas estão a Abbey Pain Scale, a Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), a DOLOPLUS 2, a ALGOPLUS e, por fim, a Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). Estas são escalas comportamentais, que conseguem avaliar sinais notórios de dor, como as expressões faciais, a vocalização, os movimentos corporais e/ou posições antálgicas que os doentes adotam e a alteração dos sinais vitais, o que permite que avaliemos a dor de forma mais precisa e objetiva.

1.4. Tratamento da Dor

Existem duas abordagens para o tratamento da dor, a abordagem farmacológica e a não farmacológica. Estas podem ser aplicadas conjuntamente (3).

Por norma, a terapêutica não farmacológica tem poucos efeitos adversos e, quando utilizada isoladamente, pode produzir alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Simultaneamente utilizada com a administração dos fármacos tem a vantagem de melhorar a terapêutica da dor potenciando o efeito terapêutico global e possibilitando a diminuição das doses dos fármacos, com a consequente redução de efeitos secundários, interações medicamentosas e, por vezes, redução de custos (8).

Muitos idosos com dor crónica utilizam, por autoiniciativa, estratégias não farmacológicas e essa crescente utilização de terapêuticas não farmacológicas pela população idosa pode ter, em situações particulares, nomeadamente, no idoso com osteoporose ou polimedicado, riscos acrescidos, como o de lesões osteoarticulares devido ao exercício físico e à manipulação ou interação de ervas medicinais com terapêuticas farmacológicas (8).

O tratamento não farmacológico inclui essencialmente abordagens psíquicas, abordagens fisiátricas e fisioterápicas e atividade física. As abordagens psíquicas incluem a terapia cognitivo-comportamental que possibilita uma maior tolerância à dor e aos procedimentos dolorosos, técnicas como o relaxamento, técnicas de distração – musicoterapia, snoezelen, biofeedback, que se destinam à reeducação e controle muscular - e hipnose que tenciona modular a percepção e *stresse* doloroso. Já as abordagens fisiátricas e fisioterápicas incluem métodos tais como, a termoterapia, crioterapia, massagem, cinesioterapia, acupuntura e electroestimulação. Por fim, temos a mobilização, atividade física e exercícios de alongamentos que podem contribuir para a redução da dor crónica (1).

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma abordagem para eleger um regime terapêutico de acordo com a intensidade da dor (ligeira, moderada e intensa), baseada numa escada de três degraus, designada escada analgésica. Desde então, esta escada analgésica tem sido bastante utilizada para tratar a dor dos (1). No entanto, pode haver um outro degrau na escada analgésica, que se destina essencialmente à utilização de técnicas invasivas como a administração de analgésicos por via espinhal e bloqueios nervosos (8).

A dor ligeira situa-se no primeiro degrau e está indicada a utilização de fármacos não opióides. No segundo degrau, encontra-se a dor moderada e está indicada a utilização de opióides mais fracos, sendo possível adicionar terapêutica adjuvante. Por fim, no último degrau, utilizam-se opióides fortes, com presença ou ausência de terapêutica adjuvante, para controlar a dor moderada a intensa em doentes que não obtiveram resultado proveniente do segundo degrau (3).

À medida que se envelhece, o número de patologias e a complexidade da farmacoterapia instituída tendem a aumentar. Contudo, para reduzir a iatrogenia medicamentosa, estão disponíveis ferramentas como os critérios STOPP/START e critérios de Beers. Os critérios STOPP/START são constituídos por dois métodos – o STOPP e o START – utilizados em conjunto (9).

2. Metodologia de Estudo

Tendo por base os objetivos específicos deste trabalho de investigação, identificar as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor em idosos não comunicantes e identificar as estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor em idosos não comunicantes, optou-se por um estudo exploratório descritivo transversal de abordagem qualitativa.

A questão de investigação a que pretendemos dar resposta é “Quais as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes?”.

