

Patrícia Raquel Rito Correia

Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos:  
uma revisão integrativa

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2021



Patrícia Raquel Rito Correia

Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos:  
uma revisão integrativa

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2021

Patrícia Raquel Rito Correia

Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos:  
uma revisão integrativa

---

(Nome do Aluno)

Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
licenciatura em Enfermagem.

## **Resumo**

A dor é uma sintomatologia considerada subjetiva, sensorial e emocional e, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2003), é o quinto sinal vital devendo então, ser descrita e avaliada de forma correta. Esta, é uma das principais causas de sofrimento do ser humano que compromete a qualidade de vida e interfere com o bem-estar físico e psicossocial.

O sintoma da dor acompanha a generalidade das patologias que requerem cuidados de saúde e, deste modo, o seu controlo é considerado um problema de saúde pública. A eliminação total da dor nem sempre é possível, todavia, os profissionais de saúde podem implementar ações para o seu controlo e gestão. E, uma vez que a dor deve ser encarada como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, torna-se pertinente que o estudo se assente na perspetiva do enfermeiro em relação à gestão da dor, em cuidados paliativos.

A presente investigação assenta sobre a evidência disponível e tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente, em cuidados paliativos, de modo a contribuir, de forma positiva, para uma melhoria dos cuidados de enfermagem.

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, mais especificamente, uma revisão integrativa, onde foi realizada uma análise crítica de 5 estudos secundários. As bases de dados utilizadas para a colheita de informação foram a MEDLINE via PubMed, SciELO e B-on.

Os resultados obtidos permitiram verificar que os enfermeiros são fundamentais nas intervenções que dizem respeito à gestão da dor, podendo estas advir de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. Demonstrou que os conhecimentos dos profissionais são importantes e que, as intervenções não farmacológicas têm-se sobressaído na prestação de cuidados e, contribuído para uma melhoria no controlo da dor assim como se torna benéfico para a qualidade de vida do utente.

O presente estudo possibilitou um melhor conhecimento das intervenções a utilizar para o controlo da dor no doente, em cuidados paliativos, e permitiu concluir que, a formação constante na área é crucial e deve ser definida, atualizada e melhorada para que a prestação de cuidados seja eficaz e de excelência.

**Palavras Chave:** Cuidados de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Manejo da Dor

## **Abstract**

Pain is a symptomatology considered subjective, sensory and emotional and, according to the Directorate-General of Health (2003), it is the fifth vital sign and must then be described and evaluated correctly. This is one of the main causes of human suffering that compromises the quality of life and interferes with physical and psychosocial well-being.

The pain symptom follows most pathologies that require health care and, therefore, its control is considered a public health problem. The total elimination of pain is not always possible, however, health professionals can implement actions for its control and management. And, since pain must be seen as a priority in the provision of health care, it is pertinent that the study is based on the nurse's perspective in relation to pain management in palliative care.

This research is based on the available evidence and aims to identify nursing interventions to control pain in patients in palliative care, in order to positively contribute to an improvement in nursing care.

This is a literature review study, more specifically, an integrative review, where a critical analysis of 5 secondary studies was performed. The databases used to collect information were MEDLINE via PubMed, SciELO and B-on.

The results obtained allowed us to verify that nurses are essential in interventions related to pain management, which may come from pharmacological and/or non-pharmacological interventions. It showed that the knowledge of professionals is important and that non-pharmacological interventions have been outstanding in providing care and have contributed to an improvement in pain control as well as being beneficial to the patient's quality of life.

This study allowed for a better understanding of the interventions to be used to control pain in patients, in palliative care, and allowed the conclusion that constant training in the area is crucial and must be defined, updated and improved for the provision of care to be effective and excellent.

**Keywords:** Nursing care; Palliative care; Pain management

*Dedicatória*

À **minha Belinha**, pela intensidade de viver. Estejas onde estiveres!

## **Agradecimentos**

À **minha mãe**, pelo apoio desmedido. Ao **meu pai** pela alegria de viver. A vocês, pais, que são a minha inspiração e o meu porto seguro nos momentos de tribulação. A vocês, pelas bases educacionais, por me tornarem uma melhor pessoa. A vocês, por me incentivarem em toda a minha vida, por acreditarem em mim. A vocês, por não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Não seria possível sem vocês, amo-vos!

Aos **meus queridos avós**, pelo orgulho que transparecem sempre que falam de mim, enquanto enfermeira. Obrigada por me ensinarem os valores mais preciosos: a humildade e o amor. O meu amor por vocês é infinito.

À **minha madrinha**, ao **meu tio Paulo** que se faz ser padrinho sem dar conta, obrigada. Pela presença constante e pelo apoio em todo o meu percurso. Pela presença em todos os momentos, mesmo que longe. Aos **meus primos**, Miguel e Rafael, que mais parecem irmãos, pela alegria que me contagia, pelo carinho e amor que me fortalece a cada dia. O meu amor por vocês é igualmente enorme.

Ao **meu namorado** por ser o meu equilíbrio e o meu abraço-casa. Pela paciência e força. Por nunca desistir de mim, nem me deixar desistir. Pelos ensinamentos profissionais e pessoais. Pelo coração enorme que tem. Pela alegria contagiante. Pela essência única que me faz amar todos os dias.

Às **minhas amigas**. À **Inês Fabião** que sempre me motivou e transmitiu pensamentos positivos. Que me ensinou que nem tudo é fácil, que às vezes o caminho é difícil, mas compensa sempre no fim e que, o nosso caminho não é igual ao de tantos outros. Que tenho o meu tempo e que não me torna menos por isso. Obrigada pela pessoa que és e por seres por mim como eu por ti. À **Daniela Silva**, por me lembrar todos os dias das minhas capacidades e por me acompanhar, pessoalmente e profissionalmente. Seremos umas ótimas enfermeiras, pelo menos, gosto não falta. E por fim, à **Inês Castro**. À força da natureza. À que abraça forte, com um dos melhores abraços. À amiga de todas as horas. À que mais saudade me dá e a que, mesmo sem saber, se fez sentir perto, todas as vezes que o chão falhava. **Obrigada!**

Às **minhas hoquistas e amigas**, Marlene Santos e Micaela Jesus, pela alegria contagiante de viver. Pelas loucuras e pelas cumplicidades. Pela força constante e por não me

deixarem desistir mesmo quando sabiam que era complicado. Pelas escapadelas para recarregar energias, e aos jantares marcados em cima do joelho. Foram sem dúvida, uma peça fundamental nesta fase da minha vida. Obrigada pela vossa amizade. Gosto muito de vocês!

À professora **Andreia Lima**, pela pessoa que é e me fez ser. Pelos ensinamentos e pela ajuda constante ao longo do meu percurso académico. Obrigada por me incentivar a continuar, pelo respeito, paciência e dedicação.

Aos **meus colegas de curso** que, de uma forma ou outra, contribuíram para a pessoa que sou hoje e para a profissional que serei. Desejo-vos um começo incrível!

*Obrigada a todos, pela presença e amizade. Ser-vos-ei eternamente grata!*

## **Pensamento**

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram  
mas na intensidade com que acontecem.

Por isso, existem momentos inesquecíveis,  
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

## **Siglas e Abreviaturas**

AINES – Anti-inflamatórios não esteróides

ANCP – Associação Nacional de Criadores e Pesquisadores

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ICN – International Council of Nurses

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNS – Sistema Nervoso Simpático

WHO- World Health Organization

## Índice

INTRODUÇÃO.....	15
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1.1. Conceitos .....	18
i. Intervenções de Enfermagem.....	18
ii. Dor .....	19
iii. Cuidados Paliativos.....	31
1.2. Estado da Arte.....	37
1.3. Problemática .....	40
II. FASE METODOLÓGICA .....	42
2.1. Tipo de Estudo .....	42
2.2. Objetivos .....	43
2.3. Questão de Investigação .....	44
2.4. Recolha e Tratamento de Dados .....	46
III. FASE EMPÍRICA .....	49
3.1. Resultados .....	49
3.2. Discussão .....	52
CONCLUSÃO.....	59
BIBLIOGRAFIA .....	61

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Causa da dor na Europa .....	20
Figura 2 - Classificação da Dor .....	21
Figura 3 - Escala Visual Analógica .....	25
Figura 4 - Escala Numérica .....	25
Figura 5 - Escala de Faces .....	26
Figura 6 - Escala Qualitativa .....	26
Figura 7 - Patologias com Sintomatologia de dor .....	38
Figura 8 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos .....	48

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Abordagem PQRST.....	24
Tabela 2 - Formulação da questão de investigação segundo o método PICO.....	45
Tabela 3 - Estratégia da pesquisa por bases de dados e respetivos resultados .....	46
Tabela 4 - Estudos de inclusão para a revisão integrativa.....	49

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da disciplina de Projeto de Graduação do 4º ano do curso da Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde – Fernando Pessoa tendo como tema de investigação “Intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente, em cuidados paliativos”.

A investigação requer o reconhecimento de estratégias que se centra na melhoria da saúde da população bem como, na deteção de intervenções a adotar para uma melhoria de cuidados, de acordo com os resultados obtidos. Deste modo, a investigação carece de um papel importante com base em informações científicas, de modo a direcionar-se para a prática de cuidados (Fortin, 2009).

O presente trabalho de investigação assenta sobre motivações académicas assim como, motivações pessoais da investigadora. Do ponto de vista académico, a realização do projeto acarreta como principal motivação a finalização do curso de Licenciatura em Enfermagem, bem como a aquisição de conhecimentos na área de investigação científica. No que respeita o ponto de vista pessoal, a estudante salienta o interesse sobre a temática em estudo, na medida em que considera as intervenções para o controlo da dor uma ferramenta essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Considera ainda, constituir uma preocupação uma vez que, esta temática, nos cuidados de enfermagem, é algumas vezes descorada e avaliada de forma menos correta.

Deste modo, o tema abordado na presente investigação intitula-se de “Intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos: uma revisão integrativa” e tem como objetivo geral identificar as intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos, através da evidência disponível.

Ao longo do tempo, a enfermagem tem sofrido várias mudanças, o que tem permitido uma maior autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa e à sua família. No entanto, com o progresso do funcionamento das instituições, o tempo torna-se escasso para o excesso de atividades que, especialmente os enfermeiros, têm que realizar num único turno de trabalho. A este facto pormenoriza-se a necessidade de utilização dos sistemas de informação, cada vez mais complexos e algumas vezes desajustados das práticas clínicas, levando assim a que o profissional descure da relação com a pessoa e família, dependendo esta, única e exclusivamente da iniciativa do mesmo.

Nos dias de hoje, os cuidados paliativos assumem-se como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro bem como, um direito humano cujo objetivo assenta na resposta às necessidades dos utentes com patologia avançada, incurável e progressiva e, onde existe um enorme sofrimento, com sintomatologia em evolução, sendo necessário garantir a melhor qualidade de vida, a si e à sua família (Ribeiro & Tiago, 2018).

Dado que a dor é uma sintomatologia presente em ambiente hospitalar, estando de igual modo presente nos cuidados paliativos, o seu controlo é um direito dos utentes e um dever dos profissionais de saúde. O controlo da dor é considerado um passo crucial para a humanização dos cuidados e, deste modo, é fundamental o alerta para o presente problema e o investimento na área a nível financeiro bem como, é igualmente necessário, o desenvolvimento de mais estudos e formações para que os profissionais consigam garantir uma melhor resposta para com os utentes (Marinho, 2013).

Neste contexto emerge a importância da investigação de forma a alcançar-se conhecimento de como as intervenções para o controlo da dor são fundamentais dado que, se alinhada com a prestação de cuidados, é possível contribuir para a melhoria da saúde, tal como para a qualidade dos cuidados prestados.

O presente estudo retrata uma revisão da literatura, mais especificamente, uma revisão integrativa, na qual a respetiva metodologia proporciona uma síntese de conhecimento e a incorporação da inclusão de diversos métodos que potenciam o desempenho de um papel importante na prática baseada em evidência, em enfermagem. Este tipo de estudo assenta sobre uma abordagem ampla no que diz respeito às revisões, permitindo a inclusão de estudos não-experimentais e experimentais para uma melhor compreensão da temática em estudo (Sousa et al, 2017).

Foram recolhidos dados a partir de motores de busca e dados distintos, sendo recorrido a Medline (via PubMed), a SciELO e o B-on, assim como, também foram realizadas consultas em livros e artigos, sendo que, essa literatura foi unicamente utilizada no Estado da Arte. No que concerne aos limites temporais, na base de dados, a pesquisa restringiu-se aos últimos cinco anos.

O estudo em análise centrou-se na pesquisa de cinco artigos que abordam a temática em questão. Os resultados obtidos da análise dos artigos referidos levaram a concluir que existem inúmeras intervenções para o controlo da dor, sendo estas de caráter

farmacológico e não-farmacológico. o que permite o desenvolvimento de um processo terapêutico eficaz.

O presente documento encontra-se estruturado em três fases. A face conceptual que diz respeito ao escrutínio dos principais conceitos utilizados nesta investigação, fazendo-se alusão assim ao estado da arte e à problemática em estudo. Segue-se posteriormente a fase metodológica a qual pretende dar a conhecer o desenho do estudo e por fim, a fase empírica, onde são apresentados os resultados assim como é feita a discussão dos mesmos.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

De acordo com Fortin (2009), a fase conceptual é uma coordenação de ideias com o intuito de ser alcançada uma conceção clara e organizada do objeto a investigar. Esta inicia-se quando o investigador trabalha sobre uma ideia para orientar uma investigação.

