

Revista trimestral de ciência e Investigação em saúde

# ser saúde

Nº11 - Ano 2008 - 4€ | Julho/Agosto/Setembro

Tratamento Médico da Epilepsia  
**A evolução na  
Farmacoterapia**

Neuromodulação  
cerebral

Abordagem autónoma  
do enfermeiro na dor

Ana Azevedo	Licenciada em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, docente na Escola Superior de Saúde de Bragança, mestranda em Ciências de Enfermagem
Isabel Maia	Licenciada em Enfermagem, docente no ISAVE, Instituto Superior de Saúde do Alto Ave, mestranda em Ciências de Enfermagem
João Pedro	Licenciado em Enfermagem, Enfermeiro Graduado no Serviço de Medicina no Hospital Pediátrico de Coimbra, mestrando em Ciências de Enfermagem
Jorge Ribeiro	Licenciado em Enfermagem, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermeiro Graduado no Serviço da Neurocirurgia 1 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, mestrando em Ciências de Enfermagem
Marta Barbosa	Enfermeira no Serviço de Hemato-oncologia do Instituto de Oncologia do Porto, mestranda em Ciências de Enfermagem

68

ser saúde

## Abordagem autónoma

### Resumo

A dor é um fenómeno complexo, uma realidade com um grau de abstracção e indefinição sujeita a constantes transformações, que pode interferir nas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais das pessoas. É, portanto, difícil de definir. No entanto, esta dificuldade não deve, em momento algum, interferir na sua valorização, compreensão e, consequentemente, seu controlo.

O controlo da dor é um desafio que deverá estar presente no dia-a-dia de qualquer profissional de saúde e que, «pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos disponíveis» (Direcção Geral de Saúde, 2001).

## do enfermeiro na dor

A singularidade e individualidade de cada pessoa confere ao fenómeno dor um carácter subjectivo e único que depende da percepção individual da percepção do utente, influenciada por vários factores mas, também, da percepção do enfermeiro, sendo, mais uma vez, fundamental salientar a importância da sensibilização para este fenómeno e do desenvolvimento de uma relação terapêutica que irá consolidar a comunicação e a confiança entre enfermeiro/utente, pilar preponderante para o estabelecimento do plano terapêutico.

Com este propósito, iremos, inicialmente, referir algumas definições de dor e sua evolução histórica enquanto preocupação humana, bem como abordar questões relacionadas com a percepção da dor, actividade neurofisiológica, características e tipos de dor e a sua avaliação. De seguida, iremos contextualizar as intervenções autónomas dos enfermeiros nesta temática e proceder a abordagem de intervenções não farmacológicas. Utilizaremos como metodologia a pesquisa bibliográfica e a reflexão, individual e em grupo.

## Dor

O conceito dor tem evoluído, fruto de investigações, experiências e estudos acerca desta problemática. Vários autores debruçaram-se sobre esta temática, dedicaram-se ao estudo da dor e tentaram elaborar um conceito que a definisse claramente.

A International Association for the Study of Pain, IASP, define dor como «uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano» (CORDEIRO et al, 2005). Para a estar implícito o seu carácter subjectivo como corroborado por MCCAFFERY (1989) quando diz que dor «... é aquilo que a pessoa que está a sentir diz que é...».

Ainda de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE, (2000), «dor é um tipo de sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baixos e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, espasmos, alteração do tônus muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades...».

Devido a este carácter subjectivo torna-se praticamente inviável uma definição mais objectiva que restrinja o âmbito de avaliação da dor. Não há meios objectivos para confirmação da existência de dor.

Na tentativa de objectivar o mais possível a abordagem à dor, a Direção Geral de Saúde, em 2003, considera a dor como o 5º Sinal Vital e define-a como «...uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado, a dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial».

Assim, e dada a sua complexidade/subjectividade importa fazer uma abordagem da pessoa e do seu quadro de dor da forma o mais abrangente possível para melhor conhecer o que está a ser vivenciado. A partir deste pressuposto será possível planejar estratégias conjuntas, as mais adequadas possíveis àquela pessoa, para controlo eficaz da dor.