Neste estudo, a população alvo é constituída pelos alunos de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Como critérios de inclusão definimos que os alunos deviam pertencer ao curso de Licenciatura de Enfermagem e que tivessem interagido com idosos não comunicantes em ensinamentos clínicos durante o percurso académico. Assim sendo, a amostra perfaz um total de 13 alunos distribuídos entre o 2º, 3º e 4º ano. O método de amostragem utilizado neste estudo é a amostragem não probabilística acidental, dado que os participantes se incluíram no estudo à medida que foram contactados e se mostraram disponíveis a colaborar.

Mediante os objetivos do estudo, o método escolhido para obter os dados pretendidos foi a entrevista semiestruturada, elaborada pelas investigadoras com recurso a bibliografia de referência.

Previamente ao início da entrevista, foi disponibilizado a cada participante um guião da mesma e o documento do consentimento informado. Foi feita uma descrição do estudo, nomeadamente a identificação dos objetivos e a importância da participação dos entrevistados. Disponibilizamos, também, as identificações e os contactos das investigadoras, caso fosse necessário.

As entrevistas foram gravadas via ZOOM e foram destruídas, após transcritas pelas investigadoras. Estas foram transcritas na íntegra e é fulcral realçar que, em momento algum, foi registado o nome do entrevistado e para a identificação dos mesmos foi atribuído uma numeração a cada um. Os dados foram submetidos à

metodologia de análise de conteúdo tendo sido respeitadas as etapas propostas pelo autor, organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (10). Os dados serão apresentados em quadros.

Para além dos direitos dos participantes, é imprescindível a autorização da investigação por parte da instituição, que implica: um modelo de consentimento informado, bem como a concordância do diretor da instituição onde se realiza. Assim, para a concretização deste estudo, foi pedido parecer à comissão de ética do IPB, que no dia 23 de maio de 2022 aprovou o estudo com parecer positivo.

3. Estudo Empírico

3.1. Caracterização da Amostra

Antes da realização das entrevistas, foi disponibilizado a cada participante a Declaração do Consentimento Informado, para que formalizassem o seu consentimento para a participação no estudo. Na investigação participaram 13 alunos do curso de enfermagem do IPB, sendo 85% da amostra do sexo feminino e 15% da amostra do sexo masculino, com idade média de 22 anos. Relativamente ao ano do curso, 3 alunos são do 2º ano, 4 alunos do 3º ano e 6 alunos do 4º ano.

3.2. Apresentação e Análise de Dados

Nesta fase são apresentados os dados obtidos através das entrevistas e feita uma análise dos mesmos. Os dados foram organizados em quadros onde são apresentadas as unidades de registo para cada categoria ou subcategoria.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram dois domínios, “Estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor” e o domínio da “Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor”. O domínio “Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor” divide-se ainda em duas categorias, “Estratégias Farmacológicas” e “Estratégias não Farmacológicas”, sendo que destas duas categorias emergiram ainda várias subcategorias (Quadro 1). (10).

Domínios	Categorias	Subcategorias
Estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor	Avaliação da Dor	Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor (n=13)
		Expressão Facial (n=13)
		Movimentos Corporais (n=11)
		Vocalizações (n=4)
		Agitação (n=1)
		Sinais Vitais (n=1)
Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor	Estratégias Farmacológicas	Analgesia (n=13)
	Estratégias Não Farmacológicas	Comunicação (n=13)
		Alternância de Decúbitos (n=11)
		Crioterapia e Termoterapia (n=5)
		Massagem/ Relaxamento (n=3)
		Métodos de Distração (n=1)
		Cinesioterapia (n=1)

Quadro 1 - Domínios, Categorias e Subcategorias

Podemos verificar que os participantes responderam que para avaliar a dor em idosos não comunicantes, utilizam maioritariamente a expressão facial, os movimentos corporais e a escala de faces. No que toca às estratégias para controlar a dor, a nível farmacológico as respostas foram unânimes, todos eles utilizam a analgesia. A nível não

farmacológico, responderam maioritariamente a comunicação e a alternância de decúbitos.

