

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA PESSOA COM DOR:
RESULTADOS SENSÍVEIS DA INTERVENÇÃO
DOS ENFERMEIROS
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL PACIENTE CON DOLOR:
RESULTADOS SENSIBLES DE LA INTERVENCIÓN
DE LOS ENFERMEROS
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

**NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES IN THE PERSON WITH PAIN:
SENSITIVE RESULTS OF NURSES' INTERVENTION
SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE**

Amélia Matos - RN, MsC, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

Ruben Cardoso - RN, MsC, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

Sónia Coisinha - RN, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

Sónia Silveira - RN, MsC, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

Vanessa Lotra - RN, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

César Fonseca - PhD, Universidade Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, Portugal

RESUMO

Objetivo: identificar os resultados sensíveis das intervenções de Enfermagem ao nível das medidas não farmacológicas na pessoa com dor.

Metodologia: revisão sistemática da literatura com pesquisa na EBSCO (CINAHL e MEDLINE), entre janeiro de 2012 e outubro de 2017, utilizando o método PI[C]O. Foram selecionados 9 artigos para análise.

Resultados: Resultados sensíveis identificados para dor crónica - controlo de sintoma (diminuição na intensidade da dor), estado funcional (aumento da amplitude articular), estratégias de adaptação eficazes (melhoria do bem-estar e conforto) e autocuidado (satisfação); para dor aguda - controlo de sintoma. A formação é fundamental para a autogestão nas pessoas com dor e para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Conclusões: As medidas não farmacológicas complementares às terapias convencionais têm efeitos positivos no controlo da dor em adultos e idosos.

Palavras-chave: Enfermagem; cuidados de Enfermagem; intervenção de enfermagem; dor; gestão da dor; terapias alternativas; medidas não farmacológicas e qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to identify the sensitive results of nursing interventions at the level of non-pharmacological measures in the person with pain.

Methodology: systematic review of the literature with research in EBSCO (CINAHL and MEDLINE), between January 2012 and October 2017, using the PI[C]O method. We selected 9 articles for analysis.

Results: Sensitive results identified for chronic pain - symptom control (decrease in pain intensity), functional status (increase in joint amplitude), effective adaptation strategies (improvement of well-being and comfort) and self-care (satisfaction); for acute pain - symptom control. Training is fundamental for self-management for people with pain and for the development of nurses' competences.

Conclusions: complementary non-pharmacological measures in comparison to conventional therapies have positive effects on pain control in adults and on the elderly.

Keywords: Nursing; nursing care; nursing intervention; ache; pain management; alternative therapies; non-pharmacological measures and quality of life.

RESUMEN

Objetivo: identificar los resultados sensibles de las intervenciones de Enfermería a nivel de las medidas no farmacológicas en pacientes con dolor.

Metodología: revisión sistemática de la literatura, con investigación en EBSCO (CINAHL y MEDLINE), entre enero de 2012 y octubre de 2017, utilizando el método PI[C]O. Se seleccionaron 9 artículos para análisis.

Resultados: Resultados sensibles identificados para el dolor crónico - control de síntoma (disminución de la intensidad del dolor), estado funcional (aumento de la amplitud articular), estrategias de adaptación eficaces (mejora del bienestar y del confort) y autocuidado (satisfacción); para el dolor agudo - control de síntoma.

La formación profesional es fundamental para el desarrollo de competencias de los enfermeros y muy importante para la autogestión en pacientes con dolor.

Conclusiones: Las medidas no farmacológicas complementarias a las terapias convencionales tienen efectos positivos en el control del dolor en ancianos y adultos.

Palabras clave: Enfermería; cuidados de enfermería; intervención de enfermería; dolor; gestión del dolor; terapias alternativas; terapias complementares; medidas no farmacológicas y calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, compromete a qualidade de vida das pessoas e interfere no seu bem-estar físico e psicossocial. É uma experiência multidimensional desagradável, transversal a todas as etapas do ciclo de vida, com características sensoriais, emocionais e motivacionais, compreendendo quatro componentes: sensorio-discriminativa, afetiva e emocional, cognitiva e comportamental. Para além dos aspetos qualitativos e quantitativos da sensação dolorosa e das diferentes emoções envolvidas, são de considerar os significados que a pessoa atribui à dor influenciados pelos vários fatores socioculturais, história pessoal e familiar, assim como a componente comportamental, no que concerne à expressão da dor e à conduta para lidar com a gestão da dor, nas suas várias componentes⁽¹⁾.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*⁽²⁾, a dor é vivenciada em todo o mundo, afetando diferentes partes do corpo e com diferentes níveis de intensidade. Verifica-se que 95% da população global já experienciou dor no corpo e mais de metade da população no mundo sofre de dor com regularidade. Durante o percurso de vida, a dor é

uma das principais razões de recurso a consulta médica, a toma de medicação e de absentismo laboral⁽³⁾.

Em Portugal, segundo o estudo *Pain Proposal*⁽⁴⁾, cerca de 36% da população sofre de dor crónica, sendo que em 16% dos casos a dor é moderada a forte e afeta a realização das atividades domésticas e laborais, com grande repercussão no bem-estar emocional (depressão).