A dor é um fenómeno complexo, uma realidade com um grau de abstracção e indefinição sujeita a constantes transformações, que pode interferir nas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais das pessoas. É, portanto, difícil de definir. No entanto, esta dificuldade não deve, em momento algum, interferir na sua valorização, compreensão e, conseqüentemente, seu controlo.

### **Percepção da dor**

Existe no fenómeno da dor um marcado toque pessoal, constituindo uma experiência singular, cuja percepção pode ser influenciada por vários componentes, segundo Metzger et al (2002).

### **Componente sensório-discriminativa**

Corresponde aos aspectos qualitativos e quantitativos da sensação dolorosa, ou seja, aquilo que a pessoa sente. Algumas questões simples permitem delimitar esta componente. Onde se localiza a dor? Em que sítio? É superficial ou profunda? Tem irradiação? A que se assemelha? Qual é a sua intensidade? O que a alivia ou agrava?

A componente sensório-discriminativa tem valor semiológico porque as respostas às perguntas feitas permitem evocar possíveis causas. Esta componente é a que com mais frequência é evidenciada.

### **Componente afectiva e emocional**

Corresponde aos aspectos desagradáveis e penosos da dor, isto é, ao modo como a pessoa a sente. A dor pode ser descrita como um simples mal-estar suportável ou como penosa, terrível, fatigante, deprimente e insuportável. A componente afectiva e emocional depende essencialmente do carácter e da personalidade da pessoa que a sente.

### **Componente cognitiva**

Corresponde aos processos mentais postos em jogo pela dor, ou seja, aos significados (conscientes ou não) que o doente lhe atribui. Esta componente depende, eminentemente, de factores sócio-culturais bem como da história pessoal e familiar da pessoa. São muitos os factores intrincados de modo determinante na componente cognitiva. A relação que o indivíduo mantém com a dor, depende, antes de mais, da sua educação, do meio familiar e social em que cresceu, sendo primordial a atenção que esse meio prestou aos acidentes dolorosos na infância. Como qualquer dor inflige limitação dos movimentos do corpo, a

relação com este, que depende da educação e da profissão, influencia igualmente os processos cognitivos. A natureza da afecção responsável pela dor condiciona-a igualmente, porque é evidente que o significado não é o mesmo consoante se trate de uma afecção de evolução aguda, curável, ou de uma afecção grave de evolução inelutável. Por fim, as circunstâncias em que a dor sobrevém, assim como os eventuais benefícios primários (atenção dispensada ao doente, isenção de impostos pesados) ou secundários (compensação financeira no caso de acidente de trabalho) também influenciam o significado da experiência dolorosa.

#### Componente comportamental

Corresponde ao conjunto de todas as manifestações da dor, conscientes ou não. Entre as manifestações inconscientes existem, para além das reacções neuro-endócrinas e neurovegetativas, manifestações não verbais, ou seja, atitudes e mímicas, bem como manifestações verbais, palavras e expressões, que podem traduzir muito sobre a origem da dor. As dores violentas revelam-se, quase sempre, através de manifestações extremas: gritos, lamentações, palavras, choro, palidez, taquicardia ou bradicardia que podem levar à perda de consciência.

Atendendo aos elementos evocados pelas componentes cognitivas e afectivo-emocionais, compreende-se que, apesar de um mesmo mecanismo e de uma mesma causa de dor, as pessoas não se queixam todos da mesma maneira.

#### Características e tipos de dor

No que respeita à duração, METZGER et al (2002) considera a dor aguda e crónica.

Assim, sistematizando podemos considerar a **dor aguda** aquela que é provocada por uma lesão interna ou externa, cuja intensidade se correlaciona com o estímulo desencadeante, é claramente localizada e tem, como já foi exposto, uma função de advertência e protecção.