- **DOMÍNIO:** Estratégias Dos Alunos De Enfermagem Para Avaliar A Dor

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor
Unidades de Registo <i>“Apenas a escala de faces.” (A7)</i> <i>“Conheço a escala de faces e a escala de flacc... realmente existem mais 2 ou 3 escalas para este tipo de doentes como a PAINAD, mas não conheço...” (A10)</i> <i>“Se ele for não comunicante verbal, mas conseguir entender podemos utilizar a escala numérica ou a escala qualitativa (que tenha régua) e eles apontam acabando por comunicar, mas por gestos. Se não conseguirem comunicar nem verbalmente nem através de gestos utilizo a escala de faces.” (A13)</i>

Quadro 2 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor da categoria Avaliação da Dor

As escalas de autoavaliação, como a Escala de Faces, podem ser utilizadas desde que os idosos que não comunicam verbalmente consigam expressar a sua dor (indicando no instrumento físico a intensidade da sua dor ou através de gestos). Caso não consigam expressar a sua dor, as escalas de heteroavaliação, nomeadamente a The Abbey Pain Scale, PACSLAC, DOLOPLUS 2, ALGOPLUS e PAINAD, são os instrumentos indicados.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Expressão Facial
Unidades de Registo
<i>“... tento perceber pela face... por exemplo, se franzir as sobrancelhas ...” (A1)</i>
<i>“Através da expressão facial conseguimos perceber se ele tem dor ou não.” (A3)</i>
<i>“... tento sempre analisar se há algum sinal que me leve a perceber se ele está com dor ou não. Muitos destes doentes estão conscientes, reativos e vigis e apesar de não comunicarem connosco, conseguem ouvir-nos e é de extrema importância avaliar e controlar a dor ... acabo por fazer essa avaliação através de expressões faciais...” (A5)</i>
<i>“Como são doentes não comunicantes eu tento estar atenta, principalmente, a expressões faciais ...” (A8)</i>
<i>“Acho que é inerente a todo o ser humano que quando manifestamos dor possuímos uma fâcies dolorosa, cerramos os olhos, por exemplo e acho que isso é muito importante de se observar nos idosos não comunicantes.” (A11)</i>

Quadro 3 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Expressão Facial da categoria Avaliação da Dor

A expressão facial foi mencionada pela totalidade da amostra. Durante a prestação de cuidados, todos os participantes têm em conta a expressão facial do doente e utilizam-na como estratégia de avaliação da dor.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Movimentos Corporais
Unidades de Registo
<p><i>“Muitos deles quando têm dor ... contraem o membro que dói.” (A2)</i></p> <p><i>“Aquando um procedimento que não seja eu a realizá-lo, eu tenho o hábito de estar de mão dada com o doente e, por isso, através do aperto da mão consigo perceber se o doente apresenta ou não dor.” (A6)</i></p> <p><i>“... ou até mesmo através de algumas posições defensivas que eles adotam.” (A9)</i></p> <p><i>“...observar movimentos do corpo que de certa forma vão tentar dissuadir essa dor.” (A11)</i></p> <p><i>“Ao posicioná-los eu tento olhar para a face e ver se eles fazem algum gesto que dê para perceber se eles estão desconfortáveis...” (A12)</i></p>

Quadro 4 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Movimentos Corporais da categoria Avaliação da Dor

Os movimentos corporais foram também uma das estratégias mais referidas para avaliar a dor. 11 dos participantes mencionaram que as posições antálgicas como punhos cerrados e rigidez podem ser sugestivos de dor.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Vocalizações
Unidades de Registo
<p><i>“Sendo estes não comunicantes temos de estar atentos a uma série de manifestações que eles tenham... gemidos, por exemplo.” (A4)</i></p> <p><i>“... através de gemidos... que nos indicam que estão em sofrimento.” (A5)</i></p> <p><i>“...faço essa avaliação... através de certos gemidos... (A9)</i></p>