No idoso, a dor crónica tende a ser multifocal e multifatorial, associada a depressão, a diminuição da socialização e da capacidade funcional, a alterações do sono, da marcha e a síndrome de imobilidade⁽⁵⁾. A dor⁽⁶⁾ desencadeia um ciclo de desuso e inatividade, reduzindo a amplitude de movimentos articulares como consequência da inibição reflexa de músculos esqueléticos, resultando em fraqueza muscular e comprometimento da função física. A incapacidade aumenta com a intensidade e com o maior número de pontos de dor. O tratamento deve ter por objetivo reduzir a dor a um nível que permita preservar a capacidade física.

Diversos estudos definem o recurso às estratégias farmacológicas como a mais importante e eficaz forma de atenuar a dor, mas que incrementam os gastos em saúde⁽⁷⁾ em que, após prescrição de opióides, o custo diário por pessoa com dor duplica. A utilização isolada dos recursos farmacológicos demonstrou-se insuficiente, pelo que as estratégias não farmacológicas constituíram um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com o regime medicamentoso, com potencial para abater os custos em saúde da prática de uma medicina convencional⁽⁸⁾.

Na mesma linha de pensamento, para o *National Institute of Health and Care Excellence*⁽⁹⁾, é mais benéfico para a gestão da dor a implementação de intervenções não farmacológicas conjugadas com intervenções farmacológicas. É de considerar a abordagem holística e multidisciplinar face à sua subjetividade e à complexidade do fenómeno dor.

Cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados. Para tal, deve envolver a pessoa neste processo, informar sobre dor e medidas de controlo, instruir sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas, de modo a que possa conhecer as possibilidades e participar na escolha das estratégias a adotar⁽¹⁰⁾.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros⁽¹¹⁾, as intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. As intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas (como, termoterapia, exercício, massagem e estimulação elétrica transcutânea); cognitivo - comportamentais (como distração, imaginação guiada, reestruturação cognitiva, relaxamento, *biofeedback*, exercício) e de suporte emocional (como toque terapêutico e conforto)⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, ao constatararmos na nossa prática as limitações das intervenções exclusivamente farmacológicas, e por reconhecermos que a abordagem sistémica e sistemática permite centrar o foco de atenção na dor considerando todo o sistema envolvente, pretendemos conhecer a evidência atual sobre a eficácia das medidas não farmacológicas realizadas por enfermeiros no controlo da dor. Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo identificar os resultados sensíveis das intervenções de Enfermagem ao nível das medidas não farmacológicas na pessoa com dor.

Conceitos

A “**Dor** é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”⁽²⁾ e pode ser classificada em aguda quando ocorre após lesão no corpo, associada a resposta inflamatória e persiste enquanto a cicatrização ocorre, estando associada a sinais físicos, objetivos e de curta duração; ou crónica quando persiste por mais de 3 meses, para além do tempo de cura da lesão que a originou. A dor crónica pode ter componentes nociceptivos e neuropáticos, requerendo combinação de medicação e tratamentos não farmacológicos⁽¹²⁾.

Uma **intervenção de Enfermagem**, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem⁽¹³⁾, é a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem”. Intervenções autónomas de Enfermagem são, segundo o Regulamento do Exercício da Prática Enfermagem (REPE)⁽¹⁴⁾, “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

As **medidas não farmacológicas** podem agrupar-se em intervenções cognitivo comportamentais e em medidas físicas/agentes físicos. As intervenções cognitivo-comportamentais incluem entre outras a intervenção educacional, exercícios de relaxamento, imaginação guiada, distração e *biofeedback*. As medidas físicas/agentes físicos, incluem a aplicação de calor e ou frio, a massagem e o exercício⁽¹²⁾.

Os **resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem** podem definir-se como todos aqueles relevantes, baseados no domínio e intervenção da enfermagem, para os quais existe evidência empírica que relacione o *input* do enfermeiro e o resultado da intervenção⁽¹⁵⁾. Vários foram os estudos nacionais e internacionais realizados com o intuito de tornar mensuráveis ou visíveis os resultados em saúde, sensíveis ao cuidado de Enfermagem, tais como o estado funcional, o autocuidado, a gestão de sintomas, a dor, a segurança/controlo de efeitos adversos, as estratégias de adaptação eficazes, a satisfação com os cuidados, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

METODOLOGIA

Primeiramente, foi formulada a seguinte questão de partida, em formato PI[C]O⁽¹⁶⁾ (População, Intervenção, Comparação e *Outcome*/Resultado), respetivamente: **Quais os indicadores dos resultados (O) das Intervenções de Enfermagem ao nível das medidas não farmacológicas (I) na Pessoa com dor (P)?**.

A base de dados eletrónica utilizada para o efeito foi a EBSCO (*MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text*), tendo sido feita pesquisa retrospectivamente de janeiro de 2012 a outubro de 2017.

Os descritores foram validados no MeSH (*Medical Subject Headings*) e na CINAHL Headings e pesquisados pela seguinte ordem: ["nursing" OR "nursing care" OR "nursing intervention"] AND ["pain" OR "pain management"] AND ["alternative therapies" OR "non-pharmacological" OR "quality of life"].

Como critérios de inclusão, privilegiaram-se os artigos com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa, que clarificassem quais os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem das intervenções não farmacológicas na pessoa com dor.

Definiram-se como critérios de exclusão artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas bases de dados (N=2), com data anterior ao definido, sem correlação com o objeto de estudo, revisões da literatura, editoriais e comentários/opinião.

Obteve-se um total de 9 artigos, que foram analisados, tendo-se procedido posteriormente à avaliação crítica e sistematização do seu conhecimento, como se esquematiza na Figura 1.