A **dor crónica** é aquela com duração superior a seis meses, que não se associa à ocorrência que a provocou, cuja intensidade deixa de estar correlacionada com um estímulo causal, sem função de advertência ou protecção, e que se tornou por si só numa doença, o que representa um desafio terapêutico especial.

A **dor nociceptiva** surge por estimulação dos nociceptores e pode estar relacionada com um estímulo sem lesão tecidular como no caso do choque eléctrico e, se não alterar o funcionamento das vias nociceptivas, provoca uma dor passageira; ou derivar de uma lesão tecidular real que pode ser aguda, como é o caso das queimaduras e fracturas, ou crónica, como é o caso do cancro em evolução. Nestes casos (lesão tecidular real) podem surgir fenómenos de sensibilidade periférica ou central.

A **dor neuropática** surge no decurso de uma lesão do sistema nervoso central ou periférico, com diminuição dos mecanismos

A singularidade e individualidade de cada pessoa confere ao fenómeno dor um carácter subjectivo e único que depende da percepção individual, da percepção do utente, influenciada por vários factores mas, também, da percepção do enfermeiro, sendo, mais uma vez, fundamental salientar a importância da sensibilização para este fenómeno e do desenvolvimento de uma relação terapêutica que irá consolidar a comunicação e a confiança entre enfermeiro/utente, pilar preponderante para o estabelecimento do plano terapêutico.

inibidores nociceptivos, por disfunção das vias nociceptivas, ou por irritação/lesão de qualquer um dos elementos que as constituem. Estas alterações podem ser de origem traumática, tóxica, metabólica, entre outras.

A **dor psicogénica** parece não possuir uma base fisiológica. Na ausência comprovada de qualquer prejuízo orgânico observável, as queixas dolorosas referidas podem ser devidas a patologia rara desconhecida, patologia qualificada de funcional, enquadrada nas afecções psicossomáticas ou uma psicopatologia.

#### **Avaliação da dor**

Os profissionais de Enfermagem têm dedicado cada vez mais importância à avaliação e controle da dor. A avaliação é uma actividade integrante das suas funções, por ser indispensável, de acordo com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, à excelência e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Uma avaliação da dor a mais correcta e objectiva possível é o ponto de partida para o início e optimização das medidas de controlo deste sintoma tão temido. Esta premissa levanta algumas questões, como a dificuldade em conhecer o desconforto real vivenciado pela pessoa com dor, as respostas e adaptações orgânicas diferentes relativamente à dor e a interpretação de escalas de avaliação da dor numa perspectiva que não a das pessoas com dor.

Cada pessoa experimenta e expressa a dor de forma única, assim como lhe atribui significados ou explicações pessoais diferentes. Os significados que o enfermeiro atribui à dor podem interferir e não corresponder à avaliação que o doente esperava. Avaliar a dor é muito mais do que tornar objectivo algo subjectivo e pessoal. Avaliar a dor é descobrir a verdadeira natureza e o significado da experiência e vivência dolorosa, ou seja, engloba um conjunto de informações: história de dor, que são fundamentais para a identificar e quantificar.

METZGER et al (2002), salienta a ideia de que para efectuar uma correcta avaliação da dor o enfermeiro deve apoiar-se numa entrevista e na observação, tendo também em consideração os aspectos comportamentais e fisiológicos da pessoa, não esquecendo que estes não podem ser utilizados como indicadores exclusivos da existência de dor, na medida em que, muitas vezes, algumas pessoas fazem algum esforço para a tentar ocultar do enfermeiro.

A avaliação da dor deve começar por uma entrevista destinada a recolher a história da dor vivida pelo doente. Não deve ser exaustiva, no entanto, de acordo com CARDOSO (1999), deve permitir dar uma série de respostas:

- História de vida do doente;
- Circunstâncias em que a dor aparece;
- História da dor;
- Localização da dor;
- Qualidade da dor;
- Frequência da dor;
- Intensidade da dor;
- Repercussões sobre as actividades de vida e sobre a qualidade de vida.