Quadro 5 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Vocalizações da categoria Avaliação da Dor

As vocalizações, como gemidos e grunhidos, foram mencionadas por apenas 4 elementos da amostra.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Agitação
Unidades de Registo <i>“Muitas das vezes até é necessário pedir colaboração da psiquiatria porque devido à dor a pessoa está agitada, inquieta e não dorme...” (A10)</i>

Quadro 6 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Agitação da categoria Avaliação da Dor

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Sinais Vitais
Unidades de Registo <i>“A dor, muitas vezes, também se manifesta através da taquicardia, sudorese e hipertensão, por isso é também muito importante estarmos sempre atentos à avaliação dos sinais vitais. (A9)</i>

Quadro 7 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Sinais Vitais da categoria Avaliação da Dor

Por fim, 8% dos participantes referem estar atentos à agitação e ao controlo dos sinais vitais como possíveis mecanismos de avaliação da dor.

Nos dias de hoje, admite-se que a resposta comportamental à dor aguda, numa primeira fase é caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao stress (agitação, hiper motricidade dos membros, crispação da face, choro, gritos) e sinais fisiológicos (hipertensão, taquicardia, aumento da frequência respiratória, pressão intracraniana, sudorese palmar, redução da saturação de oxigénio e do tónus vagal e palidez. Já numa segunda fase é assinalada pelo aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora

com perturbação de atividades recreativas, sono e repouso, alimentação ou de mobilização (4).

A Sociedade Geriátrica Americana menciona como respostas à dor da pessoa idosa as expressões faciais (cara triste, testa enrugada e os olhos cerrados); vocalizações (suspiros, gemidos, grunhidos, respiração ruidosa); movimentos corporais (rígidos, postura corporal tensa, mobilização restrita); alterações nas interações interpessoais (recusa alimentar, alterações do apetite, aumento do número de períodos de repouso, mudanças no padrão de sono/repouso, súbita cessação de rotinas); alterações do estado mental (choro ou lágrimas, ansiedade e irritabilidade) (4).

- **DOMÍNIO:** Estratégias Dos Alunos De Enfermagem Para Controlar A Dor

Categoria: Estratégias Farmacológicas
Subcategoria: Analgesia
Unidades de Registo
“As estratégias farmacológicas que normalmente utilizo têm a ver com a medicação que está prescrita em horário ou em SOS, basicamente no tratamento da dor recorre-se sempre à terapêutica.” (A1)
“As medidas farmacológicas é através da forma medicamentosa.” (A6)
“... começamos sempre por medicamentos não tão fortes, por exemplo, em dores mais ligeiras administramos o paracetamol, o nolotil ... Em dores mais severas, começamos por administrar na mesma esses fármacos, mas se não ceder, administramos então fármacos mais fortes, como a morfina e pensos de fentanil, por exemplo.” (A9)
“A nível farmacológico em última estância utilizo opiáceos, como morfina, petidina. Podemos também utilizar miorelaxantes. Se formos por grau, paracetamol, ceterolac, tramadol e morfina ... descompensam totalmente muitas das vezes por um mau controlo algico da dor. Temos de ter em atenção que a dor do outro não tem nada a ver com o nosso limiar da dor e, por isso, às vezes podemos achar que, pelo facto de a pessoa já ter feito o fármaco x ou y “não pode” ter dor e não funciona bem assim ... Tenho o exemplo de um doente que entre a 1h da manha e as 7h fez uma ampola de morfina em 3h, nolotil, tramadol e paracetamol.” (A10)

Quadro 8 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Analgesia da categoria Estratégias Farmacológicas

Relativamente às estratégias farmacológicas, os alunos responderam em unanimidade e conhecem os princípios da escada analgésica, administrando farmacologia mediante a intensidade da dor.