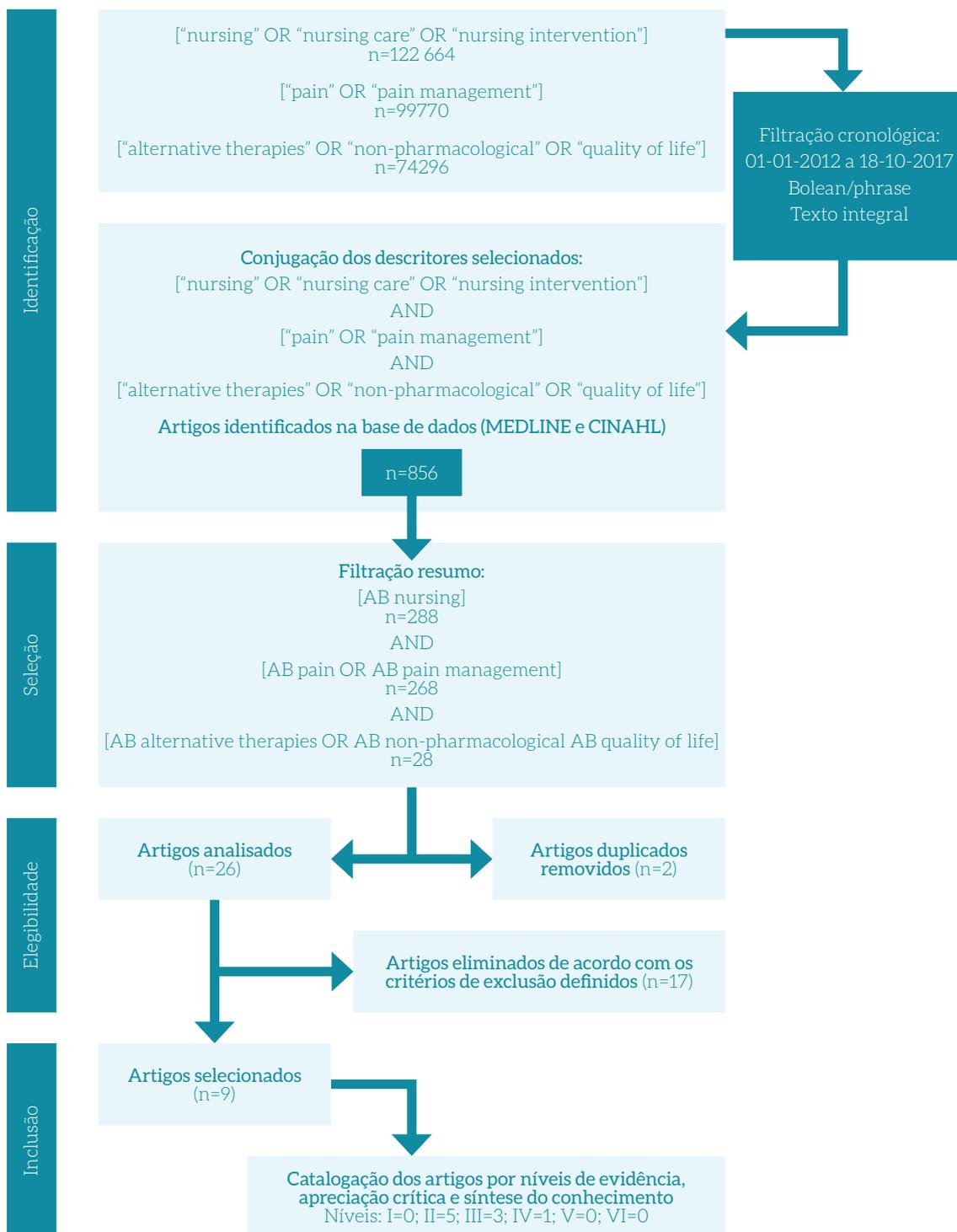


Figura 1 – Fluxograma do processo de pesquisa e seleção.

Para avaliar os níveis de evidência dos artigos, recorreu-se aos contributos de Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹⁷⁾ (2005), que definem seis níveis de evidência: *Nível I* – Revisões sistemáticas ou guias orientadores de boa prática, baseados em estudos aleatorizados controlados relevantes (RCT's); *Nível II* – Evidência obtida a partir de pelo menos um RCT bem desenhado; *Nível III* – Evidência obtida a partir de um estudo controlado bem desenhado, sem aleatorização, quase-experimental; *Nível IV* – Evidência obtida de estudo de coorte e caso-controlo bem desenhados; *Nível V* – Evidência obtida a partir de estudos descritivos e estudos qualitativos; *Nível VI* – Evidência de apenas um estudo descritivo ou qualitativo; *Nível VII* – Evidência obtida a partir de entidades reconhecidas e/ou relatórios de painéis de peritos.

RESULTADOS

De forma a tornar perceptível e clara a metodologia utilizada, é apresentada na tabela 1 a listagem dos nove artigos, que constituíram a fonte para a elaboração da discussão e das respetivas conclusões.