### **1.1. Conceitos**

No presente estudo os conceitos utilizados foram as intervenções de enfermagem, dor e cuidados paliativos. Segue-se então a definição de cada um deles.

#### **i. Intervenções de Enfermagem**

As intervenções de enfermagem dizem respeito à execução das atividades prescritas aquando o planeamento, estando sempre relacionadas com os diagnósticos de enfermagem (Cavalcante & Barros, 2019).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.102) são intervenções “(...) *autónomas 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 acessória, com os contributos na investigação em enfermagem.*”.

A seleção de uma intervenção de enfermagem a determinar faz parte do processo de decisão clínica do enfermeiro e, de acordo com McCloskey et al (2004), devem ser tidos em conta aspetos como as características do diagnóstico de enfermagem, a base de pesquisa de intervenção, a viabilidade para colocar em prática a intervenção, a aceitação da pessoa e as competências do enfermeiro, bem como os resultados necessários e esperados pelo utente.

Os mesmos autores (McCloskey et al, 2004) assentam no pressuposto de que uma intervenção de enfermagem é baseada nos conhecimentos clínicos e realizada pelo enfermeiro, com o objetivo de aumentar os resultados do utente tendo em conta os cuidados voltados para os indivíduos, família e comunidade bem como os tratamentos iniciados pelos mesmos.

## ii. Dor

A dor é uma experiência humana e universal, sendo igualmente considerada como uma experiência multidimensional e individual, tornando-se difícil defini-la.

Os primeiros relatos de dor remontam as civilizações primordiais em que, os seres humanos primitivos acreditavam que a dor tinha origem exterior provocadas por qualquer tipo de sofrimento, mas também por deuses do mal ou espíritos malignos. Deste modo, e nestes casos, recorriam a amuletos, exorcismos ou outros tipos de magia para que pudessem ser afugentados os espíritos do organismo e, quando não resultava, os mesmos recorriam a curandeiros ou bruxos. Durante algum tempo, a dor era considerada como uma entidade sobrenatural e, somente os sacerdotes e os feiticeiros tinham a capacidade de aliviar a dor através da magia (Bastos, 2005).

O filósofo grego, Aristóteles, considerava a dor não um fenómeno físico, mas sim uma emoção. Durante a idade média, a dor era associada ao pensamento religioso sendo aceite como um castigo face a pecados cometidos. Em contrapartida, e com Descartes, a mesma passou a ser entendida como um fenómeno físico que deveria ser eliminado através de técnicas mecânicas (Batalha, 2010).

De acordo com Lemos (2007), o primeiro registo da dor foi descrito em 1297 tendo sido registado apenas no século XIV, na Grã-Bretanha. O termo derivou da palavra “*poena*” e, evoluiu posteriormente para “*peine*”, “*paynee*” e para a palavra dos dias de hoje “*pain*”.

Em 1979, a dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (2017), como uma experiência sensorial e emocional menos positiva que se encontra associada a uma lesão do tecido, real. Esta era apoiada por vários autores dado que é válida para qualquer tipo de dor, independentemente da sua causa, mecanismo ou duração.

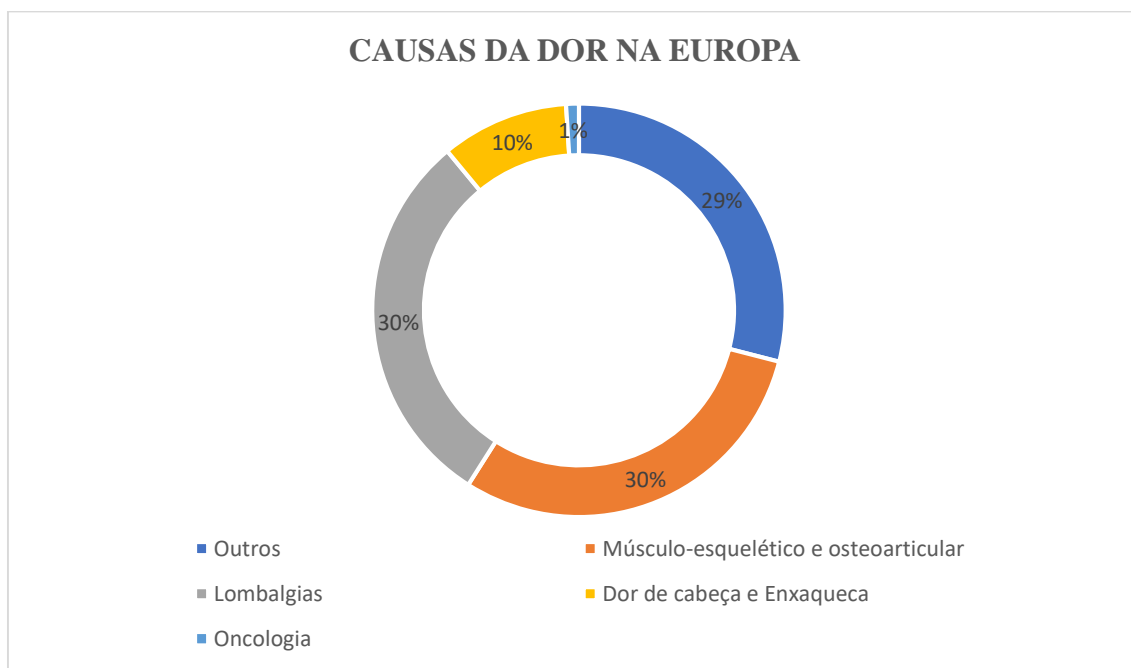
Segundo *International Classification for Nursing Practice* (2019), a dor é considerada como “*aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*”.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2017), a dor, entendida como um processo fisiológico que contribui para que a integridade física do ser humano seja mantida, é um

dos motivos responsáveis pela recorrência aos cuidados de saúde, por parte da população portuguesa. Esta sintomatologia provoca sofrimento assim como, reduz a qualidade de vida dos utentes e predispõe o organismo a alterações fisiopatológicas que podem resultar em co-morbilidades.

A dor é um problema de saúde que, em todo o mundo, independentemente de os países serem ou não desenvolvidos, afeta uma grande parte da população. Como principais causas de dor presentes na Europa temos (Figura1): lombalgias (30%), dor músculo-esquelética e osteoarticular (30%), dor de cabeça e enxaquecas (10%) e dor oncológica (1%) (Janeiro, 2017).

Figura 1 - Causa da dor na Europa



Fonte: Elaborado para o presente estudo, Janeiro (2017)

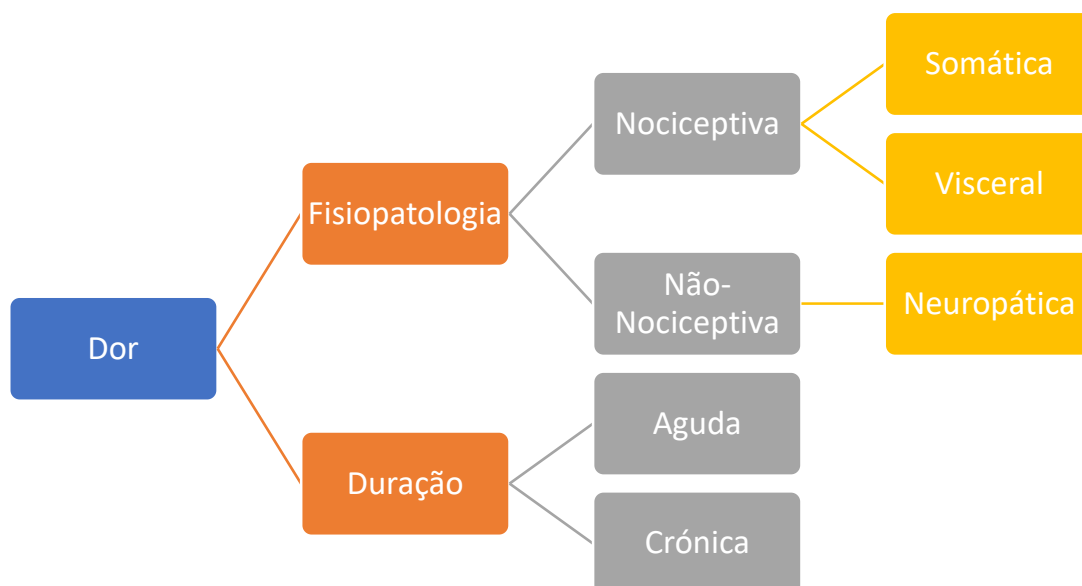
#### a) Tipo de Dor

A variedade da sintomatologia de dor ou de sensações dolorosas é ampla advindo esta diversidade da etiologia da dor. Este sintoma pode ser classificado segundo a sua duração, a fisiopatologia, a etiologia, a localização da dor, bem como de acordo com a necessidade do sistema nervoso simpático e o local afetado (Marinho, 2013).

Segundo Grunenthal (2012), a dor manifesta-se de forma contínua, descontínua, difusa ou perfurante condicionando assim o tipo de tratamento a efetuar.

Como referido anteriormente, a dor pode ser classificada de diferentes maneiras (Figura 2). No que concerne à classificação da dor quanto à fisiopatologia temos que esta pode ser de origem neuropática (não nociceptiva) e nociceptiva. Quando a dor tem carácter nociceptivo pode ter ainda origem visceral ou somática. Quanto à duração, a dor pode ser classificada como crónica ou aguda (Watson, 2020).

Figura 2 - Classificação da Dor



Fonte: Elaborado para o presente estudo, de acordo com Watson (2020)

- Classificação da dor quanto à sua duração

A **dor aguda** é classificada como dor com uma duração limitada e recente, com causa identificada, sendo de igual modo considerada a mais comum. Esta ocorre geralmente como resposta a uma lesão de tecidos, resultando assim da ativação de recetores de dor, denominados de nociceptores e das fibras nervosas específicas. De um modo geral, a dor aguda encontra-se, maioritariamente, associada a ansiedade ou a hiperatividade do Sistema Nervoso Simpático (SNS) como é o caso do aumento da pressão arterial, da frequência respiratória e da frequência cardíaca, entre outros (Watson, 2020).

Em contrapartida, o mesmo autor afirma que a **dor crónica** se encontra associada à destruição dos tecidos, provavelmente causada pela ativação persistente das fibras (fibras A delta e fibras C). Trata-se de uma dor de difícil identificação no que concerne a parte temporal e/ou causal, podendo resultar de uma lesão contínua ou de uma disfunção do sistema nervoso periférico (que causa a dor neuropática) ou central.

De acordo com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2017), a dor crónica desenvolve repercussões na saúde física e mental do indivíduo, levando a um aumento da suscetibilidade à ansiedade, depressão, infeções e insónias podendo, em alguns casos, conduzir ao suicídio. A dor crónica apresenta vários impactos para além do sofrimento individual o que provoca sequelas psicológicas, de incapacidade, isolamento e maioritariamente das vezes, perda da qualidade de vida, envolvendo assim os cuidadores, familiares e até amigos.

- Classificação da dor quanto à sua fisiopatologia

A **dor nociceptiva** é causada pela ativação de nociceptores, em resposta a diferentes estímulos, quando existe lesões nos tecidos. Este tipo de dor ocorre quando existe uma ferida, fratura óssea, queimadura, contusão ou qualquer ação que lesione os tecidos (Fisiorégio, 2020).

Esta dor pode ser classificada como dor somática e dor visceral. A **dor somática**, é uma dor cujos recetores são provenientes dos músculos, pele, articulações, ossos ou ligamentos. A estimulação destes recetores produz assim uma dor somática que pode ainda ser dividida em dor superficial ou profunda. A dor superficial expõe uma instalação aguda e imediata como é o caso das feridas de pequena dimensão e das queimaduras de primeiro grau, ao nível das membranas mucosas e da pele; a dor profunda tem uma iniciação silenciosa e surge em fraturas ósseas, ruturas ou lesões ao nível dos ossos, músculos, articulações, tendões, ligamentos ou vasos sanguíneos. A **dor visceral** tem origem em órgãos e surge aquando uma inflamação do mesmo ou de uma infeção, modificação da motilidade, neoplasia, isquemia ou alteração dos nervos transmissores das sensações viscerais. Esta é frequentemente associada a efeitos como a palidez, sudorese, distúrbios gastrointestinais, náuseas bem como alterações na temperatura corporal, pressão arterial e frequência cardíaca (Watson, 2020).

Para Watson (2020), a **dor não nociceptiva** ou denominada de **dor neuropática** desenvolve-se após uma lesão ao nível do sistema nervoso periférico, central ou nervoso, podendo envolver o sistema nervoso simpático, e através de um bom diagnóstico, pode ser apresentado como uma lesão ou doença neurológica evidente. Trata-se de um processo complicado e de difícil caracterização uma vez que pode conter uma etiologia múltipla e variada sendo que, tal é a complexidade que, inúmeras vezes, é encoberto por diferentes diagnósticos dado a sua dificuldade de avaliação por alterações das vias sensitivas aquando a sua origem.