A relação que o indivíduo mantém com a dor, depende, antes de mais, da sua educação, do meio familiar e social em que cresceu, sendo primordial a atenção que esse meio prestou aos acidentes dolorosos na infância. Como qualquer dor inflige limitação dos movimentos do corpo, a relação com este, que depende da educação e da profissão, influencia igualmente os processos cognitivos.

### Quantificação da dor

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) denomina a dor como um verdadeiro problema de saúde pública em virtude das incapacidades por ela geradas e a grande influência na qualidade de vida de cada um, assim como o impacto económico derivado do nível de absentismo por ela provocado. Trata-se de uma área que importa explorar para melhor conhecer, valorizar e definir actuações ajustadas.

Na avaliação da dor, o auto-relato deve ser uma fonte primordial para a avaliação, podendo igualmente recorrer-se ao uso de escalas de avaliação da dor para melhor a quantificar e objectivar.

Para a avaliação da dor existem dois métodos, a auto-avaliação, avaliação realizada pelo próprio, em que a pessoa quantifica a sua dor com base no significado e percepção da sua experiência dolorosa, e a hetero-avaliação feita pelo enfermeiro, utilizando escalas comportamentais ou mistas (contendo itens fisiológicos e itens comportamentais). Este método de avaliação apenas deve ser realizado quando a auto-avaliação é impossível.

A circular normativa da Direcção Geral de Saúde em consonância com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta contra a Dor considera como norma de boa prática a utilização para mensuração da intensidade da dor, uma das seguintes escalas validadas internacionalmente, Escala Visual Analógica convertida em escala numérica para efeitos de registo, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de faces.

### Autonomia do enfermeiro no controlo da dor

MCCaffery (1989) salienta que a profissão de enfermagem deve interiorizar que a avaliação e o controlo da dor é uma responsabilidade dos enfermeiros.

É conhecido pelo senso comum que nas unidades de saúde são os enfermeiros que mais tempo passam com os doentes, com os quais estabelecem uma ligação mais directa. No dia-a-dia os enfermeiros têm o dever de avaliar e controlar a dor dos doentes que cuidam, contribuindo para a satisfação das suas necessidades.

Sendo assim, o alívio da dor é um direito do doente e um dever dos profissionais de saúde. Torna-se urgente e eticamente correcto o seu alívio, pois é uma experiência negativa não só a nível físico, mas também psíquico, social e espiritual. Na presença de um doente com dor torna-se necessário que o enfermeiro conheça o ponto de vista deste em relação à sua dor. Por vezes, esta é considerada numa perspectiva biológica, sendo o resultado de uma doença física, e ignora-se o seu aspecto pessoal, ou seja, é imprescindível estabelecer com o doente uma relação de empatia e compreensão para que o enfermeiro consiga ajudar, tendo como objectivo controlar a dor.

O enfermeiro intervém no controlo da dor através da sua avaliação, ensinos, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, monitorizando a eficácia das mesmas e os efeitos adversos.

Os factores intrínsecos ao cuidador, enfermeiro, são também para ter em consideração. O enfermeiro é também uma pessoa com um passado de vivências e com percepções próprias. Os juízos que faz enquanto profissional, assim como a sua tomada de decisão, são influenciados pela sua subjectividade.

Ao considerar a dor como o 5º sinal vital, tentou-se objectivar tanto quanto possível a intensidade da dor para que seja percebida da mesma forma por todos os cuidadores. O mesmo tende a acontecer com as intervenções a levar a cabo para o controlo da dor.

Conforme as orientações do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, se nos debruçarmos sobre a vertente do ensino/educação para a saúde, o nosso objectivo será a colaboração do cliente, de forma esclarecida, no controlo da dor.

De acordo com WATSON (2003) é o doente quem sabe o que dói e quem presta os cuidados deve permitir que a orientação do processo terapêutico parta do doente.