Tabela 1 - Descrição dos Resultados.

| Estudo | Intervenções | Resultados |
|---|---|--|
| <p>Jaibunnisha, Gomathi B., Upma Goerge (2017)¹⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência</u> II • <u>Participantes</u> (n) = 70 estudantes de Enfermagem com ciclo menstrual regular e dismenorrea primária moderada a severa | <p>Foram divididas em 2 grupos de forma aleatória: O grupo experimental (n=35) cumpriu um programa de exercícios de alongamento durante 8 semanas (seis dias/semana, 10 minutos/dia). O grupo controlo (n=35) não participou em nenhum programa de exercício físico até ao final do estudo.</p> | <p>Após 8 semanas de exercícios de alongamento muscular, houve diminuição na intensidade da dor nas participantes do grupo experimental. O grupo controlo não teve resultados significativos na redução da intensidade da dor.</p> <p>Ficou determinado que a utilização dos <u>alongamentos musculares</u> pode funcionar, como uma medida não farmacológica, na dismenorrea primária pela sua ação na intensidade da dor.</p> |
| <p>Silva R., Martins M. M., Jardim H. G. (2016)¹⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência</u> IV • <u>Participantes</u> (n) = 260 pessoas submetidas a uma cirurgia major de Junho a Setembro de 2014 no BO central e que se encontravam com dor não controlada | <p>Foram agendadas e realizadas visitas por enfermeiros a pessoas no pós-operatório (nas 24 horas após a cirurgia, a qualquer altura do dia) com dor não controlada.</p> <p>Foram realizadas entrevistas para perceber quais as medidas que mais contribuíram para o alívio da dor.</p> | <p>Medidas farmacológicas e não farmacológicas complementam-se no alívio da dor do paciente.</p> <p>Das medidas não farmacológicas, as que mais contribuíram para o alívio da dor foram o <u>suporte emocional</u> (88,5%) e o <u>posicionamento</u> (75,8%).</p> <p>A <u>crioterapia</u> foi também referida por 23,1% dos pacientes como tendo efeito no alívio da dor.</p> |
| <p>Santhna L. P., Norhamdan M. Y., Damrudi M. (2015)²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência</u> III • <u>Participantes</u> (n) = 40 com dor aguda em período de pós-operatório (cirurgia de substituição total do joelho) | <p>O estudo comparou o consumo de analgésicos no pós-operatório durante 5 dias. Os participantes foram divididos em dois grupos:</p> <p>O grupo experimental (n=20) foi submetido a terapêutica farmacológica e, em concomitância, a musicoterapia, tendo sido utilizada música (por phones) do gosto dos participantes (música sem letra, de entre as seguintes opções: relaxamento e calmante; meditação – sons da natureza; “soul relaxation”; piano romântico; clássica; ou música de violino). O grupo controlo (n=20) foi submetido apenas a terapêutica farmacológica.</p> | <p>No grupo experimental a dor foi menos intensa em relação ao grupo controlo, cujos resultados foram obtidos pela aplicação dos seguintes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação PRI (<i>pain rating intensity</i>) - nos dias 1, 3 e 5 • VAS (<i>visual analogue scale</i>) - nos dias 1 e 5 <p>Para além disso, o consumo de paracetamol, celecoxib e tramadol foi menor no grupo experimental, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.</p> |

Tabela 1 - Descrição dos Resultados.

| Estudo | Intervenções | Resultados |
|---|--|--|
| <p>Tse M., Tang S., Wan V., Vong S. (2014)²¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência II</u> • <u>Participantes</u> (n) = 396 pessoas, com mais de 60 anos, com dor crónica musculoesquelética residentes em lar (Hong Kong) | <p>Os participantes foram divididos em 2 grupos: O grupo experimental (n=225) cumpriu o Programa de Exercício Físico - (PEF), durante 8 semanas (1h x semana) que era composto por exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, equilíbrio, autoadministração de acupressão e massagem. No final de cada sessão, o grupo recebeu panfletos com imagens sobre os exercícios do dia, sendo promovida a sua prática individualmente. O grupo controlo (n=171) não participou em nenhum programa.</p> | <p>Em comparação com o grupo controlo, o grupo que realizou o PEF apresentou redução significativamente maior da intensidade da dor. Também houve melhoria significativa do bem-estar psicológico (felicidade e satisfação com a vida, diminuição dos níveis de solidão e depressão).</p> <p>Para além disso, foi possível constatar uma melhoria estatisticamente significativa na amplitude de movimento de articulações dolorosas, mas não na capacidade de mobilidade.</p> |
| <p>Eghbali M., Safari R., Nazari F., Abdoli S. (2017)²²</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência II</u> • <u>Participantes</u> (n) = 50 profissionais de Enfermagem (homens e mulheres) com dor lombar crónica, a exercerem funções em unidades hospitalares | <p>Os participantes foram divididos em dois grupos: No grupo experimental (n=25) foram submetidos a reflexologia. No grupo controlo (n=25) foram submetidos a massagem não específica.</p> <p>Em ambos os grupos, foram efetuadas entrevistas aos participantes, que foram submetidos a sessões de tratamento de 40 minutos, 2x/dia, 3x/semana, durante 2 semanas.</p> | <p>Após tratamento, houve diminuição da dor nos dois grupos, experimental e controlo.</p> <p>No grupo experimental (<u>reflexologia</u>) a diminuição da intensidade da dor foi significativamente maior.</p> <p>Esta redução da dor, de moderada a leve, foi verificada às 6 semanas, assim como às 12 e 18 semanas.</p> |
| <p>Townsend C. S., Bonham E., Chase L., Dunscomb J., Mcalister S. (2014)³</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência II</u> • <u>Participantes</u> (n) = 22 pessoas com dor crónica | <p>Os participantes foram divididos em dois grupos/ protocolos, consoante o envelope selado e opaco que escolhessem. O protocolo A incluía massagem nas mãos, braços e ombros e o B pressão na região occipital do crânio. Ambos incluíam musicoterapia e aromaterapia. Cada protocolo consistia em duas sessões de 30 minutos cada.</p> | <p>Os protocolos A e B apresentaram resultados com nível de significância na redução da dor.</p> <p>Apresentaram igualmente nível de significância no score de conforto, assim como na melhoria nos scores de satisfação e de motivação.</p> <p>Os protocolos não apresentaram, no entanto, diferenças significativas entre si.</p> |
| <p>Topcu S. Y., Findik, U. Y. (2012)²³</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível evidência III</u> • <u>Participantes</u> (n) = 60 pessoas adultas no pós-operatório - submetidas a cirurgia abdominal superior - entre 2006 e 2007 numa clínica cirúrgica | <p>Os participantes aprenderam e treinaram (durante 30 minutos) algumas técnicas de relaxamento (respiração, concentração, contração e relaxamento de grupos musculares), recorrendo a suporte áudio, que incluía música agradável e o som de água a correr de fundo. Depois do treino era avaliada a dor.</p> | <p>Os resultados deste estudo mostram que os exercícios de <u>relaxamento</u> desempenham um papel efetivo no controlo da dor, após cirurgia abdominal.</p> <p>Houve uma redução significativa da dor após aplicação das técnicas de relaxamento em 71,7% dos participantes.</p> <p>Especificamente, houve aumento do número de pessoas sem dor e diminuição, tanto da dor irritante, como da dor muito severa.</p> |