#### b) Avaliação da Dor

Devido à sua índole subjetiva, complexa e pessoal, a caracterização e avaliação da dor apresenta um caráter de dificuldade elevada. A avaliação da sintomatologia deve ser efetuada de forma contínua, sistemática e deve, de igual modo, ser registada de forma detalhada, para a compreensão da sua origem e para a determinação adequada das intervenções terapêuticas, avaliando a sua eficácia cujo objetivo se centra no alívio da dor e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do utente.

Segundo Janeiro (2017, p.22), o processo de avaliação consiste “*num diálogo entre o doente e o profissional de saúde, de modo a analisar a influência que a dor tem sobre a vida do doente*”. De acordo com a autora, a avaliação da dor ocorre de acordo com diversas ferramentas cujo objetivo se centra na quantificação da duração da sintomatologia, bem como na gravidade da dor e da sua localização, sendo essencial ao enfermeiro adequar a ferramenta a utilizar e avaliar assim a dor, a possibilidade e a aceitação dos instrumentos para o utente.

Para Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2007), a avaliação da dor assenta sob componentes essenciais ao processo com determinação da localização, duração, descrição, intensidade, agravamento e fatores de alívio. Tem ainda em conta quaisquer fatores associados como náuseas, vômitos, depressão, entre outros, a fim de ser garantido o tratamento da dor independentemente do seu impacto na vida do doente e das comorbilidades do mesmo.

Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2007, p.19), estas componentes são, habitualmente, concretizadas segundo a abordagem “PQRST” (Tabela 1) que

significa, respetivamente “*O que Provoca e Palia; Qualidade, Região e Radiação, Severidade e Tempo (ou Temporal)*”. Pela abordagem referida, as perguntas efetuadas pelo profissional de saúde incluem:

Tabela 1 - Abordagem PQRST

P= O que provoca e Palia	Q= Qualidade	R= Região e Radiação	S= Severidade	T= Tempo (ou Temporal)
O que causa a dor? O que alivia a dor? O que agrava a dor?	Qual é a sensação da dor? É fina? Surda? Lancinante? Ardente? Que esmaga?	Onde se situa a dor? Está confinada a um sítio? A dor irradia? Em caso afirmativo, para onde? Teve início noutra localização e está agora situada num determinado ponto?	Qual a gravidade da dor?	Quando começou a dor? Está sempre presente? Está sem dor durante a noite ou durante o dia? Não sente dor quando se movimenta? Quanto tempo dura a dor?

Fonte: Elaborado para o presente estudo, segundo Richard et al. (2010, p.66)

De acordo com Marinho (2013), os instrumentos para avaliação da dor são definidos como:

- **Unidimensionais**, que são qualitativos ou de intensidade como o caso da escala visual analógica, numérica ou verbal simples;
- **Topográficos**, como o diagrama corporal;
- **Multidimensionais**, que são quantitativos, qualitativos e de personalidade;
- **Avaliação de personalidade**.

De salientar que existem, ainda, instrumentos específicos para pacientes cuja comunicação apresente défice bem como para crianças.

As **escalas verbais unidimensionais**, são as escalas mais utilizadas e permitem uma maior avaliação por parte dos profissionais de saúde. De salientar que, estas escalas se encontram validadas internacionalmente.

A **Escala Visual Analógica** (Figura 3) é uma das mais utilizadas na avaliação da dor em adultos e, diz respeito a uma linha horizontal com 10 centímetros de comprimento sendo que em cada extremidade tem, respetivamente, “Sem dor” e “Dor máxima” onde, o utente, assinala o ponto que representa a intensidade da sua dor. Em seguida, mede-se a distância entre o início da linha e o local assinalado obtendo-se assim, a classificação numérica (Watson, 2020).

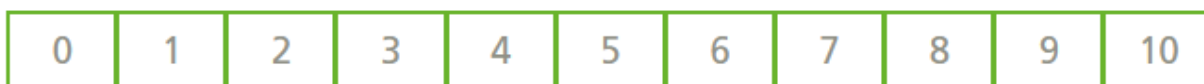
Figura 3 - Escala Visual Analógica



Fonte: Dor.com.pt

A **Escala Numérica** (Figura 4) consiste na divisão de uma régua, em 11 partes iguais, numeradas de 0 a 10. Durante a avaliação, o utente classifica a intensidade da sua dor com os números da escala sendo que o 0 corresponde a “Sem dor” e o 10 esclarece “Dor máxima” (Watson, 2020).

Figura 4 - Escala Numérica



Fonte: Dor.com.pt

Segundo Watson (2020), a **Escala de Faces** (Figura 5), onde o utente classifica a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada em que, a expressão da felicidade classifica “Sem dor” e a expressão de tristeza máxima representa “Dor máxima”.

Figura 5 - Escala de Faces



Fonte: Dor.com.pt

A **Escala Qualitativa** (Figura 6) sugere que o doente classifique a intensidade da sua dor de acordo com os adjetivos: “Sem dor”, “Dor ligeira”, “Dor intensa” e “Dor máxima” sendo que, estes, devem ser registados (dor.com.pt).

Figura 6 - Escala Qualitativa

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: Dor.com.pt

### c) Tratamento da Dor

O tratamento da dor é de carácter relevante e prioritário sendo que, existem inúmeras técnicas a serem usadas, de acordo com a dor do utente e as indicações para que o tratamento da dor seja eficaz (Mao et al., 2011).

Segundo os autores, as metodologias mais utilizadas para o controlo da dor são as técnicas farmacológicas, conservadoras ou invasivas assim como, as intervenções não farmacológicas. O diagnóstico do tipo da dor e da sua causa deve ser realizado após uma avaliação adequada do utente onde incluem as suas características para, assim, atribuírem um tratamento eficaz para a dor.

As técnicas farmacológicas conservadoras abrangem, essencialmente, fármacos adjuvantes e fármacos analgésicos. Os analgésicos são classificados como opioides e não opioides, sendo o fármaco de referência dos opioides fortes, a morfina e dos opioides

fracos, a codeína. No que concerne os analgésicos não opioides, temos os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), onde se incluem de igual modo os analgésicos antipiréticos como é o caso do paracetamol e do metamizol (Mao et al., 2011).

De acordo com a Gonçalves (2018), os fármacos adjuvantes apresentam um caráter de elevada importância no controlo da dor uma vez que, apesar de não serem considerados analgésicos, contribuem para o alívio da sintomatologia, potenciam os analgésicos e interferem nos vários fatores que podem agravar o quadro algico. Como farmacologia adjuvante temos os corticosteroides, antidepressivos, anti convulsivantes, relaxantes musculares, anestésico local, entre outros.

O uso de terapia combinada farmacológica pode ser utilizado para influenciar as propriedades dos fármacos e ser fundamental para o tratamento da dor uma vez que, pode maximizar a eficácia terapêutica enquanto, consequentemente, diminui a toxicidade e minimiza os efeitos secundários (Mamede, 2016).

Peixoto (2016), faz referência ao uso de ervas medicinais como intervenção farmacológica para o controlo da dor, destacando a *Boswellia Serrata*, Gel de Arnica, *Capsicum Frutescens* (pimenta malagueta), óleo de lavanda. Contudo, a eficácia de ervas medicinais em comparação com outras terapias não fica claramente esclarecido.

Para além do tratamento farmacológico, existem outros tipos de tratamento denominados de tratamento não farmacológico. As intervenções não farmacológicas foram, também, referenciadas por Florence Nightingale (Nightingale, 2005). Deste modo, o método não farmacológico, diz respeito a intervenções realizadas por enfermeiros para o controlo e alívio da dor com suporte físico, emocional e cognitivo-comportamental sendo considerada uma alternativa terapêutica segura, equilibrada, bem tolerada e custo-efetiva. Estes, em associação a fármacos, potenciam o efeito terapêutico o que ajuda a reduzir as doses farmacológicas, minimizando assim os efeitos adversos (Peixoto, 2016).

Peixoto (2016) defende ainda que a medicina complementar ou alternativa (controlo não farmacológico) pode ser definido como um conjunto de práticas que não se encontram atualmente consideradas por parte integrante da medicina convencional. Contudo, esta afirmação não é consensual uma vez que, com o avanço do conhecimento científico, os métodos não farmacológicos se encontram incorporados na medicina convencional, como por exemplo a reabilitação e a medicina física.

Em conformidade com Marinho (2013), e no que concerne as medidas não farmacológicas de ordem física, temos:

- **Acupuntura**, é uma técnica de medicina tradicional chinesa e consiste na estimulação de pontos do corpo com agulhas esterilizadas e filiformes induzindo assim, a analgesia e ativando o sistema nervoso central;
- **Estimulação elétrica transcutânea**, uma terapia não invasiva e utilizada para o alívio da dor através da aplicação de estímulos elétricos de alta frequência e baixa intensidade sendo utilizado, maioritariamente, em programas de tratamento de dor, tendinites e lombalgias;
- **Exercício**, é uma das medidas físicas utilizadas e de extrema importância uma vez que os utentes que apresentem dor podem adquirir o chamado “síndrome do desuso” devido ao repouso prolongado. Esta técnica aumenta a qualidade de vida e a capacidade de autocuidado e melhora o padrão de sono, o humor e ainda, reduz a ansiedade;
- **Massagem**, que consiste num conjunto de manipulações sobre uma parte da superfície corporal ou na sua totalidade, com a finalidade de serem provocadas alterações diretas ou reflexas, melhorando a circulação sanguínea e consequentemente, garante o relaxamento muscular, trazendo o conforto e o bem-estar;
- **Mobilização**, diz respeito a um tratamento terapêutico progressivo com o propósito de garantir o alívio da dor, evitando o mesmo e prevenindo o seu reaparecimento. A técnica limita a inflamação local, mantém a flexibilidade muscular, reduz a perda de força e da massa muscular e favorece a circulação de retorno;
- **Termoterapia**, consiste na aplicação de calor ou frio com a intuição terapêutica sendo que o calor diminui a isquemia tecidual aliviando a rigidez articular e melhorando, consequentemente, a inflamação superficial. Em contrapartida, a aplicação do frio reduz o edema e posteriormente a velocidade da condução nervosa e da atividade muscular, diminuindo assim a sintomatologia.

Marinho (2013), faz ainda referência às medidas cognitivas comportamentais e menciona que, o seu uso no controlo da dor, assenta na ideia de que a dor também é considerada um

comportamento socialmente aprendido pela interação do ser humano com o meio envolvente e que este, pode aprender ou reaprender comportamentos adaptativos e que garantam o seu bem-estar. Na perspetiva deste método, existe um conjunto de intervenções do foro educacional sobre a dor e o seu controlo, de reorganização de comportamento e do pensamento e na aquisição de estratégias para o alívio da ansiedade e de tensão.

De acordo com outros autores, nomeadamente Peixoto (2016), existem ainda outras terapias não farmacológicas utilizadas como intervenções para o controlo da dor, sendo estas:

- **Educação do doente**, sendo considerada o primeiro passo na gestão da sintomatologia previamente a qualquer intervenção cujo objetivo se centra em fornecer ao utente instrumentos necessários para a autogestão da dor e melhoria das expectativas eficazes nas atividades de vida diária. Estes programas consistem no ensino da patologia (seu diagnóstico, prognóstico geral e individual, objetivos do tratamento e possível sintomatologia) bem como o papel de possíveis patologias decorrentes, de opções de controlo da dor e uso farmacológico para o alívio da sintomatologia;
- **Imaginação Guiada**, cujo método terapêutico é usado para manter as capacidades durante a recuperação de lesões e, por consequência, uma redução da dor e desenvolvimento de empatia e reabilitação. Trata-se de um método cognitivo que altera padrões cognitivos negativos ou mal-adaptados, proporcionando uma redução da resposta autónoma e diminuindo a tensão muscular, ademais, atua como distração e reduz a sintomatologia de dor através do bloqueio da informação nociceptiva;
- **Musicoterapia** considerada uma medida simples que não requer necessariamente uma concentração ou participação do utente e que, utilizada por um período de 20 minutos diários, ao longo de duas semanas, diminui significativamente a intensidade da dor, em indivíduos idosos com dor crónica;
- **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)**, onde é efetuada uma abordagem de aceitação da presença da dor sem tentativa de controlo com a finalidade de redução da ansiedade causada pela dor. Pela intervenção referida são encontrados

ganhos/aspetos positivos a nível social, físico e emocional com resultados pós-tratamento de três meses;

- **Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)**, diz respeito a uma intervenção de autorregulação cuja finalidade é ensinar um conjunto de estratégias cognitivas (imaginação guiada, distração) e comportamentais (atividades agradáveis, relaxamento) com o objetivo de ser melhorada a **cooperação**, a funcionalidade e, consequentemente, reduzir a dor em patologias crónicas.

De acordo com Vitor et al (2020), a hipnoterapia, como intervenção não-farmacológica, induz o utente a um estado semelhante ao transe o que facilita o relaxamento e aumenta a aptidão para introduzir mudanças comportamentais podendo posteriormente aliviar o nível de dor e ansiedade dos pacientes.