Assim a auto-ajuda passa por:

- Ensino sobre a auto-avaliação da dor;
- Ensino sobre as formas de controlo dos estímulos desencadeantes da dor e dos sintomas que podem diminuir a sua tolerância;
- Ensino relativo à medicação antiálgica;
- Ensino sobre o auto-controlo da dor (técnicas não farmacológicas).

São diversas as oportunidades de actuação para o enfermeiro recorrendo a medidas não farmacológicas. No âmbito deste tipo de actuação importa ter presente que são um número considerável aquelas que podem, com facilidade, integrar as intervenções de enfermagem, do plano de cuidados de um doente com dor. São medidas simples, de conforto e aumento do bem-estar que o enfermeiro pode colocar

em prática. Este tipo de intervenção será mais explorado no capítulo seguinte.

Nas questões de saúde, em geral, e no alívio/controlo da dor, em particular, haverá toda a vantagem em aproveitar o que cada vertente tem para oferecer. Assim, seria ideal a adopção de uma abordagem integral (ou integrada) em que o objectivo primordial seria o melhorar a qualidade de vida da pessoa, como defende CAVALHEIRO citado por MALTA (2003).

As intervenções farmacológicas, resultantes da administração de medicação, são também áreas de intervenção do enfermeiro. A questão da autonomia a elas inerente é ainda alvo de discussão.

Assim, as tendências actuais, seja para intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, rumam para a diminuição do juízo individual. Tem-se vindo a tentar protocolar uma hierarquia de intervenções (farmacológicas e não farmacológicas). Se cada um reflectir sobre a sua realidade de trabalho, poucos são os que não chegarão à conclusão de que, ainda que informal, o seu serviço tem uma forma de actuação comum aos vários elementos da equipa. São os valores que se perpetuam na integração de novos elementos, que se partilham em passagem de turno.



Cada pessoa experimenta e expressa a dor de forma única, assim como lhe atribui significados ou explicações pessoais diferentes. Os significados que o enfermeiro atribui à dor podem interferir e não corresponder à avaliação que o doente esperava. Avaliar a dor é muito mais do que tornar objectivo algo subjectivo e pessoal. Avaliar a dor é descobrir a verdadeira natureza e o significado da experiência e vivência dolorosa, ou seja, engloba um conjunto de informações, história de dor, que são fundamentais para a identificar e quantificar.

### **Intervenções não farmacológicas no controlo da dor**

A tolerância à dor é diferente de pessoa para pessoa e no próprio indivíduo, a intensidade pode variar de acordo com diversos factores, pelo que o seu tratamento constitui um desafio para os profissionais de saúde e, em particular, para os enfermeiros.

Para Caunt (1993) a dor pode ser controlada com métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos, estes últimos mais no âmbito específico das intervenções autónomas de enfermagem.

As actividades autónomas da enfermagem no controlo da dor passam pelo uso de técnicas que podem não eliminar totalmente a dor, mas pelo menos vão actuar como adjuvantes de outras medidas terapêuticas.

As técnicas seleccionadas podem ser utilizadas em ambiente hospitalar e fazem parte da intervenção autónoma do enfermeiro porque, como referimos no capítulo anterior, dependem do diagnóstico, prescrição e avaliação deste.

**Ambiente físico**

O enfermeiro desenvolve um papel fundamental na promoção de um ambiente terapêutico, isto é, otimiza todas as vertentes do ambiente de forma a proporcionar bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual ao doente.

**Temperatura ambiente**

Compreende-se que um quarto extremamente aquecido ou arrefecido possa contribuir para um mau-estar que alguns doentes referem. Do mesmo modo, vesuário limpo, uma mudança de roupa de cama e esforços para manter a pessoa fresca são medidas que frequentemente aumentam o nível de conforto e melhoram a eficácia das medidas de controlo da dor.

**Ruído**

CARR (1990) acrescenta que o nível excessivo de ruído pode causar ainda irritação, frustração e agressividade, pelo que o enfermeiro deve, sempre que possível, promover um ambiente isento de ruído (atividades desenvolvidas, equipamento utilizado, horário de visitas).