Tabela 1 - Descrição dos Resultados.

| Estudo | Intervenções | Resultados |
|--|--|---|
| <p>Bastami M., Azadi A., Mayel, M. (2015)²⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência</u> III • <u>Participantes</u> (n) 61 participantes adultos, admitidos no serviço de urgência | <p>Os participantes foram divididos de forma aleatória em dois grupos:</p> <p>No grupo tratamento (n=31) foi aplicada uma placa de gelo, fixa com ligadura laça, durante 5 minutos, antes da punção arterial. Já no grupo controle (n=30) não foi utilizada nenhuma técnica. Foi utilizada a escala visual analógica de intensidade da dor.</p> | <p>Foi possível determinar que a aplicação de placa de gelo, antes do procedimento, diminui a percepção de dor dos doentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante a punção arterial, pois a dor reportada pelos participantes do grupo tratamento foi inferior à do grupo controle; - Cinco minutos após a punção arterial, pois a dor reportada pelo grupo tratamento foi inferior à do grupo controle. |
| <p>Justina Y. W. Liu, Phd, Rn, Claudia K. Y. Lai, Phd, Rn (2017)²⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível de evidência</u> II • <u>Participantes</u> (n) = 128 residentes em lares, com demência avançada e pelo menos 1 condição dolorosa | <p>Os participantes foram divididos em dois grupos:</p> <p>No grupo experimental (incluindo 2 lares, n=64) foram realizadas intervenções (medidas não farmacológicas de quente/frio, massagem, TENS), tendo cada ciclo a duração de 16 semanas - 4 de preparação e 12 de implementação do protocolo.</p> <p>Foram efetuados Workshops aos enfermeiros para conhecimento do protocolo. No grupo controle (incluindo 2 lares, n=64) não houve intervenção específica, apenas foi solicitado que registassem todas as intervenções realizadas e resultados atingidos em caso de dor dos participantes</p> | <p>A implementação do protocolo observacional de gestão da dor traz benefícios na gestão da dor num lar de residentes com demência, já que no grupo experimental, o número de intervenções não farmacológicas aumentou e a intensidade da dor diminuiu.</p> <p>No entanto, não existiu redução de medicação utilizada.</p> |

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultado da análise dos artigos supra referenciados, cinco abordam a dor aguda^(18,19,20,23,24) e quatro incidem sobre a dor crónica^(3,21,22,25), sendo maioritariamente complementares às terapias convencionais.

No caso da dor aguda, as medidas não farmacológicas estudadas e com efeitos positivos no controlo da dor consistem em alongamento muscular⁽¹⁸⁾, posicionamento⁽¹⁹⁾, relaxamento⁽²³⁾, crioterapia^(19,24), musicoterapia⁽²⁰⁾ e suporte emocional⁽¹⁹⁾ (figura 2). Já no caso da dor crónica, as medidas estudadas incidem em massagem⁽³⁾, reflexologia⁽²²⁾, acupressão⁽³⁾, TENS⁽²⁵⁾, terapia térmica (calor/frio)⁽²⁵⁾ e associação de diferentes medidas num programa (exercícios de aquecimento, fortalecimento muscular, alongamento, treino de equilíbrio e massagem)⁽²¹⁾. Globalmente, as medidas não farmacológicas parecem ter impacto tanto em adultos como em idosos^(3,19,20,22,23).