Em concordância, surgem ainda medidas de suporte emocional baseando-se no toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto. No que concerne o toque terapêutico, medida simples e básica, verifica-se uma imposição de mãos com intencionalidade, estimulando fibras sensitivas à superfície da pele que gere relaxamento muscular e estimulação a nível neurofisiológico o que permite uma redução do padrão de dor. A escuta ativa é utilizada em simultâneo com o toque terapêutico, e é onde o enfermeiro procura manter um ambiente calmo aquando a prestação de cuidados de modo a que desenvolva em concordância com o utente uma relação terapêutica por forma de demonstrar a sua compreensão e disponibilidade. Deste modo, o utente demonstra as suas preocupações com o objetivo de ultrapassar os seus obstáculos emocionais relativos à dor que condicionam todo o seu processo de avaliação e controlo da sintomatologia. Por fim, explicitando a promoção do conforto, o profissional de saúde deve providenciar a alteração do ambiente físico em que o utente se encontra uma vez o mesmo pode provocar sobrecarga sensorial e potenciar estímulos dolorosos. Assim, torna-se benéfico a transferência do paciente para outro quarto sendo este mais calmo e onde possa existir uma redução das luzes e um controlo do número de pessoas a frequentar o quarto, contudo, é de salvaguardar que nem todos reagem de forma positiva ao mesmo ambiente (Cunha, 2018).

Em suma, a prática de enfermagem e as suas intervenções no controlo da dor, têm um caráter autónomo, no que diz respeito às intervenções não farmacológicas, e apresentam uma grande importância, sendo necessário investir na área.

### iii. Cuidados Paliativos

Referir a história dos Cuidados Paliativos remontam à origem da Humanidade e à ligação histórica que existe entre a saúde e a religião, desde a existência do ser humano que se acompanha de patologias e consequentemente de sofrimento.

A palavra paliativo provém, etimologicamente, do latim, “*pallium*” que significa “manto”. Na origem da palavra, esta, assenta sobre conceder abrigo, garantir conforto, minimizar sofrimento, dividir e doar algo próprio para o outro (Rulz, 2013).

As primeiras tentativas de alívio de sofrimento físico e/ou espiritual, remontam as civilizações mais antigas como a civilização chinesa, hindu e egípcia sendo importante ressaltar que, o Egito e a Índia continham instituições de caráter hospitalar. No que diz respeito ao Egito, no ano 2500 a.C., este possuía um sistema de cuidados de saúde e educação médica bem organizados, em contrapartida, o sistema de saúde da Índia remontava o século VI a.C. e Buda, designou um médico para cada dez vilas assim como a construção de hospitais para incapacitados e pobres, e um abrigo para mulheres grávidas com doenças associadas. A sul da Índia, nomeadamente no Ceilão, existiram hospitais datados de 437 a.C. sendo estes considerados historicamente significativos uma vez que apresentavam semelhanças com os Hospice dos dias de hoje (Marinho, 2013).

De acordo com a mesma autora, os Hospices dedicavam-se ao tratamento de doentes com patologias crónicas e com prognósticos sem cura sendo que, os cuidadores eram solicitados a propiciar cuidados aos mesmos. Um dos princípios da filosofia Hospice centrava-se no alívio do sofrimento com a aplicação de pomadas caseiras e regime dietético com ingestão de bebidas à base de ervas assim como rituais espirituais, contudo, a capacidade de aliviar os sintomas era bastante reduzido uma vez que, o conhecimento científico era escasso.

A 1967, em Londres, foi fundado o primeiro Hospice, por Cecily Saunders. Este denominava-se de St. Christopher’s Hospice e tinha como objetivo proporcionar aos

doentes em fase terminal uma qualidade de vida digna centrada numa visão holística da pessoa, nos cuidados integrados, no ensino e na pesquisa clínica. Deste modo, a filosofia de acordo com Cecily baseava-se no alívio de sintomas e do sofrimento de modo a ajudar o utente e a família a adaptar-se ao desígnio e, conseqüentemente, a uma morte digna (Lima, 2017).

Na mesma linha de pensamento (Lima, 2017), os resultados obtidos através dessas instituições relataram que o controlo de sintomas, a adequada comunicação e o acompanhamento emocional e social garantem uma melhoria significativa na qualidade de vida dos utentes e dos seus familiares.

Os avanços da medicina ao longo dos tempos, nomeadamente do século XX foram notórios o que, do mesmo, adveio o sucesso no combate de ocorrência da morte após um período curto de doença, implementando-se de igual modo um aumento da longevidade, dando assim origem a outro fenómeno mundo ocidental conhecido como “*o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada*” (Barbosa et al., 2010, p.17).

De acordo com Carvalho et al. (2012), o cuidado paliativo tem por base o cuidado total dos utentes com patologias que não respondem a um tratamento com visibilidade de cura, salientando como cuidados primordiais o controlo da dor e de outros sintomas assim como os aspetos sociais, psicológicos e espirituais. Trata-se de igual modo de uma abordagem interdisciplinar afirmando a vida e o alcance de uma melhor qualidade de vida, considerando igualmente, a morte como um processo natural (Almeida, 2016).

Na mesma linha de pensamento, os cuidados paliativos são definidos, pela World Health Organization em “Manual de Cuidados Paliativos” (Maiello et al, 2014, p.23), como uma “*abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais*”.

Deste modo, os mesmos autores aferem que os cuidados paliativos se iniciam aquando o diagnóstico e progride independentemente de o utente receber ou não tratamento. São ainda avaliados sinais de sofrimento físico, social e psicológico e posteriormente

desenvolvidos de acordo com uma conduta multidisciplinar que integra a família e, simultaneamente, utiliza recursos disponíveis na comunidade.

A filosofia dos cuidados paliativos tem sido desenvolvida progressivamente e é, de igual forma, perspectivada como um direito do ser humano, nomeadamente na Comunidade Europeia, contudo, caso exista uma legislação centrada na temática, deparamo-nos inúmeras vezes com desigualdades no acesso a estes cuidados, em diferentes países ou de região para região.

Segundo Barbosa et al. (2017), os cuidados paliativos devem assentar em quatro pilares fundamentais aos cuidados sendo estes o controlo de sintomas, o apoio à família, a comunicação adequada e o trabalho em equipa. É fundamental que estes pilares se encontrem interligados para garantir uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Assim, de acordo com a Associação Nacional de Criadores e Pesquisadores (ANCP, 2012) os prestadores de cuidados devem investir nos seguintes fatores:

- **Comunicação** interpessoal e o relacionamento são fundamentais e representam a essência do cuidado nos momentos difíceis do processo e que, os profissionais devem manter uma relação empática e compassiva para as necessidades de os utentes serem atendidas e alcançadas;
- **Apoio à família** que contém um papel importante pois, os enfermeiros, são as pessoas que passam mais tempo com o utente e estão expostos a todas as adversidades do processo, sendo que Barbosa et al. (2017, p.11) sublinham a *“importância do apoio à família no âmbito da prática dos cuidados paliativos. A família e outros cuidadores, enquanto grupo de pessoas efetivamente significativas para determinado doente, detêm um papel fundamental no apoio aos doentes terminais e sofre também o impacto dessa doença”*;
- **Trabalho em equipa** apresenta um valor crucial uma vez que a equipa trabalha para o mesmo objetivo considerando as dimensões biológicas, espirituais, culturais, psicológicas e sociológicas. E, de acordo com Rijo (2011), trabalhar em equipa é parte integrante da filosofia dos cuidados paliativos e deve ser constituída por um médico, enfermeiro, psicólogo e todos os profissionais necessários para garantir o bem-estar do utente, do familiar e, caso exista, do cuidador.

#### a) Cuidados Paliativos em Portugal

A primeira referência de Cuidados Paliativos em Portugal iniciou-se na década de 90. Foi criada, a 1992, uma Unidade de Tratamento de Dor, no Hospital do Fundão, que se destinava ao internamento de utentes com patologias oncológicas avançadas. Posteriormente, transformou-se o mesmo num departamento de medicina paliativa e, dois anos depois, surge então a primeira unidade de Cuidados intensivos no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. Em 1995 é criada a primeira e única associação ativa de Cuidados Paliativos, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e, a 1996, o centro de saúde de Odivelas iniciou a primeira equipa de cuidados continuados destinada ao domicílio onde incluíam a prestação de Cuidados Paliativos (Ataíde, 2014).

Como é notório pela informação referida, Portugal dá o maior passo, na última década, no que diz respeito à implementação de Cuidados Paliativos, a nível do Sistema Nacional de Saúde. Consequentemente, e de acordo com Capelas et al (2014), surgiram determinados documentos que visam a prática de cuidados paliativos no nosso país sendo eles:

- **Plano Oncológico Nacional**, lançado a 2001, tendo como objetivo estratégico o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos;
- **Plano Nacional de Saúde**, surgido a 2004, onde são identificados os Cuidados Paliativos como prioridade de intervenção pelo que, em consequência de tal, o Ministério da Saúde lança o **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Este considerava os cuidados como essenciais aos cuidados de saúde, contudo, não trouxe efeitos práticos no que diz respeito ao surgimento de novos recursos de cuidados paliativos e que requereu uma nova edição;
- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, criada pelo Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de junho, cujo objetivo se centra na prestação de cuidados continuados integrados, incluindo os Cuidados Paliativos, de acordo com os níveis de diferenciação no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Ao longo dos tempos destaca-se ainda o primeiro curso de Mestrado em Cuidados Paliativos do país, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 2002 bem como a elaboração de três documentos por parte da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, em 2006, sendo estes “Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos”,

“Organização de Serviços em Cuidados Paliativos” e “Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos” (Capelas et al, 2014).

Segundo o manual de Cuidados Paliativos (Ministério da Saúde, 2017), os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada às necessidades dos utentes, nomeadamente o tratamento, o cuidado que requerem e o apoio aos mesmos, firmando o alívio dos sintomas, o apoio psicológico e emocional do utente e da família, assim como, o apoio durante o luto.

De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, *“devem considerar-se pelo menos dois níveis de cuidados: a Abordagem Paliativa e os CP especializados”* (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017-2018, p.8). Como o autor define, a Abordagem Paliativa é utilizada nos serviços onde são, ocasionalmente, cuidados doentes com as necessidades, em contrapartida, os Cuidados Paliativos Especializados são prestados pelas equipas multidisciplinares com competências especializadas para a prestação de cuidados destes utentes.

Apesar da diferenciação existente, é igualmente importante fazer a complexidade dos utentes uma vez que, nem todos exigem a mesma intervenção ou intervenção por parte de uma equipa especializada. Assim sendo, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017-2018), faz a diferenciação dos utentes do seguinte modo:

- Utentes com necessidades de complexidade baixa a intermédia – apresentam sintomas (problemas físicos, espirituais, emocionais e sociais) não complicados, mas que podem evoluir. Estes podem ser conduzidos sob uma abordagem paliativa onde deve estar presente os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados;
- Utentes com necessidade de complexidade intermitente – apresentam diferentes intensidades de necessidades e que são alvo de uma Abordagem Paliativa, mas, por vezes, requerem cuidados de uma equipa especializada para problemas mais complexos;
- Utentes com necessidades complexas persistentes – apresentam a persistente de complicações de alta complexidade e necessitam de Cuidados Paliativos Especializados.

Contudo, a avaliação da complexidade das situações condiciona a qualidade de vida dos utentes, e deve ter em conta elementos como fatores dependentes do doente (idade, antecedentes), da situação clínica (intensidade, número e tipo de sintomas, entre outros), situação emocional (depressão e ansiedade), do estadio da doença e o tratamento, da família ou cuidadores, intervenção de outras equipas, dilemas ou conflitos éticos, atitudes ou crenças.

Em suma, a prática dos Cuidados Paliativos deve ter em conta, ao longo de todo o processo, a qualidade, dando importância aos valores e princípios que orientam os cuidados paliativos, garantindo assim uma melhoria contínua dos cuidados prestados (Neves, 2012).

## 1.2. Estado da Arte

Com o passar dos anos verificou-se um avanço da tecnologia e da medicina garantindo assim progressos em todas as especialidades na área da saúde. Contudo, a tecnologia tem criado uma ideia de imortalidade e tem arrastado o fim de vida para os hospitais onde, se evita, a todo o custo, a morte (Oliveira, 2019).

E, embora seja notório este avanço e uma melhoria na taxa de mortalidade, de acordo com Nunes, Rêgo e Rego (2018), verifica-se que alguns casos não respondem aos tratamentos, necessitando de cuidados paliativos, de modo a garantir o controlo dos sintomas e uma melhoria da qualidade de vida, quer do utente, quer da família.

Em meados de 1967, em Inglaterra, iniciou-se a filosofia dos cuidados paliativos de acordo com os princípios de Cicely Mary Saunders, enfermeira e médica. A ideologia centrava-se num novo método de prestação de cuidados, nos pacientes em fase terminal, que visavam a compreensão de todas as necessidades do paciente (Floriani, & Schramm, 2008).

Como mencionado anteriormente, e conforme Correia e Carlo (2012), os cuidados paliativos visam os cuidados com objetivos multidisciplinares, destinados na melhoria da qualidade de vida dos utentes em término de vida, por tratamentos adequados no alívio de sintomas e dor, sem descorar o suporte psicológico, social e espiritual, de si e da sua família, desde o diagnosticar da doença até ao período de luto da família.

Floriani e Schramm (2008) defendem que a prestação em cuidados paliativos emerge na assistência ao utente em fim de vida, priorizando a totalidade dos cuidados integrais, dedicados ao utente e à sua família, salvaguardando a dignidade.

Assim sendo, é irrefutável que a valorização dos cuidados paliativos direcionados ao utente em término de vida assim como, as estratégias de cuidar utilizadas, são fundamentais.