**Termoterapia**

Representa a utilização do calor e/ou do frio com intuíto terapêuticos. Podem ser utilizados sacos específicos (contendo algodão e sílica) que provocam uma libertação gradual do calor.

### Iluminação

É fundamental na concepção dos espaços de cuidados incorporar o máximo possível de luz natural balanceada com a luz artificial. Nestes espaços a iluminação deve ser projectada para aumentar a capacidade funcional do indivíduo, minimizar o desconforto e potenciar um completo bem-estar. O acesso à luz natural deve ser promovido por ocorrer estimulação dos sistemas circadianos e neuro-endócrino que regulam a homeostase do organismo, contudo tal exposição requer ponderação de acordo com a situação clínica de cada doente.

### Calor

Consiste na aplicação de água quente provocando vasodilatação e suavização do tecido, o que permite a eliminação do material tóxico do corpo com diminuição do espasmo muscular e relaxamento dos músculos do tracto gastrointestinal. O calor pode ser aplicado em forma de esponja, compressas ou panos quentes. Está contra indicado nas situações de pós trauma, massa tumoral e doença vascular periférica.

### Odor

Este é provavelmente o mais subestimado de todos os sentidos, apesar da sua grande influência no bem-estar do cliente, nomeadamente na sensação de dor.

### Frio

O frio estimula a síntese de noradrenalina cuja secreção excessiva faz com que uma pessoa se sinta controlada, confiante e excitada. O frio também retarda a condução do impulso, mantendo o tônus muscular e relaxando o músculo. A aplicação de gelo provoca vasoconstrição, reduz ou evita o edema, diminui a inflamação e alivia a dor (pós-traumática inicial). Está contra indicado nas seguintes situações: doença vascular periférica, doença cardíaca, sensibilidade ao frio e aumento da dor com a sua aplicação.

Precauções na utilização do calor e crioterapia:

- Proteger a pele com toalhas;
- Não exceder os vinte minutos de aplicação;
- Verificar se existem sinais de lesão de cinco em cinco minutos;
- Redobrar a atenção em pessoas com a sensibilidade diminuída ou com limitações da comunicação.

### Mobilização

Neste contexto o enfermeiro tem um papel crucial quando o doente não é independente na sua mobilidade. Apresentam-se seguidamente as considerações de METZGER et al (2002) e de CAMPOS et al (2001) relativas às questões da mobilização no controlo da dor.

### Factores de atenuação da dor

#### Para o doente:

- Para evitar qualquer sensação de insegurança (apreensão, medo antes da mobilização, medo de cair) e consequentemente reflexos de defesa, rigidez e crispções que dificultaram a mobilização, é necessário explicar ao doente os objectivos da manobra e a ajuda que se espera dele;

- Quando da mobilização é necessário não esquecer a configuração vertebral do doente, respeitar e apoiar as articulações e restantes partes do corpo. Será igualmente necessário atender a fragilidade óssea de alguns doentes (idosos, doentes oncológicos com metástases ósseas) e à existência de equipamentos terapêuticos (sonda nasal, tubo endotraqueal, sonda nasogástrica, sonda vesical, cateteres periféricos ou centrais, drenos).

#### Para o(a) enfermeiro(a):

- Executar gestos precisos, coerentes, concertados e sincronizados com os do ajudante, sem precipitação;

- Utilizar técnicas de postura correcta (costas direitas, joelhos flectidos, braços estendidos);

- Usar calçado anti-derrapante para garantir apoio estável e vestuário amplo para facilitar os movimentos.



### Posicionamentos

Consiste em alternar os decúbitos do doente (com ou sem a sua colaboração), respeitando a posição anatômica, o peso corporal e as zonas de proeminência óssea e atendendo à caracterização da sua dor, às limitações decorrentes da doença ou da intervenção cirúrgica a que tenha sido submetido. Tem como objetivos: estimular a circulação, respiração, eliminação e exercício; facilitar a mobilidade de secreções brônquicas; manter a amplitude articular; manter a integridade cutânea; prevenir atrofia muscular; proporcionar conforto e bem-estar; alternar o campo visual e favorecer a independência do cliente. O doente pode ser posicionado na cama ou num cadeirão, quando possível. Por vezes, exige a colaboração de várias pessoas e de algum equipamento (almofadas, lençóis, talas ou outros suportes ortopédicos).