| | | |
|---|---|---|
| <p>Controlo de sinais e sintomas: Melhoria da intensidade da dor</p> | <p>Estado funcional: Melhoria da amplitude articular</p> | <p>Estratégias de adaptação eficazes: Melhoria do bem-estar psicológico (felicidade, solidão, satisfação com a vida e depressão)</p> |
| <p>Dor Crónica</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa (A - Massagem, Musicoterapia e Aromaterapia, B - Pressão na região occipital do crâneo Musicoterapia e Aromaterapia)³ • Programa de Exercício Físico (exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, equilíbrio, auto-administração de acupressão e massagem)²¹ • Massagem²² • Reflexologia²² • Protocolo observacional de gestão da dor (técnicas de quente/frio, massagem, TENS)²⁵ | <p>Dor Crónica</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Exercício Físico (exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, equilíbrio, auto-administração de acupressão e massagem)²¹ | <p>Dor Crónica</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Exercício Físico (exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, equilíbrio, auto-administração de acupressão e massagem)²¹ |
| <p>Dor Aguda</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alongamentos Musculares¹⁸ <p>Nível Evidência III</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia²⁰ • Exercícios de relaxamento no controlo da dor no pós-operatório²³ • Aplicação de Gelo²⁴ <p>Nível Evidência IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional (88,5%), posicionamento (75,8%) e crioterapia (23,1%)¹⁹ | <p>Estratégias de adaptação eficazes: Melhoria do conforto</p> | <p>Auto-cuidado: Satisfação</p> |
| | <p>Dor Crónica</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa (A - Massagem, Musicoterapia e Aromaterapia, B - Pressão na região occipital do crâneo Musicoterapia e Aromaterapia)³ | <p>Dor Crónica</p> <p>Nível Evidência II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa (A - Massagem, Musicoterapia e Aromaterapia, B - Pressão na região occipital do crâneo Musicoterapia e Aromaterapia)³ |

Figura 2 - Resultados sensíveis das medidas não farmacológicas e respetivo nível de evidência.

Baseado nos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (e respetivos ganhos em saúde) já estudados por Doran⁽¹⁶⁾ (2011), e na análise efetuada, identificam-se os seguintes: controlo de sintomas (diminuição na intensidade da dor)⁽¹⁸⁻²⁵⁾, estado funcional (aumento da amplitude articular)⁽²¹⁾, estratégias de adaptação eficazes (melhoria do bem-estar e conforto)^(3,21) e autocuidado (satisfação)⁽³⁾. Da análise realizada, identificam-se também os resultados sensíveis das medidas não farmacológicas aplicadas por enfermeiros, por tipo de dor – aguda ou crónica, tal como evidenciado na Figura 3.

Dos artigos analisados, pode verificar-se que a intervenção na dor crónica mostra uma abrangência de todos os resultados sensíveis mencionados anteriormente, enquanto na dor aguda evidencia apenas o resultado sensível de controlo de sintoma – redução da intensidade da dor, sendo de realçar que este consiste no único resultado comum à dor crónica e à dor aguda.

Por outro lado, pode ainda inferir-se que, face aos resultados sensíveis identificados, as medidas não farmacológicas respondem potencialmente às múltiplas dimensões da dor crónica.

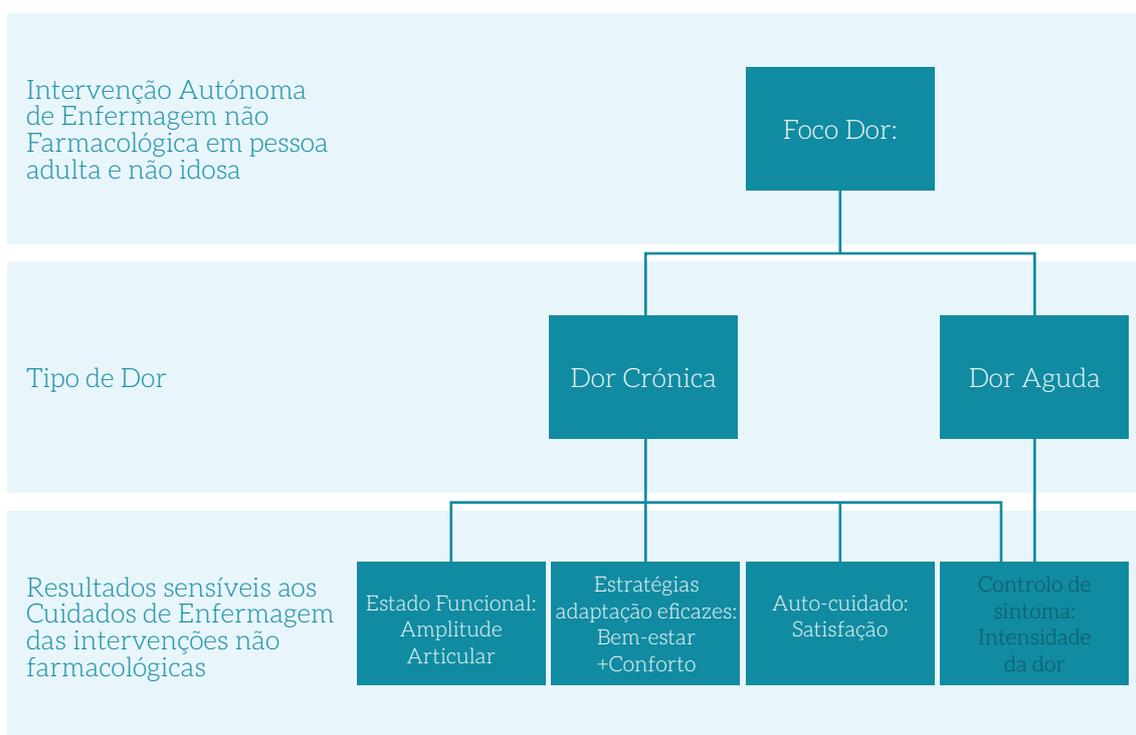


Figura 3 – Resultados Sensíveis das Medidas Não Farmacológicas por Tipo de Dor.