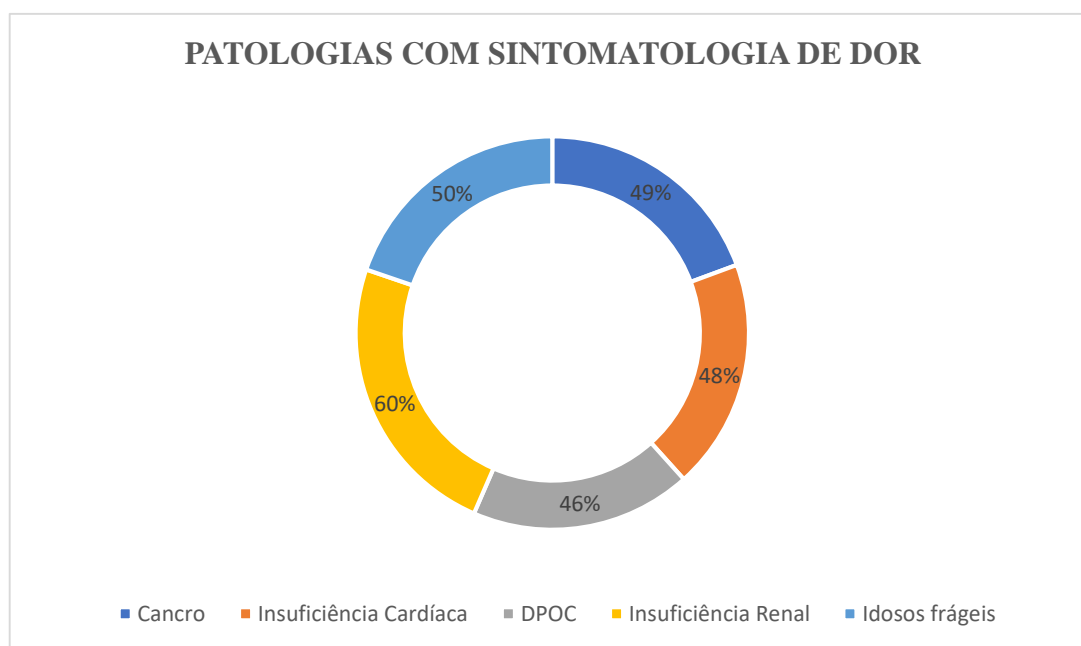
Deste modo, para que exista uma boa prática e que a mesma seja eficaz, é necessário compreender as áreas de intervenção relevantes como o controlo da sintomatologia, a comunicação, a relação terapêutica e ainda o apoio à família e o processo de luto, sem nunca descorar o trabalho de equipa. Em suma, todas as vertentes apresentam uma igual importância e nenhuma deve ser subestimada (Neto, 2017).

Assim sendo, o controlo da sintomatologia é um dos principais objetivos dos cuidados paliativos tendo por base a prevenção de sintomas indesejados ao seu tratamento. Em concordância com Oliveira (2019), a prevalência de sintomas é associada ao sofrimento psicológico e conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida do utente, o que exige a necessidade de um bom controlo dos mesmos, durante todo o processo da doença.

Em concordância com Ribeiro (2012), a avaliação de sintomas em cuidados paliativos é importante e primordial para que sejam adequados os cuidados e para que os mesmos se aproximem, o mais possível, da utopia e da essência do cuidar.

Um dos sintomas mais frequentes nos pacientes em Cuidados Paliativos, é a dor. Os dados recentes afirmam que, a sintomatologia, se encontra presente em várias patologias (Figura 7) como cerca de 49% de utentes com cancro, 48% de utentes com insuficiência cardíaca, 46% de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), 60% de pacientes com insuficiência renal e 50% de idosos frágeis (Castilhos, 2020).

Figura 7 - Patologias com Sintomatologia de dor



Fonte: Elaborado para o presente estudo, de acordo com Castilhos (2020).

O controlo da dor, como direito do utente, é um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Assim sendo, a promoção do mesmo é fundamental e deve ser encarado como prioridade da prestação de cuidados de saúde.

A 14 de Junho de 2003, a Direção-Geral da Saúde (DGS) lançou uma circular normativa nº9 onde identifica a dor como o 5º sinal vital, apresentando como objetivo a avaliação contínua e regular bem como o seu registo sistemático. Estes devem ser assegurados desde o primeiro contacto com o utente e sempre que as características dos mesmos mudem ou aquando o tratamento ineficaz (DGS, 2003).

A avaliação da dor deve dar primazia ao relato do utente e englobar diferentes perspetivas. Deste modo, para além da intensidade da dor, deve ser assegurada a sua caracterização, localização, fatores temporais e de alívio, assim como, o seu agravamento e a sua interferência a nível funcional e a eficácia do tratamento (Marmelo, 2012).

Assim, e de acordo com a autora, devem ser definidas estratégias de atuação a praticar para o controlo da dor, com a colaboração da equipa multidisciplinar bem como, do utente, familiar, de modo a respeitar sempre a sua autonomia.

Como mencionado anteriormente, o tratamento de dor pode advir de estratégias farmacológicas e não farmacológicas sendo usadas de forma isolada ou em simultâneo. Em contexto de Cuidados Paliativos, as intervenções comuns para controlo da dor, dependem, maioritariamente, do uso de fármacos dando-se primazia à medicação oral e de acordo com a escala analgésica. E, apesar da OMS considerar a morfina como o fármaco de eleição para o tratamento de dor em cuidados paliativos, ainda hoje existem mitos associados ao fármaco, o que continua a impedir que o utente receba o tratamento de forma adequada, em algumas circunstâncias (Marmelo, 2012).

Em concordância, a autora afirma que a escolha do tratamento a utilizar, em cuidados paliativos, deve ter uma ponderação elevada e sensata, tendo em conta os benefícios e os riscos que os mesmos têm para a qualidade de vida do utente. Neste contexto, torna-se fundamental uma avaliação cuidada da sintomatologia da pessoa, sendo esta considerada multidimensional.

Dada a preocupação acerca da problemática da dor e o reconhecimento do seu controlo e prevenção, surge então a temática da presente monografia como forma de compreender

quais as práticas dos enfermeiros e quais as intervenções que os mesmos adotam para o controlo da dor, em cuidados paliativos, de acordo com a evidência científica.

### **1.3. Problemática**

A problemática ou problema de investigação surge com o objetivo de o investigador conseguir responder à pergunta partida, a partir de uma perspetiva teórica. E no que diz respeito à investigação em enfermagem, o problema de partida deve conter importância para a prática, uma vez que é crucial que a questão seja pertinente e de interesse para que exista o aumento do conhecimento de uma disciplina (Fortin, 2009).

A dor é uma sintomatologia subjetiva e bastante complexa tornando-se assim um desafio para os enfermeiros, nomeadamente nas intervenções para o seu controlo uma vez que, assume diferentes particularidades desde a dimensão física, psicológica, social, cultural e até espiritual. Assim, o controlo da dor deve ser priorizado na prestação de cuidados. E, em concordância, a Ordem dos Enfermeiros considera que, *“o interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados. (...) São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada todos os intervenientes - doentes, profissionais e instituições”* (2008, p.11).

Os enfermeiros apresentam um papel fundamental na avaliação da dor no utente dado que expõe um contacto frequente com os mesmos, quer na comunidade, quer no domicílio, internamento ou em contexto ambulatorio. Como consequência, é esperado que os profissionais possuam conhecimentos sobre as teorias e mecanismos da dor assim como, nas terapêuticas para o alívio da sintomatologia.

Contudo, pelo excesso de atividades decorrentes tanto da prática clínica como das regras institucionais, os enfermeiros são diariamente colocados à prova. Perante o exposto, muitas vezes os profissionais não detêm do tempo necessário para efetivar as necessidades do utente e assim, colocar em práticas as intervenções necessárias para o alívio da dor. Deste modo, os profissionais não carecem do tempo necessário para

recorrerem a intervenções não farmacológicas adotando assim uma terapêutica farmacológica e, consecutivamente uma melhoria no controlo da dor.

Por consequência desta realidade, surge então a motivação pessoal para a escolha da temática uma vez que, ao longo da sua formação académica e, especialmente com a experiência dos ensinamentos clínicos, a investigadora foi observando o impacto das intervenções direcionadas para o controlo de sintomas na prestação de cuidados, surgindo assim o seu interesse. Também, no âmbito pessoal, a investigadora vivenciou uma experiência de cuidados paliativos, o que a motivou na realização do presente projeto.

Assim, a realização do presente estudo pretende dar resposta a esta pretensão intitulada “Intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos: uma revisão integrativa”, recorrendo a uma análise de diferentes estudos científicos relacionados com a temática, com o objetivo de identificar, na evidência disponível, quais as intervenções de enfermagem para controlo da dor no doente em cuidados paliativos.

## II. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2009), a fase metodológica consiste em definir como o fenômeno em estudo será investigado, servindo de planejamento às atividades necessárias para conduzir à realização de investigação. Assim sendo, esta consiste na configuração da investigação onde é mencionado o tipo de estudo, o objetivo do mesmo, bem como a questão de investigação estipulada e o tratamento de dados.

### 2.1. Tipo de Estudo

No que diz respeito à revisão da literatura, existe um conjunto de duas revisões narrativa e bibliográfica sistemática sendo esta última, dividida em meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa (Cunha, Cunha & Alves, 2014).

Definindo sucintamente cada uma delas e de acordo com o mesmo autor (2014), temos que: na revisão narrativa utiliza-se a atualização do conhecimento de determinada temática, num curto período de tempo, contudo, não contém metodologia capaz de dar resposta quantitativamente em questionários específicos dado que não verbaliza critérios usados; a revisão bibliográfica sistemática utiliza as evidências de modo a obter informações que contribuam com a tomada de decisão na saúde, empregando uma metodologia clara e onde é fundamental que os estudos incluídos sejam primários e que contenham métodos e objetivos claros e explícitos.

Como mencionado anteriormente, a revisão bibliográfica sistemática abrange novos métodos e, explicando sucintamente, surgem assim: a meta-análise que diz respeito a uma síntese qualitativa de resultados obtidos em vários estudos primários contendo fórmulas estatísticas de modo a melhorar a validade e a objetividade dos resultados da pesquisa; a revisão sistemática onde é aplicada estratégias científicas que limitam o viés na distinção de artigos para, posteriormente serem avaliados de forma crítica e sintetizados os estudos relevantes para a temática em estudo; a revisão qualitativa onde é frequentemente utilizada pesquisas metassínteses, metaetnografia, metaestudos e *grounded theory*, uma vez que são métodos que sintetizam os estudos qualitativos individuais e os transformam em recursos essenciais na construção de novas teorias; e a revisão integrativa onde é feita

uma inclusão de conceitos provenientes das pesquisas utilizadas (Cunha, Cunha & Alves, 2014).

De forma a responder à problemática em estudo e uma vez que, após a pesquisa inicial, a investigadora apercebeu-se que existe evidência sobre a temática, nomeadamente, revisões bibliográficas sistemáticas, considera-se pertinente a realização de uma revisão integrativa.

No presente estudo optou-se por uma revisão integrativa, que de acordo com Sousa et al (2017), se centra no resumo do passado da literatura empírica ou teórica com o objetivo de fornecer, de forma mais abrangente, uma compreensão de uma determinada ocorrência, permitindo uma combinação de inúmeras metodologias baseadas em estudos experimentais ou não experimentais, apresentando um papel relevante na Prática baseada na Evidência, em enfermagem.

A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que garante a incorporação das evidências na prática clínica sendo fundamentada com conhecimento científico bem como com resultados de qualidade e com um custo de efetividade. Requer ainda uma formulação de um problema assim como uma pesquisa da literatura, avaliação crítica dos dados e a análise dos mesmos, e ainda a apresentação dos resultados permitindo assim, que estes sejam reunidos e sintetizados sobre a temática definida e contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema em investigação.

As revisões pelo método de revisão integrativa contêm um maior nível de evidência uma vez que, permite a comparação de resultados pertinentes a uma pergunta pivô, através da análise de várias revisões. Assim, é possível afirmar que este método fornece o maior nível de evidências para a tomada de uma decisão (Borges & Biondi-Zoccai, 2016).

## **2.2. Objetivos**

A realização de um estudo requer sempre a determinação de objetivos em relação à pergunta de partida e estes dependem da sustentação da fase metodológica para a justificação das perguntas. Deste modo, afirma-se que sempre que existe uma sustentação de teoria, são formuladas hipóteses e caso isso não aconteça, levanta-se objetivos para o estudo em questão (Fortin, 2009).

Para Fortin (2009), o enunciado de um objetivo de investigação deve assentar de forma clara e com a finalidade que o investigador pretende. Assim, afirma-se que os objetivos de uma investigação “(...) *representa o que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação*” (Ribeiro, 2010, p.34).

Assim, sob a forma de revisão integrativa, e definindo o objetivo de estudo, pretende-se identificar as intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente, em cuidados paliativos.

### **2.3. Questão de Investigação**

A formulação da questão de investigação é de grande importância uma vez que, é esta que orienta para serem atingidos os objetivos delineados pela investigadora.

Por questão de investigação entende-se uma pergunta evidente que diz respeito a um determinado tema de estudo, o qual se pretende analisar tendo em conta, os conhecimentos desenvolvidos atualmente. Trata-se igualmente de um enunciado claro que pretende discernir conceitos averiguados sob uma população específica e que sugere uma investigação imposta (Fortin, 2009).