### Toque

É uma técnica que tem por base a comunicação com a finalidade de compreender melhor o empenhamento recíproco na relação de intimidade, confidencialidade e confiança entre o enfermeiro e o doente. Permite ao enfermeiro modelar-se progressivamente enquanto indivíduo e profissional e ajustar-se continuamente à procura da ética e distância ideal do gesto nos cuidados (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 1999).

Num caso de experiência de dor, o simples estar por parte do enfermeiro pode contribuir para a redução da ansiedade com conseqüente diminuição da dor. O toque é também uma técnica de comunicação na qual o enfermeiro consegue transmitir alguma sensação de tranquilidade ao doente, pois muitas vezes este gesto tão simples é interpretado pelas pessoas como presença se algo acontecer, que a pessoa não se encontra só, há alguém que toma conta dela.



82

saúde

#### Técnicas de relaxamento

O relaxamento muscular progressivo e o relaxamento pela respiração são as duas técnicas mais difundidas.

O relaxamento progressivo dos grupos musculares foi desenvolvido pela primeira vez por Jacobson, o qual refere que a ansiedade e o relaxamento muscular produzem estados fisiológicos antagónicos, logo não podem coexistir. Este tipo de relaxamento consiste num processo gradual de contração (tensão muscular) e relaxamento de todos os grandes grupos musculares. No final da técnica espera-se que todos os músculos estejam relaxados.

O exercício respiratório tem um papel fundamental no controle da dor. Inspirações e expirações lentas e profundas à medida que a dor aumenta até à respiração superficial quando esta atinge o seu máximo. Estes exercícios têm especial utilidade em procedimentos dolorosos de curta duração.

O treino autógeno, desenvolvido por Schultz, é uma técnica de relaxamento e controlo fisiológico que usa a auto-sugestão; a pessoa repete para si mesma, frases sugerindo alterações no sentido do relaxamento e do auto-controlo. (METZGER et al 2002).

#### Técnica de imaginação guiada

A imaginação é uma forma de aliviar a dor através de vários mecanismos e constitui uma intervenção semelhante à distração, excepto o facto de que com esta abordagem a pessoa concentra-se em tentar reviver as situações que tenham ocorrido durante uma experiência agradável anterior.

### Técnicas de distração

Esta técnica tem como objectivo encorajar e incentivar a pessoa com dor a focar a sua atenção numa imagem ou estímulo especial, «relegando» para segundo plano a dor. Como exemplos de técnicas de distração a serem utilizadas temos: jogar jogos; técnicas de respiração; assistir a filmes; ler; cantar mentalmente; marcar o compasso de uma música com os pés e com as mãos; imaginar cenas agradáveis.

O objectivo é produzir relaxamento, praticar o bem-estar, retirar o foco da dor e diminuir a sua percepção.

### Aromaterapia

A aromaterapia é uma arte antiga. Já há mais de 6 mil anos que o valor de óleos de plantas naturais foi reconhecido, quer pelas suas propriedades curativas, purificadoras e de melhoria do estado de espírito, quer pelo prazer das suas fragrâncias (McGILVERY et al., 1998).

A arte da aromaterapia faz uso das potentes essências puras das plantas, flores e resinas aromáticas, actuando nos sentidos do olfacto e do tacto, para restabelecer a harmonia do corpo e da mente.

Sendo assim, o alívio da dor é um direito do doente e um dever dos profissionais de saúde. Torna-se urgente e eticamente correcto o seu alívio, pois é uma experiência negativa não só a nível físico, mas também psíquico, social e espiritual. Na presença de um doente com dor torna-se necessário que o enfermeiro conheça o ponto de vista deste em relação à sua dor.