No controlo da dor, as estratégias farmacológicas têm-se mostrado mais eficazes e eficientes quando combinadas com métodos não farmacológicos (11).

O uso de estratégias farmacológicas, nomeadamente a terapêutica analgésica deve ser administrada consoante a intensidade da dor referida (1).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Comunicação
<p style="text-align: center;">Unidades de Registo</p> <p><i>“Estes doentes não comunicam connosco, mas eu tento sempre comunicar com eles pois eles conseguem ouvir-nos e as nossas expressões, o nosso toque e o nosso gesto fazem com que o doente esteja mais favorável a colaborar connosco e não tenta tanto medo nem dor.” (A1)</i></p> <p><i>“...digo para relaxar e comunico sempre de frente para eles olhando-os nos olhos.” (A2)</i></p> <p><i>“... tentar comunicar com ele, porque sabemos que ele nos está a ouvir na maior parte das vezes e isso poderá acalmá-lo.” (A5)</i></p> <p><i>“Tento passar-lhes tranquilidade através do toque, tento que me percebam verbalmente, mas sobretudo estar mais perto e mostrar disponibilidade. Se eles sentirem segurança da minha parte conseguem colaborar mais no processo.” (A6)</i></p> <p><i>“... tento explicar sempre... ou com palavras ou com gestos ...” (A12)</i></p>

Quadro 9 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Comunicação da categoria Estratégias Não Farmacológicas

No que diz respeito às estratégias não farmacológicas, todos os participantes referiram que a comunicação é fulcral para a redução do medo e dor por parte do doente, e faz com que o doente se torne mais colaborante nos procedimentos.

A presença de limitações cognitivas ou na capacidade de comunicação surgem como barreiras à avaliação e controlo da dor inerentes à pessoa idosa. É fulcral que os profissionais de saúde preparem e informem previamente os doentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias mediante o seu estado clínico e desenvolvimento cognitivo. A informação é um dever dos enfermeiros e um direito dos doentes. Em suma, a comunicação é a ferramenta principal para ultrapassar os obstáculos relacionados com a avaliação e gestão da dor na pessoa idosa (12).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Alternância de Decúbitos
Unidades de Registo
<i>“...tento realizar a mudança dos posicionamentos, colocar almofadas para aliviar as zonas de pressão e com dor...” (A1)</i>
<i>“A nível de estratégias não farmacológicas normalmente utilizamos os posicionamentos para lhes aliviar o local da dor.” (A4)</i>
<i>“...alternância de decúbitos...colocar os doentes em posições mais confortáveis...” (A10)</i>
<i>“... acho que os posicionamentos, a elevação dos membros na cama, como a elevação dos membros inferiores para um maior refluxo venoso são estratégias não farmacológicas muito importantes e que às vezes nós desvalorizamos.” (A11)</i>
<i>“...nos posicionamentos tentar deixá-los numa posição confortável e ... tento sempre ser o mais cuidadosa possível na realização do procedimento quando percebo que estão com dor.” (A12)</i>

Quadro 10 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Alternância de Decúbitos da categoria Estratégias Não Farmacológicas

A alternância de decúbitos foi também uma das estratégias não farmacológicas que referiram. 11 participantes mencionaram que os posicionamentos promovem o conforto e bem-estar do doente, relaxamento muscular e conseqüentemente o alívio da dor.

A alternância de decúbitos pode “aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas (...) pode promover aceleração da circulação, relaxamento muscular e conforto generalizado” (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Crioterapia e Termoterapia
Unidades de Registo
<i>“...colocar gelo nessas áreas para reduzir sinais inflamatórios.” (A1)</i>
<i>“...temos por exemplo a crioterapia (aplicação do frio), ... a aplicação do calor...” (A9)</i>
<i>“...no tratamento da dor nos doentes, temos por exemplo a crioterapia, termoterapia...” (A10)</i>
<i>“Podemos também utilizar a crioterapia, dependendo do tipo e local da dor.” (A11)</i>

Quadro 11 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Crioterapia e Termoterapia da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Cerca de 38 % dos participantes referiram que a crioterapia e termoterapia era benéfica no alívio da dor, sendo que a termoterapia promovia o relaxamento muscular e a crioterapia reduzia sinais inflamatórios.