O estudo seguiu todas as etapas preconizadas estipuladas por *The Joanna Briggs Institute* (2014) sendo estas: a formulação dos objetivos em função das questões de revisão, definindo os critérios de inclusão e exclusão; a pesquisa de evidências; a seleção dos estudos consoante o objetivo estipulado; a avaliação da qualidade do estudo; e a extração de dados e a elaboração do relatório.

A determinação dos objetivos permitiu que fosse elaborada a questão de investigação, recorrendo ao método PICO. A presente mnemónica traduz-se em População, Intervenção e Comparador, Contexto/Ambiente e Desfechos, tornando assim, fundamental a organização da seleção dos estudos, da extração de dados e da esquematização das evidências de modo a ser possível explicar o seu significado (The Joanna Briggs Institute, 2014).

O autor define assim que: a População deve apresentar, de forma detalhada, as características importantes dos participantes em estudo, incluindo os critérios de exclusão

com referência a uma justificativa científica ou política clara ao invés de uma justificativa pessoal não comprovada; a Intervenção e Comparador deve descrever a intervenção e os comparadores com base em evidências sobre o uso de recursos, custos e/ou relação custo-eficácia, devendo incluir ainda detalhes das características da intervenção como a natureza da mesma, cuidados prestados, entre outros; o Contexto/Ambiente, surge de modo a orientar o ambiente de saúde que se centra o estudo sendo que estes devem ser especificados; e o Desfecho diz respeito aos resultados que a revisão visa identificar e resumir e devem de se encontrar descritos.

Após a determinação do objetivo, foi então elaborada uma tabela de acordo com o método PICO (Tabela 2), o que possibilitou a seleção dos estudos bem como a extração de dados que os mesmos apresentavam para, posteriormente, dar resposta ao presente trabalho.

Tabela 2 - Formulação da questão de investigação segundo o método PICO

<b>Método PICO</b>	
<b>P</b> (População)	Doente
<b>I</b> (Intervenção e comparador)	Intervenções de enfermagem
<b>C</b> (Contexto)	Cuidados Paliativos
<b>O</b> (Desfecho)	Controlo da Dor

Fonte: Elaborado para o presente estudo.

Posto isto, pode-se proferir que a pergunta de investigação definida para o presente estudo é: “Quais as intervenções de enfermagem para controlo da dor no doente, em cuidados paliativos?”.

## 2.4. Recolha e Tratamento de Dados

A estratégia de pesquisa utilizado no presente documento, cuja metodológica requer uma revisão integrativa, incluiu estudos publicados, sendo realizada de acordo com os seguintes critérios: 1) Uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), SciELO e B-on, com recurso às palavras-chave nas bases de dados mencionadas; 2) Foram incluídos todos os artigos que responderam aos critérios de inclusão; 3) Incluiu-se neste estudo artigos escritos em espanhol, inglês e português, publicados nos últimos 6 anos, com acesso gratuito.

Tal como é preconizado pelas bases de dados, as frases booleanas foram construídas de acordo com os descritores em saúde e segundo as regras das bases utilizadas, tal como consta na tabela 3.

Tabela 3 - Estratégia da pesquisa por bases de dados e respetivos resultados

---

Base de dados: Medline (Via PubMed)
Filters: Free full text, in the last 6 years, English, Portuguese, Spanish, MEDLINE
Resultados: 1406
Estratégia de pesquisa (4 de julho de 2021)
(((((pain management[MeSH Terms]) OR (pain management[Title/Abstract])) AND (palliative care[MeSH Terms])) OR (palliative care[Title/Abstract])) AND (nursing care[MeSH Terms])) OR (nursing care[Title/Abstract])

---

Base de dados: SciELO
Filters: In the last 6 years, English, Portuguese, Spanish
Resultados: 5
Estratégia de pesquisa (4 de julho de 2021)
(*pain management) AND (nursing care) AND (palliative care).

---

Base de dados: B-on
Filters: In the last 6 years, English, Portuguese, Spanish
Resultados: 5
Estratégia de pesquisa (4 de julho de 2021)
(pain management) AND (nursing care or nursing interventions) AND (palliative care).

---

Fonte: Elaborado para o presente estudo

Foram recuperados os artigos que reuniam os critérios de inclusão pré-definidos. A análise efetuada pelos revisores foi realizada de forma independente, assim como o texto completo dos artigos, onde foi verificado o seu conteúdo da mesma forma.

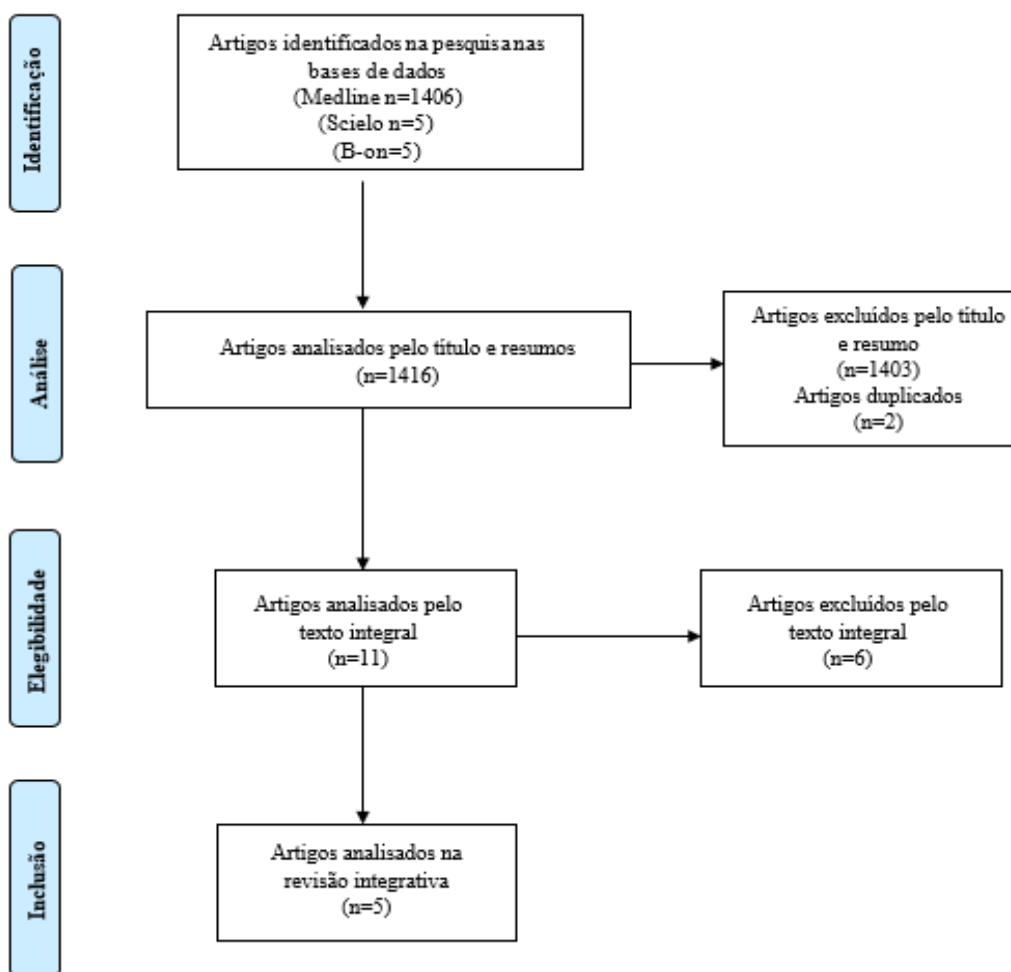
Como critérios de inclusão temos:

- Artigos que façam referencia a intervenções de enfermagem farmacológicas e/ou não farmacológicas para controlo da dor, em cuidados paliativos
- Artigos com limite de publicação de 6 anos
- Artigos em inglês, espanhol e português

Deste modo, os artigos de exclusão assentam sob todos os que não abordem intervenções farmacológicas ou não farmacológicas bem como aqueles que não façam menção à sua realização por parte dos enfermeiros.

Tal como é apresentado na figura 8, a pesquisa identifico 1416 artigos potencialmente relevantes para a presente investigação, dentre estes foram excluídos 1403, após leitura do título e resumo, uma vez que não correspondiam ao objetivo de estudo e 2 por se encontrarem duplicados. Após esta análise, ficaram 11 artigos, os quais foram analisados de forma integral, sendo que apenas 5 cumpriram os critérios de inclusão.

Figura 8 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: Adaptado Prisma Flow Diagram (2009)

### III. FASE EMPÍRICA

#### 3.1. Resultados

A pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE via PubMed, SciELO e B-on garantiram a inclusão de cinco estudos para a presente investigação. Esta etapa permitiu a representação detalhada, por meio de uma tabela (Tabela 4), de cada um dos estudos selecionados, apresentando o código do estudo, os autores e o título do mesmo bem como o país, o ano, o tipo de estudo, os objetivos e os principais resultados obtidos. De salientar que, a metodologia utilizada, para a obtenção dos resultados, fornece o maior nível de evidências para a tomada de uma decisão.

No que concerne os estudos e, de acordo com Marques (2011), os estudos apresentam diferentes níveis de evidência sendo de nível 1 os estudos 1,2 e 4 e de nível 3 os estudos 3 e 5.

Tabela 4 - Estudos de inclusão para a revisão integrativa

<b>Código do Estudo</b>	E1
<b>Título</b>	<i>Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review*</i>
<b>Autores</b>	Luís Carlos Lopes-Júnior, Gabriela Sylvestre Rosa, Raphael Manhães Pessanha, Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab, Karolini Zuqui Nunes, Maria Helena Costa Amorim
<b>Ano</b>	2020
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão Sistemática
<b>Objetivos</b>	Sintetizar o conhecimento e avaliar criticamente as evidências provenientes de ensaios clínicos controlados e randomizados sobre a eficácia das terapias complementares no manejo da dor oncológica em pacientes adultos com cancro em cuidados paliativos
<b>Resultados</b>	As evidências dos estudos que avaliaram o uso da massagem terapêutica ou o uso de relaxamento muscular progressivo e imagem guiada para o controle da dor oncológica mostraram benefício significativos. Em contrapartida, outros dois estudos que avaliaram o uso da acupuntura como terapia complementar

	exibiram resultados divergentes necessitando assim, de mais pesquisas para elucidar os estudos achados
<b>Código do Estudo</b>	E2
<b>Título</b>	<i>Effectiveness of complementary therapies for the management of symptom clusters in palliative care in pediatric oncology: a systematic review</i>
<b>Autores</b>	Luís Carlos Lopes-Júnior, Isadora Rangel Urbano, Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab, Raphael Manhães Pessanha, Gabriela Sylvestre Rosa, Regina Aparecida Garcia de Lima
<b>Ano</b>	2021
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão Sistemática
<b>Objetivos</b>	Avaliar a efetividade das terapias complementares no controlo dos clusters de sintomas em crianças e adolescentes com cancro, em cuidados paliativos
<b>Resultados</b>	As características heterogêneas dos estudos impossibilitaram a meta-análise. Dois estudos referem o uso da massagem terapêutica, um estudo usou o Reiki, um estudo fez referência ao uso de ácido boswélico e outro avaliou o uso da Cannabis sativa (extrato de marijuana), apresentando resultados estatisticamente benéficos para o controlo de clusters de sintomas em pacientes com cancro, em cuidados paliativos.
<b>Código do Estudo</b>	E3
<b>Título</b>	<i>Opioids, Pain Management, and Palliative Care in a Norwegian Nursing Home From 2013 to 2018</i>
<b>Autores</b>	Liv Wergeland Sorbye, Simen A Steindal, Mary H Kalfoss, Olaug E Vibe
<b>Ano</b>	2019
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo primário longitudinal através de entrevista com base em dados quantitativos e qualitativos
<b>Objetivos</b>	Descrever o uso de opioides num lar de idosos durante um período de 5 anos
<b>Resultados</b>	Os dados de base incluíram o número de avaliações, dados sociodemográficos, diagnóstico principal, estado funcional, estado nutricional e sintomas centrais. Neste estudo, verifica-se que 55% dos residentes receberam opioides para controlo da dor, nos últimos dias, sendo os mais utilizados a morfina, buprenorfina, naloxona, fentanilo, entre outros. A análise dos dados revelou 6 motivos pelos quais os enfermeiros utilizaram opioides: dor, sedação, dispneia, conforto, profilaxia ou combinação de motivos.

	A principal razão para o uso de opioides foi o controlo da dor e foram usados como profilaxia ou para conforto.
<b>Código do Estudo</b>	E4
<b>Título</b>	<i>Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Primary Palliative Care: Nursing's Role in Providing Pain and Symptom Management</i>
<b>Autores</b>	Judith Paice, Vanessa Battista, Carol Drick,, Ellyn Schreiner
<b>Ano</b>	2018
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão Sistemática
<b>Objetivos</b>	Evidenciar as ações que os enfermeiros devem realizar para aliviar o sofrimento
<b>Resultados</b>	Os resultados desejados para o paciente e as ações de enfermagem foram delineados para o controlo eficaz da dor e dos sintomas em cuidados paliativos primários. As recomendações foram categorizadas como educação, atendimento clínico, pesquisa e questões regulatórias. O presente artigo relata os resultados da cúpula relacionados ao controlo da dor e dos sintomas.
<b>Código do Estudo</b>	E5
<b>Título</b>	<i>A percepção da equipa de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém</i>
<b>Autores</b>	Ana Thamires Tavares de Aquino, Isabela Matilde Costa Góes, Mirna Malcher
<b>Ano</b>	2016
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo exploratório com abordagem qualitativa
<b>Objetivos</b>	Descrever a percepção da equipa de enfermagem sobre os cuidados paliativos e o controlo da dor
<b>Resultados</b>	Os profissionais de saúde (enfermeiros) destacaram a promoção do conforto do paciente tendo como contribuição para os cuidados: a comunicação, a atenção e apoio à família do utente, por parte da equipa. Revelaram, para o controlo da dor, o uso de analgesia e sedação e como limitações/dificuldades para o processo, foram citas a falta de treinamento, a ausência de prescrição médica e o número reduzido de profissionais.