Os artigos analisados evidenciam a formação e a educação como vetor fundamental de intervenção para as pessoas com dor, mas também para os enfermeiros que deles cuidam.

Relativamente às pessoas com dor, é possível identificar em alguns estudos, a adoção de estratégias de ensino com suporte áudio e escrito em determinada técnica, incentivando o seu treino e posterior autoadministração, tanto para a dor aguda como para a crónica. Tal é corroborado pela evidência da eficácia da educação e de programas de autogestão com recurso à comunicação, suporte escrito e acompanhamento telefónico⁽¹⁶⁾.

Quanto aos enfermeiros, diversos artigos demonstram que estes profissionais apresentam formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, propondo maior investimento em formação contínua^(26,27,28). Neste sentido, da análise, verifica-se que os grupos experimentais que incluíram formação aos enfermeiros em dor e medidas não farmacológicas obtiveram melhor controlo da intensidade da dor, bem como maior utilização de medidas não farmacológicas, face aos respetivos grupos controlo^(21,23).

Deste modo, pode inferir-se que a capacidade inadequada dos profissionais de saúde para tratar e/ou cuidar das necessidades complexas e multidimensionais da pessoa com dor⁽²⁹⁾, pode constituir um significativo fator para inflacionar os custos em saúde, derivado pelo défice de intervenção atempada e adequada⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

A dor continua a ser um dos motivos mais comuns pelo qual as pessoas recorrem aos profissionais de saúde, pois muitas, com dor aguda ou crónica, não experienciam um alívio adequado da sua dor. A resposta das estratégias farmacológicas não tem sido, por isso, suficiente e tem representado um crescente aumento de custos para os sistemas de saúde. Vários estudos têm vindo a demonstrar que a complementaridade de medidas não farmacológicas pode constituir uma melhoria no controlo da dor, mas também apresentar um potencial de redução de custos no sistema. Nos estudos analisados, as medidas não farmacológicas foram maioritariamente complementares às terapias convencionais, com efeitos positivos no controlo da dor em adultos e idosos.

No caso da dor crónica, as medidas consistiram em massagem, reflexologia, acupressão, TENS, terapia térmica (calor/frio) e associação de diferentes medidas num programa (exercícios de aquecimento, fortalecimento muscular, alongamento, treino de equilíbrio e massagem) e demonstraram, como resultados sensíveis a estas intervenções, o controlo de sintomas (diminuição na intensidade da dor), o estado funcional (aumento da amplitude articular), as

estratégias de adaptação eficazes (melhoria do bem-estar e conforto) e o autocuidado (satisfação). Na dor aguda, as medidas consistiram em alongamento muscular, posicionamento, relaxamento, crioterapia, musicoterapia e suporte emocional e demonstraram, unicamente, como resultado sensível, o controlo de sintomas (diminuição na intensidade da dor).

Os artigos analisados evidenciam a educação como vetor fundamental de intervenção para pessoas com dor, no sentido de melhorar a sua autogestão, mas também a formação dos enfermeiros que deles cuidam, por forma a aumentar a utilização de medidas não farmacológicas, tal como aconteceu nos grupos experimentais face aos grupos controlo dos artigos analisados.

Implicações na prática profissional

A presente revisão reforça a necessidade de futuros estudos que incidam em outras medidas não farmacológicas aplicadas por enfermeiros, com o intuito de validar a sua aplicabilidade e eficácia na gestão da dor.

Emerge a necessidade de otimizar a intervenção na pessoa com dor, incentivando a utilização de mais medidas não farmacológicas por parte dos enfermeiros, implementadas de forma isolada ou sistematizadas em intervenções estruturadas com associação de medidas.

Devem igualmente ser promovidos programas de formação aos enfermeiros em gestão de dor, incluindo as diversas medidas não farmacológicas, de acordo com os contextos e as oportunidades de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Metzger, Christiane; Schwetta, Martine; Walter, Christiane. Cuidados de Enfermagem e Dor. 2ª Ed. Loures: Lusociência; 2002
2. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. [Web page] Washington, D.C.: International Association for the Study of Pain; 2017 [atualizado em 8 novembro, 2017; citado em 20 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
3. Townsend, C. S., Bonham, E., Chase, L., Dunscomb, J., & McAlister, S. (2014). A comparison of still point induction to massage therapy in reducing pain and increasing comfort in chronic pain. *Holistic Nursing Practice* [serial on the Internet]. (2014), [citado em 18 outubro, 2017]; 28(2), 78-84. Disponível em: (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24503744&site=ehost-live>

4. Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. Pain Proposal: A Dor Crónica em Portugal. [Web page] Pfizer; 2010. Disponível em: http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
5. Direção Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa; 2010 [2017, 10 novembro]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>
6. Francesco Landi, Andrea Russo, Rosa Liperoti, Paola Danese, Elisa Maiorana, Marco Pahor, Roberto Bernabei and Graziano Onder. Daily Pain and Functional Decline Among Old-Old Adults Living in the Community: Results from the ilSIRENTE. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(3): 350-357.
7. Roggeri D, Saramin C, Terrazzani G, Zusso M, Giusti P, Chinellato A. Resource consumption and costs of treating pain in patients affected by cancer in a district of northeast Italy. *J Italian Pharmacological Society* [serial on the Internet]. 2007 Out [citado em 13 dezembro, 2012]; 56(4): 329-334. Disponível em: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/17851088/Resource_consumption_and_costs_of_treating_pain_in_patients_affected_by_cancer_in_a_district_of_northeast_Italy_
8. Fonseca J, Lopes M, Ramos A. People with pain and intervention needs: systematic literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013, Set [citado em 18 outubro, 2017]; 66(5): 771-778. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24217763&site=ehost-live>
9. National Institute of Health and Care Excellence NICE clinical guideline 173. Neuropathic pain. Pharmacological management: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. 2013 [serial on the Internet]. 2015, Ago [citado em 2014, fevereiro 2014]; Disponível em: <http://tinyurl.com/mtlpw2b>
10. Ordem dos Enfermeiros- Conselho de Enfermagem. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008 [2017, 10 novembro]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
11. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013 [2017, 10 novembro]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