A aplicação de calor ou frio, através de “estimulação cutânea (...) pode contribuir para o alívio da dor”, em que a termoterapia “promove o relaxamento muscular e uma

sensação de conforto (...) reduz a tensão muscular”, e a crioterapia provoca uma redução da inflamação (13).

A crioterapia e a termoterapia impulsionam a vasodilatação e vasoconstrição, concomitante, o aumento do suprimento de oxigênio e nutrientes promove o processo de cicatrização e reparação dos tecidos, o relaxamento muscular, a analgesia por diminuição de inflamação tópica e, conseqüentemente, a estimulação nervosa, possibilitando uma redução da ativação do sistema nervoso periférico e central e, por conseguinte, uma diminuição da dor (13).

No entanto, a termoterapia está contraindicada em casos de infecção e hemorragia ativa sobre o local do tumor (em situações de neoplasias), traumatismos agudos e insuficiência vascular. Já a crioterapia, está contraindicada em casos de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Massagem / Relaxamento
Unidades de Registo “... na hora do banho ao colocar o creme, massajar no local onde sentem dor.” (A7)

Quadro 12 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Massagem / Relaxamento da categoria Estratégias Não Farmacológicas

A massagem foi referida por apenas 3 participantes, estes referem que realizavam a mesma aquando das higiènes ou posicionamentos e, que esta promovia o bem-estar físico e psicológico do utente.

A massagem é definida, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), como o “ato de massajar e pressionar partes do corpo” que tem como finalidades promover o relaxamento, diminuir as sensações dolorosas e a tensão muscular. Esta relaxa a musculatura no local da sua aplicação, proporcionando uma sensação de conforto e

bem-estar ao doente, melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático e promove o bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor (13).

A massagem está contraindicada em pessoas com patologias dérmicas, cicatrizes recentes ou feridas abertas, na presença de tumores, em zonas adjacentes a fraturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há presença de sinais de compromisso circulatório (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Métodos de Distração
Unidades de Registo “A nível de estratégias não farmacológicas... temos por exemplo ... a musicoterapia, o snoezelen ...” (A9)

Quadro 13 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Métodos de Distração da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Os métodos de distração como a musicoterapia e o snoezelen foram abordados por apenas 1 participante. Os métodos de distração (musicoterapia, leitura, snoezelen, entre outros) têm como finalidade direcionar a atenção da pessoa para outro tema ou situação, fazendo com que a percepção da dor fique diminuída (14).

A musicoterapia é uma medida que não carece de concentração ou participação ativa da pessoa para ser realizada, podendo esta “induzir relaxamento, moderar as emoções e resultar na redução da dor”. Deste modo, estes tipos de intervenções possuem benefícios na insónia e na dor (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Cinesioterapia
Unidades de Registo

“...cinesioterapia ... muitas vezes pessoas com DPOC por exemplo, que têm dor e que têm uma amplitude maior na respiração, devemos ensinar-lhes técnicas de respiração ativa e movimentos.” (A10)

Quadro 14 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Cinesioterapia da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Por fim, temos a cinesioterapia, que tal como os métodos de distração, foi apenas referido por 1 participante. No envelhecimento, a manutenção do movimento humano é fulcral para a autonomia da pessoa e para a realização das atividades de vida diárias. Para essa manutenção temos a cinesioterapia, que consiste em técnicas terapêuticas baseadas nos movimentos corporais, contribuindo para a promoção e recuperação da função musculoesquelética. A cinesioterapia é crucial no processo de reabilitação pois utiliza exercícios ativos, passivos ou ativo-resistidos (15).