### Uso da música

Sendo a dor uma experiência pessoal e sensorial, a música altera a percepção de dor e desvia a atenção do foco doloroso, constituindo um método de distração. Diminui também a ansiedade, promovendo a qualidade do sono. O uso da música pressupõe que o doente escolha a que mais lhe agrada (BLACK & JACOBS, 1996).

### Massagem

É uma técnica terapêutica manual que consiste na aplicação de uma série de movimentos que proporcionam um intercâmbio entre o emissor (terapeuta) e receptor (doente) cujo objectivo final é a eliminação das tensões, é a linguagem do tacto, ou linguagem estabelecida através da pele, é uma transmissão e uma forma de estabelecer uma comunicação ou conexão sem palavras, é um conjunto de toques exercidos sobre o corpo. Segundo a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos SFAP (1999), é um acto privilegiado que permite comunicar calor humano, apaziguar e não é invasivo.

### Bibliografia

- BLACK, J. M.; JACOBS, M. E. – LUCKMAN & SORENSEN – Enfermagem médica cirúrgica: uma abordagem psiconeurológica. Vol. 1. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996. ISBN 85-277-0346-7.
- CAMPOS, Ana; [et al] – Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem: Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem. Lisboa: Ministério da Saúde Instituto de Gestão Informática e Finanças da Saúde, 2001.
- CARDOSO, M. – Manual de tratamento da dor crónica. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 1999.
- CARR, Eloise – Métodos não físicos no alívio da dor. Nursing ISSN 0871-6196, N.º 31, (1990) 7-9.
- CAJNT, Helen – Reduzindo o impacto psicológico da dor pós-operatória Nursing ISSN 0871-6196, N.º 71, (1993) 26-29.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação internacional para a prática da enfermagem (CIFE/ICNP). Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972 – 98149-1-0.
- CORDEIRO, Sara; [et al] – O Cancro e a Qualidade de

- Vida. 1ª Ed. [S.L.]; Novartis, 2005. ISBN 972-9119-94-5
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação internacional para a prática da enfermagem (CIFE/ICNP). Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972 – 98149-1-0.
- CORDEIRO, Sara; [et al] – O Cancro e a Qualidade de Vida. 1ª Ed. [S.L.]; Novartis, 2005. ISBN 972-9119-94-5
- Direcção Geral da Saúde – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS, 2003 (Circular Normativa n.º9/DGCG/2003).
- Direcção Geral da Saúde – Plano nacional de luta contra a Dor. Lisboa: DGS, 2001.
- METZGER, Christiane; [et al] – Cuidados de enfermagem e dor. Camarate: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS – Desafios da enfermagem em cuidados paliativos: Cuidar – Ética e práticas. Leuven: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-17-9
- WATSON, J. – In TOMÉ, A., MALLICOCCI, M., P. (Ed) – Teóricas de enfermagem: e a sua obra. (Modelos e teorias de enfermagem), 5ª Ed. . Loures: Lusociência, 2003

... Podemos dizer que o enfermeiro assume um papel preponderante no reconhecimento e avaliação da dor, sendo o elemento da equipa multidisciplinar que pode ter grande influência na decisão das estratégias a aplicar.

### **Conclusão**

A abordagem da percepção da dor como experiência singular e pessoal e a importância de sensibilizar os enfermeiros o seu controlo, bem como da relação terapêutica de fundamental estabelecimento, vem dar ênfase à nossa visão deste fenómeno.

Igualmente relevante foi o desenvolvimento da temática sobre a autonomia/intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor. E, de acordo com a teoria de Watson, os enfermeiros podem estabelecer uma colaboração para auxiliar a pessoa a obter controlo, conhecimento e saúde.

Desta forma, e após a reflexão efectuada, podemos dizer que o enfermeiro assume um papel preponderante no reconhecimento e avaliação da dor, sendo o elemento da equipa multidisciplinar que pode ter grande influência na decisão das estratégias a aplicar. ■