12. Robinson S, Hall K, Vallerand A. Chapter 10: Nursing Care of Patients in Pain. *Understanding Medical Surgical Nursing*, 5th ed [monograph on the Internet]. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company; 2015. [citado em 11 dezembro, 2017]. Disponível em: Nursing Reference Center. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2013167114&site=nrc-live>
13. *International Council of Nurses*. CIPE versão 2015. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2016 [2016 maio]. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
14. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96 D.R. I Série. A (04-09-1996)- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9º, ponto 2. 2959-2962. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
15. Doran, D. M., & Pringle, D. *Patient outcomes as accountability*. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd ed., pp. 1-27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett; (2011)
16. The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2015 [2015]. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
18. Jaibunnisha, Gomathi B, Goerge U. Effect of Selected Muscle Stretching Exercises on Primary Dysmenorrhoea among Student Nurses. *International Journal Of Nursing Education* [serial on the Internet]. (2017, julho), [citado em 18 de outubro, 2017]; 9(3): 69-74. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=125086372&site=ehost-live>
19. Silva R, Martins M, Jardim H. Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care. *Journal Of Perioperative Practice* [serial on the Internet]. (2016, junho), [citado em 18 de outubro, 2017]; 26(6): 145-147. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27498440&site=ehost-live>

20. Santhna L. P, Norhamdan M. Y, Damrudi M. The Effectiveness of Music Therapy for Post-Operative Pain Control among Total Knee Replacement Patients. *Medicine & Health (Universiti Kebangsaan Malaysia)* [serial on the Internet]. (2015, Jan), [citado em 18 de outubro, 2017]; 10(1): 66-79. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=117755000&site=ehost-live>
21. Tse M, Tang S, Wan V, Vong S. The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses* [serial on the Internet]. (2014, Dez), [citado em 18 de outubro, 2017]; 15(4): 778-788. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24361207&site=ehost-live>
22. Eghbali M, Safari R, Nazari F, Abdoli S. The effects of reflexology on chronic low back pain intensity in nurses employed in hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research* [serial on the Internet]. (2012, Mar), [citado em 18 de outubro, 2017]; 17(3): 239-243. Disponível em: MEDLINE with Full Text (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23833620&site=ehost-live>
23. Topcu S, Findik U. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses* [serial on the Internet]. (2012, Mar), [citado em 18 de outubro, 2017]; 13(1): 11-17. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22341136&site=ehost-live>
24. Bastami M, Azadi A, Mayel M. The Use of Ice Pack for Pain Associated with Arterial Punctures. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research: JCDR* [serial on the Internet]. (2015, Ago), [citado em 18 de outubro, 2017]; 9(8): JC07-JC9. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=26435970&site=ehost-live>
25. Liu J, Lai C. Implementation of Observational Pain Management Protocol for Residents With Dementia: A Cluster-RCT. *Journal Of The American Geriatrics Society* [serial on the Internet]. (2017, Mar), [citado em 18 de outubro, 2017]; 65(3): e56-e63. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28152167&site=ehost-live>

26. Manwere, A., Chipfuwa, T., Mukwamba, M. M., & Chironda, G. (2015). Knowledge and Attitudes of Registered Nurses towards Pain Management of Adult Medical Patients: A Case of Bindura Hospital. *Health Science Journal*, 9(4): 1-6. Disponível em: (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109839293&lang=pt-br&site=ehost-live>
27. Christoffel M, Castral T, Daré M, Montanholi L, Scochi C. Knowledge of healthcare professionals on the evaluation and treatment of neonatal pain. *Revista Brasileira De Enfermagem* [serial on the Internet]. (2016, junho), [citado em 18 de outubro, 2017]; 69(3): 552-558. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27355306&lang=pt-br&site=ehost-live>
28. Heinrich M, Mechea A, Hoffmann F. Improving postoperative pain management in children by providing regular training and an updated pain therapy concept. *European Journal Of Pain* (London, England) [serial on the Internet]. (2016, Abr), [citado em 18 de outubro, 2017]; 20(4): 586-593. Disponível em: MEDLINE with Full Text. (Permalink): <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=26311307&lang=pt-br&site=ehost-live>
29. Wenham CY, Conaghan PG. New horizons in osteoarthritis. *Age Ageing* [serial on the Internet]. (2013 Maio) [citado em 7 de julho, 2013]; 42(3): 272-278. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23568255>
30. Breen A, Carr E, Mann E, Crossen-White H. Acute back pain management in primary care: a qualitative pilot study of the feasibility of a nurse-led service in general practice. *J Nurs Manag* [periódico na internet]. 2004 Maio [citado em 13 de dezembro, 2012]; 12(3): 201-209. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15089958>

Correspondência: cfonseca@uevora.pt