Fonte: Elaborado para o presente estudo

### 3.2. Discussão

O presente capítulo surge após a análise anteriormente apresentada e corresponde a uma importante fase do trabalho de investigação, sendo este realizado de forma complexa. São fundamentais a reflexão e a adoção de uma postura crítica face à informação alcançada de modo a que se obtenha uma sistematização adequada e que seja possível o alcance de uma coerência e interligação do mesmo. Assim, a interpretação dos dados deve ser efetuada de forma delicada tal como a atribuição de significado da interpretação dos dados de um modo reflexivo e, posteriormente, a aquisição das conclusões para serem adotadas implicações na prática de Enfermagem.

A estrutura e o conteúdo da discussão dirigem para os resultados considerados mais pertinentes de acordo com a questão de investigação e com os objetivos traçados. Pretende-se de igual modo consignar os aspetos em que as investigações em estudo divergem e/ou convergem explorando a literatura atualmente existente, de modo a fundamentar a informação apresentada.

Como mencionado anteriormente e após a análise sistemática dos artigos em estudo sobre as intervenções de enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos, o enfermeiro assenta sobre um papel fundamental na prestação de cuidados, nomeadamente no controlo da dor.

Os resultados obtidos mostram ainda que os enfermeiros recorrem muitas vezes a medidas farmacológicas no âmbito do controlo da dor uma vez que, consideram as mesmas mais eficazes e mais rápidas na atuação. No entanto, com o avanço do conhecimento, os enfermeiros procederam a técnicas não farmacológicas que, apesar de não contribuírem para a eliminação total da dor, auxiliam na diminuição do sofrimento que a sintomatologia causa.

Posto isto, surgem dois subtemas a partir do tema principal que se designam como Intervenções Farmacológicas para controlo da dor [E2, E3, E4 e E5] e Intervenções Não Farmacológicas para controlo da dor [E1, E2, E4, E5].

## i. Intervenções Farmacológicas para controlo da dor

Uma das principais questões referenciadas aquando os utentes em cuidados paliativos, passa pela forma de como os mesmos são confrontados diariamente passando por várias sintomatologias, nomeadamente, a dor. A importância do uso de medidas farmacológicas para o controlo da dor é referenciada em nos estudos consultados.

O Estudo 2 [E2] ressalva, como terapia farmacológica, o uso de ácido boswélico e o uso de cannabis sativa (extrato de marijuana). O ácido boswélico é extraído da resina da goma de *Boswellia serrata* que apresenta componentes que interferem o sistema imunológico de diferentes maneiras tais como na defesa celular, aumentando a proliferação de linfócitos assim como o aumento da fagocitose de macrófagos. Apenas um estudo avaliou o seu efeito paliativo quanto à resposta clínica assim como no alívio geral dos sintomas sendo explicado pelas moléculas lipofílicas capazes de ultrapassar a barreira hematoencefálica de modo a inibirem a topoisomerase, resultando assim de efeitos antiproliferativos e, conseqüentemente, numa melhoria do estado de saúde do utente. No que diz respeito ao uso da cannabis sativa, verificou-se efeitos positivos, sendo estes relatados pelas crianças e pelos pais, em relação aos sintomas de dor bem como, náuseas, vômitos, entre outros, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

No que concerne o Estudo 3 [E3], de Sorbye et al. (2019), este incidiu sobre residentes de uma casa de repouso, durante 5 anos, com o objetivo de comparar o uso de opioides numa primeira e última avaliação. Numa fase inicial, verificou-se que a maioria dos residentes não fazia uso de opioides, no entanto, na última avaliação, o seu uso começou a ser comum e alguns faziam uso de três ou mais opioides. O estudo revela que os utentes usam morfina, buprenorfina, oxicodona e combinações de oxicodona, naloxona, fentanil, hidromórfica ou outros opioides.

A análise dos dados revelou que os enfermeiros intervieram com o uso de fármacos denominados de opioides por presença de dor, sedação, dispneia, conforto, profilaxia ou combinação dos sintomas, sendo a principal razão a sintomatologia de dor. O estudo refere que, no caso da palição, o uso de opioides se tornou frequente maioritariamente pelas mudanças que ocorrem no final de vida dos utentes. Referem ainda a importância de existir uma avaliação, a partir da comunicação, sobre a presença ou ausência de dor uma vez que, as mudanças de comportamentos podem ser indicadoras de presença de dor.

De acordo com o presente estudo, na Noruega, é usado um kit de medicação que se destina à fase terminal do utente tendo presente morfina, midazolam, haloperidol e glicopirrolato.

O estudo indica que, a maioria dos utentes apresentam défices na comunicação, tornando-se assim difícil a avaliação da dor seja verbal tornando assim complicado para a equipa onde a mesma se demonstra insegura sobre a avaliação da mesma. A falta de conhecimentos ou competência sobre a temática pode advir da inconsistência da dor e, as avaliações podem ser de difícil realização devido aos défices sensoriais e cognitivos que os utentes paliativos apresentam.

Em suma, ao longo da investigação verificou-se que, consoante o agravamento do utente, a presença de dor é notória e tende a aumentar até à fase terminal aumentando assim, consequentemente o uso de opioides para controlo da sintomatologia.

No que concerne aos enfermeiros, é necessária a presença de conhecimentos sobre o uso de opioides dado que a avaliação da dor por parte do profissional é importante visto que os cuidados paliativos desafiam as responsabilidades éticas e legais dos mesmos.

Em concordância, surge o Estudo 5 [E5], por Aquino et. al (2016) que incidiu sobre uma equipa de enfermagem com o objetivo de ser descrita a perceção da mesma face aos cuidados paliativos e ao manejo da dor.

O estudo salienta que os cuidados prestados por parte da equipa multidisciplinar, em cuidados paliativos promovem o conforto e proporcionam o alívio do sofrimento dos utentes durante fase terminal do mesmo bem como durante todo o seu processo. Deste modo, é notória a preocupação, responsabilidade e ainda, a interação com o paciente cujo objetivo é amenizar o seu sofrimento e garantir uma melhor qualidade de vida.

No que concerne o controlo da dor, os profissionais de saúde revelaram o uso de analgesia e sedação, como primeira opção dado que, consideram que o controlo e alívio da dor é crucial para a recuperação do paciente. A analgesia e a sedação são bastante complexas devido às co-morbilidades que apresentam, às interações medicamentosas que podem surgir e à disfunção dos órgãos fazendo com que, a recuperação dos utentes seja influenciada, significativamente, pela escolha dos fármacos, pela sedação excessiva ou deficiente e ainda pelo controlo da dor ser insuficiente. É ainda feita referência, pelos profissionais de saúde, a administração da terapêutica medicamentosa prescrita, contudo, torna-se desafiante para os mesmos o controlo da dor dado que, é por parte da equipa de

enfermagem que a terapêutica seja administrada, tornando-se fundamental que os profissionais apresentem não só conhecimentos de vias de administração ou indicação, mas também a ação farmacológica, os efeitos secundários e as interações medicamentosas.

Em síntese, os artigos demonstram que, a escolha das intervenções, numa fase inicial, por parte dos enfermeiros, é o uso de fármacos para que exista um melhor controlo da dor e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida do utente. Contudo, é fundamental que os mesmos contenham conhecimentos sobre o uso de opioides para que as suas atitudes e crenças não afetem as suas decisões nem comprometa a saúde do utente.

## ii. Intervenções Não Farmacológicas para o controlo da dor

O controlo da dor, como mencionado anteriormente, é uma prioridade na prestação de cuidados, especialmente em cuidados paliativos. Para que exista uma melhoria no controlo da sintomatologia é crucial que os enfermeiros sejam incitados sobre conhecimentos teóricos e práticos, reforçando a importância de uma avaliação e de intervenções destituídos de tabus e preconceitos. Deste modo, surge assim o controlo da dor por intervenções não farmacológicas [E1, E2, E4, E5].

Em relação ao Estudo 1 [E1], realizado por Lopes-Júnior et al. (2020), este incidiu sobre o objetivo de sintetizar o conhecimento e avaliar, de forma crítica, os estudos sobre a eficácia das terapias complementares no controlo da dor oncológica em cuidados paliativos. O presente estudo faz menção ao aumento do uso e da avaliação dos benefícios das terapias complementares no tratamento de pacientes pediátricos e adultos, o que se torna vantajoso para os mesmos aquando o controlo da dor sem o uso de fármacos.

Deste modo, destaca-se a massagem como terapia complementar sendo a mais utilizada nos dias de hoje e, sendo considerada mais eficaz do que o simples toque, contribuindo para a diminuição da dor assim como na melhoria do humor, imediatamente aquando após as sessões de tratamento. Contudo, os benefícios avaliados na população, não foram muito evidentes. Revelou-se ainda intervenções cujo objetivo se centrava na massagem terapêutica em conjunto com o exercício, sendo os resultados eficazes na redução da dor oncológica, de forma imediata, bem como do sofrimento e angústia na fase terminal. Corroborando esta ideia, os autores salientam ainda que a massagem terapêutica é

importante, uma vez que atua na circulação sanguínea e linfática, diminuindo a inflamação e o edema, relaxando a musculatura e aumentando os níveis de dopamina e serotonina assim como o número de linfócitos. Assim, é possível afirmar que a massagem terapêutica apresenta melhorias na dor de forma imediata e a longo prazo sendo que, tem como efeito mais consistente, a estimulação do sistema imunitário e conseqüentemente, aumenta os níveis de dopamina e serotonina que levam à diminuição da liberação de cortisol.

Em adição ao estudo, foram ainda identificados efeitos relaxantes de massagem com aromaterapia que, pode garantir um efeito ansiolítico transitório leve. Contudo, as evidências não sustentam efeitos a longo prazo.

Surge ainda intervenções não farmacológicas como o relaxamento muscular progressivo com imagem guiada interativa e a acupuntura. No que consigna o relaxamento muscular progressivo com imagem guiada interativa, o ensaio clínico avaliou os seus efeitos antes e após períodos de stress, nomeadamente, a quimioterapia e a radioterapia tendo obtido alterações importantes no sistema imunitário onde se verificou um aumento de células T ativadas e no alívio da dor mais especificamente, na intensidade do sintoma. Em relação a acupuntura, os resultados obtidos foram divergentes dado que, um estudo faz menção da eficácia da terapia na redução da dor oncológica e outro, não demonstrou diferenças significativas. No entanto, as avaliações efetuadas em utentes com queixa de dor maior ou igual a 4, após a acupuntura auricular para controlo da dor em pacientes com possíveis alterações no consumo de analgésicos, verificou-se uma diferença significativa na redução da intensidade da dor bem como, no consumo de fármacos, aquando oito sessões de acupuntura. Isto advém da estimulação da acupuntura no ponto auricular que induz a liberação de oxido nítrico (neurotransmissor que estimula o hipotálamo através de nervos sensoriais), promovendo a secreção de peptídeos opioides ajudando assim na diminuição da dor.

Outro estudo [E2], efetuado por Lopes-Júnior et al. (2021), faz novamente referência à massagem terapêutica demonstrando que existe uma redução significativa na dor a curto prazo reforçando ainda a ideia de que, houve uma diferença estatisticamente significativa no uso de fármacos para a dor, sendo administrados apenas “se necessário”, nas 24 horas anteriores e posteriores à intervenção. Atualmente, a massagem terapêutica apresenta um baixo custo e, tem vindo a ser utilizada em serviços oncológicos demonstrando efeitos

positivos em crianças e adultos com doenças crônicas e, no que diz respeito a scores de escalas de dor, nos momentos pré e pós a intervenção, foi notória a melhoria do conforto. A massagem terapêutica como intervenção de enfermagem para o controlo da dor mostra que a percepção da dor em utentes de cuidados paliativos diminui durante as primeiras 18h após a massagem e outros reforçam a ideia de que a mesma, reduz a ansiedade e a dor e que os seus efeitos permanecem a longo prazo.

No mesmo estudo, é feita menção à terapia de Reiki como intervenção não farmacológica para o controlo da dor. Os achados da revisão corroboram a ideia defendida num estudo piloto, que terá sido conduzido para restar a viabilidade do Reiki e a sua eficácia como contributo ao alívio da dor. Como resultado, verificou-se uma diminuição da dor durante o período experimental em curto e médio prazo enquanto o nível da dor permaneceu estável.

É de ressaltar que os estudos sobre o uso de Reiki, nomeadamente em cuidados paliativos, são escassos, no entanto, dado que a terapia demonstrou propriedades clínicas positivas e relevantes, os autores afirmam que, os enfermeiros podem adotar a prática aos seus cuidados de modo a diminuir o sofrimento do utente.