Assim, de acordo com a literatura, a cinesioterapia é um tratamento utilizado, principalmente, para desenvolver a força muscular, reduzir a inflamação e as dores musculares, melhorar a amplitude de movimentos do corpo, melhorar a postura e corrigir alterações da coluna vertebral.

Discussão dos Resultados

Com os resultados obtidos podemos referir que os alunos do curso de enfermagem apesar de compreenderem a importância da avaliação da dor nos idosos não comunicantes têm pouco conhecimento acerca desta temática.

Ao longo de toda a fundamentação teórica pode ler-se que para avaliar a dor em idosos não comunicantes existem maioritariamente duas técnicas, avaliação de sinais vitais e a utilização de escalas (PAINAD, ABBEY PAIN SCALE, PACSLAC, DOLOPLUS 2 e ALGOPLUS), no entanto os alunos não corroboram com a literatura visto que conhecem apenas a Escala de Faces e a utilizam como heteroavaliativa. Esta é uma escala autoavaliativa que se mostra fidedigna para avaliar a intensidade de dor em indivíduos sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves, porém, apresenta limitações quando utilizada em pacientes com alterações cognitivas graves (16).

Para o tratamento da dor existem variadas formas de controlar, minimizar ou eliminar, entre elas técnicas farmacológicas (terapêutica) e técnicas não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a crioterapia e a termoterapia, a alternância de decúbitos e a cinesioterapia).

Com esta investigação, podemos observar que os alunos utilizam para avaliar a dor nestes idosos métodos como a visualização da expressão facial, a visualização dos movimentos corporais, a vocalização, a agitação, a avaliação de sinais vitais e a utilização da escala de faces, apesar de esta não ser adequada para os idosos não comunicantes.

Outro resultado obtido é que todos os alunos conhecem itens de avaliação pertencentes a algumas das outras escalas, mas percebemos que apesar de os alunos irem de encontro às escalas que existem para avaliar a dor nestes idosos, na realidade não as conhecem.

É unânime o valor que dão ao controlo da dor e à utilização de estratégias para minimizar essa dor/medo causada pelos procedimentos. Todos os alunos referiram a importância da comunicação com o idoso, não só no início, na explicação do procedimento, mas também durante o procedimento ajudando o doente a manter-se mais calmo e colaborante.

Quanto à utilização de estratégias farmacológicas, mais concretamente a administração de analgesia, a opinião dos alunos é unânime. Todos eles referem que se baseiam na prescrição medicamentosa em SOS, sabendo distinguir quais os fármacos corretos a serem utilizados.

Podemos também perceber que a nível de estratégias não farmacológicas, a maior parte dos alunos não são capazes de identificar as várias estratégias existentes. No entanto, as estratégias não farmacológicas utilizadas pelos mesmos são a comunicação, a alternância de decúbitos, a crio/termoterapia, a massagem/relaxamento, métodos de distração e a cinesioterapia.

Contudo, tanto nas estratégias utilizadas na avaliação como nas estratégias não farmacológicas, apesar de termos 6 itens diferentes de resposta, a maioria deles foram referidos apenas por 2/3 alunos.

Considerações Finais

Os resultados obtidos comprovaram que os alunos têm uma grande preocupação com a dor em idosos não comunicantes. No entanto, os alunos demonstraram não conhecer a maioria das estratégias para avaliar e controlar a dor descritas na literatura científica. Será importante, futuramente, que estes conhecimentos e competências sejam aprofundados nas diferentes unidades curriculares do curso de enfermagem.

Os alunos dos diferentes anos do curso de enfermagem têm em comum a sensibilidade para o tema da dor e sublinham a importância da formação neste âmbito para proceder da melhor maneira na atuação junto do idoso não comunicante com dor.

A utilização da entrevista como método de colheita de dados foi muito vantajosa, porque permitiu recolher os dados necessários para a investigação, mas também porque nos possibilitou entrar em contacto direto com a amostra em estudo, perceber melhor a realidade sobre este tema e assim obtermos respostas mais espontâneas.

Porém, alguns alunos entrevistados tinham alguma dificuldade em expressar-se, o que se revelou uma dificuldade em alguns casos. O pouco domínio da área da investigação científica, também, se revelou um ponto desfavorável no início da realização do projeto.

Outra dificuldade encontrada por nós, enquanto investigadores, foi a falta de diretrizes/normas sobre este tema apesar de existir muita literatura. Maioritariamente só existem diretrizes/normas sobre este tema para neonatais, lactentes e para crianças.

O objetivo principal, conhecer quais as estratégias utilizadas pelos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes, foi alcançado. Os alunos avaliam a dor nestes doentes através da escala de faces, dos movimentos corporais, da vocalização, da agitação e através dos sinais vitais. Foi possível denotar que os alunos recorrem mais frequentemente às estratégias farmacológicas (terapêutica) para controlar a dor e das estratégias não farmacológicas utilizadas destacam-se a comunicação e alternância de decúbitos. Alguns alunos mencionam ainda a frio/termoterapia, a massagem/relaxamento, os métodos de distração e a cinesioterapia.

Referências Bibliográficas

1. Freitas, E., & Py, L. (2016). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4.ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.
2. Dias, I. (2011). Dor no Idoso: Satisfação com o Tratamento (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1662/1/DIAS%20Isabel%20Maria%20Gouveia%20Pereira%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20-%20dor%20no%20idoso.pdf>
3. Bidarra, A. (2010). Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf
4. Batalha, L.M.C. (2016). Avaliação da dor: manual de estudo - versão 1. Consultado em 12 de abril de 2022, Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
5. Varandas, C. (2013). Fisiopatologia da dor (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3955/3/CI%3%a1udiaVarandasPPG.pdf>
6. Soares, T. (2016). Relatório de prática clínica: avaliação e controlo da dor no doente que não comunica. Consultado em 09 de março de 2022, Disponível em https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5447/1/Vers%3%a3o%20Final%20Relat%3%b3rio%20de%20Est%3%a1gio_A.pdf
7. Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2021). Diretório De Escalas Validadas Para Português Europeu 2020. Universidade Católica Editora: Lisboa. Consultado a 10 de Abril de 2022, Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33733/1/9789725407837.pdf>
8. DGS. (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Consultado em 08 de maio de 2022, Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>
9. Periquito, C. (2014). Revisão Da Medicação Em Idosos Institucionalizados: Aplicação Dos Critérios De Beers, STOPP e START (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/13028>
10. Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70.
11. Gil, M. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor - um novo caminho...* Consultado a 08 de março de 2022, Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9462/1/Relat_Leonor_Gil.pdf
12. Fernandes, M.J.V. (2015). Avaliação E Gestão Da Dor Na Pessoa Idosa. Consultado em 07 de março de 2022, Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20271/1/RELAT%C3%93RIO%20MESTRADO%20-AVALIA%C3%87%C3%83O%20E%20GEST%C3%83O%20DA%20DOR%20NA%20PESSOA%20IDOS.pdf>
13. Cunha, H.M.P. (2018). Intervenções Não Farmacológicas No Controlo Da Dor No Pós-Operatório (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria). Disponível em https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%C3%87%C3%95ES_N%C3%83O_FARMACOL%C3%93GICAS_NO_CONTROLO_DA_DOR_NO_P%C3%93S-OPERAT%C3%93RIO.pdf
14. Macedo, A. (2019). Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para diminuir a Dor na Criança/Jovem durante os Procedimentos. Consultado em 18 de março de 2022, Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8686/1/Pg_33886.pdf
15. Santos, J. P. (2017). *Cinesioterapia Geral*. Londrina-Paraná. Editora Educacional S.A.
16. Andrade, F., Pereira, L., & Sousa, F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-am Enfermagem*. 14(2), 271-276