O Estudo 5 [E5], por Aquino et. al (2016), como mencionado anteriormente, faz referência a intervenções farmacológicas, contudo, apresenta de igual modo, intervenções não farmacológicas no controlo da dor. Os profissionais de saúde fazem alusão à mudança de decúbito para alívio da sintomatologia assim como refere a importância da observação atenta dos sinais de dor, massagens de conforto e fisioterapia motora. Salientam ainda que o controlo e a monitorização da dor assentam num papel de destaque na estratégia terapêutica, em cuidados paliativos para que, o uso de fármacos possa ser reduzido e utilizado de forma eficaz.

Em concordância com as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, surge o Estudo 4 [E4], por Paice et al. (2018), onde salientam que, à medida que qualquer patologia de risco progride, a prevalência da dor aumenta. Por este motivo, o controlo da sintomatologia é crucial e, no presente artigo, é ressaltado o papel da enfermagem na melhoria e no controlo da dor tendo como objetivo o cuidado eficaz, eficiente e seguro.

Os participantes do estudo mencionam que os esforços educacionais bem-sucedidos resultam numa melhoria do controlo da dor, aquando a informação pertinente, relatando assim compreensão na tolerância, na dependência, mau uso ou vícios, pois, o uso inadequado de opioides geram barreiras para o alívio do sintoma.

Os autores fazem menção a importância de educar os enfermeiros acerca de terapias multimodais de alívio e/ou redução da dor com uso de terapias farmacológicas, não farmacológicas e integrativas para que os objetivos sejam alcançados. Embora as estratégias não farmacológicas não sejam eficazes por si mesmas são, frequentemente benéficas para os utentes, fornecendo-lhes alívio da sintomatologia. Tradicionalmente, serão abordagens como fisioterapia, reabilitação, terapia ocupacional e como intervenções complementares, surge assim a música, aromaterapia, escuta ativa, respiração controlada e terapias energéticas. Contudo, as técnicas básicas e mais frequentes em cuidados paliativos resultam no reposicionamento do paciente, no uso de frio ou calor, no toque e na massagem dado que são eficazes.

O artigo faz ainda referência à importância de acesso a kits de conforto para e a importância de que, os profissionais detenham de conhecimento e habilidades apropriadas para o seu uso e que sejam relevantes para o controlo da dor. Fazem ainda menção à necessidade de uma pesquisa focada para uma melhor compreensão do utente o gerenciamento da dor em vários processos da doença. No que concerne ao uso de opioides, os autores reforçam a ideia de que, o uso indevido dos fármacos, é um problema de saúde pública.

Em suma, o papel da enfermagem contém uma importância fundamental no gerenciamento da dor, sendo crucial obter conhecimentos acerca da sintomatologia como nas intervenções a adotar para o controlo d\ o mesmo.

## CONCLUSÃO

A investigação contém um papel primordial na aquisição de uma base científica e admite contributo para a prática de Enfermagem, com suporte científico. Assim, a partir do estudo efetuado foi permitida a identificação do conceito de dor, cuidados paliativos e intervenções de enfermagem.

Considerando a problemática, o estudo foi desenvolvido por uma abordagem de revisão integrativa de modo a compreender as evidências. A revisão integrativa define-se como um método de revisão específica, cujo objetivo é fornecer uma visão abrangente de determinada temática e que contenha utilidade na prática.

A revisão integrativa detém de um objetivo geral sendo este a identificação de intervenções de enfermagem no controlo da dor no doente em cuidados paliativos e, para que o mesmo fosse possível, recorreu-se a pesquisas exaustivas de documentos, estudos e artigos que dessem resposta à questão de investigação. Deste modo, é possível afirmar que o trabalho deu resposta ao objetivo.

O presente estudo apresenta limitações, nomeadamente, o facto de ser escassa a informação da temática em estudo. Contudo, a comprovação obtida no mesmo poderá ser utilizado pelos enfermeiros no desempenho da prestação de cuidados servindo como base para a edificação das intervenções de enfermagem com o objetivo de promover e controlar a dor e garantir assim a qualidade de vida do mesmo, no contexto que vive.

A dor, ao longo dos anos, tende a ser considerada como um problema de saúde pública que, era negligenciada e desvalorizada pela sociedade. Contudo, nos últimos anos, a investigação trouxe benefícios e contributo para a mudança de comportamentos da sociedade e, particularmente, dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

O tratamento da dor carece de uma decisão cuidada entre as implicações analgésicas e os efeitos secundários que podem advir do mesmo. Deste modo, é fundamental, sempre que possível, ajustar ou diminuir o uso de fármacos e aumentar as intervenções não farmacológicas dado que estes demonstram ser eficazes aquando realizados de forma repetida e prolongada.

O presente estudo expressa várias intervenções cujo objetivo concerne o controlo da dor dando assim resposta ao objetivo definido ao longo da investigação. Contudo, e tendo em conta que o enfermeiro, como profissional de saúde, passa maioritariamente o seu tempo com os utentes, cabe a si desenvolver intervenções para a diminuição da dor nos utentes e, desta forma, garantir maior qualidade de vida.

Face a esta conclusão, torna-se crucial a adoção de comportamentos e atitudes que permitam a melhoria das intervenções para controlo da dor. No seguimento desta afirmação, a investigadora sugere para o futuro que, os serviços de cuidados paliativos reforcem formações acerca da sintomatologia de forma a reforçar os seus conhecimentos no que diz respeito a avaliação, tratamento e medidas a serem aplicadas. Aconselha ainda a existência de formações com base em intervenções não farmacológicas para o controlo da dor de forma a minimizar o recurso a terapêuticas farmacológicas e garantindo assim o controlo dos sintomas e com o objetivo de desmistificar preconceitos relativamente à adoção das técnicas mencionadas e implementá-las nos serviços.

Em suma, considera-se assim que, o estudo, apesar das limitações que apresenta, nomeadamente a escassez de informação, apresenta um contributo importante para o conhecimento e prática uma vez que permite a existência de a reflexão acerca da temática bem como a identificação das necessidades que, futuramente, podem ser implementadas no que concerne a melhoria da prestação de cuidados dos utentes em questão.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, P. (2016). Cuidado de enfermagem ao paciente terminal. [Em linha]. Disponível em < <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11073/1/21396623.pdf> >. [Consultado a 05/06/2021]
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2007). [Em linha]. Disponível em < <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>>. [Consultado a 13/07/2021]
- Ataíde, E. (2014). Cuidados Paliativos em Portugal: Perspetiva analítica da evolução da política pública desde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (2006-2012). [Em linha]. Disponível em < <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9189/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20ELSA%20ATA%20%C3%8DDE.pdf>>. [Consultado a 08/06/2021].
- Barbosa, A., et al. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., et al. (2017). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica. [Em linha]. Disponível em [https://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/pdf/Multidisciplinaridade\\_e\\_Organizacao\\_das\\_Unidades\\_de\\_Dor\\_Cronica.pdf](https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica.pdf). [Consultado a 13/07/2021]
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Borges, L. (2019). A influência da Educação Parental e do Desenvolvimento Tecnológico na Saúde Mental dos Adultos Jovens: Uma Revisão Integrativa. [Em linha]. Disponível em < [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8681/1/PG\\_33445.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8681/1/PG_33445.pdf) >. [Consultado a 19/05/2021]
- Capelas, M. et al. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. [Em linha]. Disponível em <

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19801/1/2014188.pdf>>.

[Consultado a 18/05/2021]

- Carvalho, R. & Parsons, H. (2012). Manual de cuidados paliativos. [Em linha]. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> >. [Consultado a 05/06/2021].
- Castilhos, B. (2020). Manejo de dor em Cuidados Paliativos. [Em linha]. Disponível em < <https://vitallogy.com/feed/Manejo+de+dor+em+cuidados+paliativos/1628> >. [Consultado a 14/07/2021]
- Cavalcante, A. e Barros, A. (2019). Processo de Enfermagem. [Em linha]. Disponível em <<https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/102594521.pdf>> [Consultado a 04/06/2021]
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017-2018). PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS. [Em linha]. Disponível em < [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP\\_2017-2018-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf) >. [Consultado a 18/05/2021].
- Correia, F. e Carlo, M. (2012). Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. [Em linha]. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/h5QqyqX45WQVbGGSVcsxxSf/?format=pdf&lang=pt> >. [Consultado a 16/06/2021]
- Cunha, H. (2018). INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO. [Em linha]. Disponível em <PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR PÓS OPERATÓRIA (ipleiria.pt)>. [Consultado a 13/08/2021]
- Cunha, P., Cunha, C. e Alves, P. (2014). Manual: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA INTEGRATIVA: a pesquisa baseada em evidências. [Em linha]. Disponível em < [http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual\\_revisao\\_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf) >. [Consultado a 16/08/2021]

- Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. [Em linha]. Disponível em < [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf) >. [Consultado a 28/07/2021].
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da dor. [Em linha]. Disponível em < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx> >. [Consultado a 13/07/2021]
- Dor.com.pt. Avaliação. [Em linha]. Disponível em < <https://dor.com.pt/dor/avaliacao/#1596798968963-4fe99ccb-0fb6>>. [Consultado a 17/07/2021].
- Fisiorégio. (2020). A dor Nociceptiva. [Em linha]. Disponível em < <https://fisioregio.pt/a-dor-nociceptiva/> >. [Consultado a 13/07/2021]
- Floriani, C. e Schramm, F. (2008). Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. [Em linha]. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvR5qPdg4RNQNLcKPngpshH/?lang=pt> >. [Consultado em 16/06/2021]
- Fortin, M., Côté, J., Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do procedimento de investigação. Loures, Lusociência.
- Grunenthal. (2012). Grunenthal – Inovar para melhorar vidas. [Em linha]. Disponível em < <https://www.grunenthal.pt/pt-pt/i-d> >. [Consultado a 13/07/2021]
- International Association for the Study of Pain. (2017). IASP taxonomy. [Em linha]. Disponível em < <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy> >. [Consultado a 12/07/2021]
- International Council of Nurses, (2019). ICNP Browser. [Em linha]. Disponível em < <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> >. [Consultado a 13/07/2021]
- Janeiro, I. (2017). Filosofia da Dor. [Em linha]. Disponível em < <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/8904/1/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf> >. [Consultado a 13/07/2021].

- Lemos, A. (2007). Dor crónica: diagnóstico, investigação, tratamento. São Paulo, Brasil: Atheneu
- Lima, M. (2017). Formação em Cuidados Paliativos: influência na vida profissional. [Em linha]. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/110140/2/242882.pdf> >. [Consultado a 04/06/2021].
- Maiello, A. et al. (2014). Manual de Cuidados Paliativos. [Em linha]. Disponível em <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>>. [Consultado a 05/06/2021]
- Mamede, C. (2016). Terapia combinada: unir para reinar!. [Em linha]. Disponível em < <http://stopcancerportugal.com/2016/09/23/terapia-combinada-unir-para-reinar/> >. [Consultado a 14/07/2021]
- Mao, J. et al. (2011). Combination Drug Therapy for Chronic Pain: A Call for More Clinical Studies. [Em linha]. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006488/> >. [Consultado a 13/07/2021]
- Marinho, L. (2013). A Gestão da dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em <[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1185/1/Liliana\\_Marinho.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1185/1/Liliana_Marinho.pdf)> . [Consultado a 14/07/2021]
- Marmelo, H. (2012). Controlo da dor em ambulatório no doente oncológico em cuidados paliativos. [Em linha]. Disponível em < <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15829/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Helena%20Marmelo.pdf> >. [Consultado a 12/07/2021]
- Marques, F. (2011). Tipos de Estudos Científicos e Níveis de Evidência. [Em linha]. Disponível em < [http://www.actamedicaportuguesa.com/info/apresentacoes\\_simposio/13%20Francisco%20Batel%20Marques\\_II-Simp.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/info/apresentacoes_simposio/13%20Francisco%20Batel%20Marques_II-Simp.pdf) >. [Consultado a 09/08/2021]
- McCloskey, J. et al. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC), Porto Alegre, Artmed.
- Medicina Paliativa Gonçalves, F. (2018). Adjuvantes dos analgésicos. [Em linha]. Disponível em

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180623182214.pdf>.

[Consultado a 13/07/2021]

- Ministério da Saúde. (2017). Cuidados Paliativos. [Em linha]. Disponível em < [https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/07/CUIDADOS-PALIATIVOS\\_LIVRO.pdf](https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/07/CUIDADOS-PALIATIVOS_LIVRO.pdf) >. [Consultado a 12/07/2021]
- Neto, I. (2017). Principios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos. [Em linha]. Disponível em < <https://ordemosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galricaneto/>>. [Consultado a 14/07/2021]
- Neves, M. (2012). A comunicação Terapeutica como promotora do bem-estar da pessoa em cuidados paliativos. [Em linha]. Disponível em < <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1226/1/A%20comunica%c3%a7%c3%a3o%20terapeutica%20como%20promotora....pdf> >. [Consultado a 18/05/2021]
- Nightingale, F. (2005). Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é. Lusociência. Loures. [Consultado a 13/07/2021]
- Nunes, R., Rêgo, F., Rego, G. (2018). Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativa. Coimbra Portugal. Almedina
- Oliveira, S. (2019). As intervenções especializadas do enfermeiro em cuidados paliativos. [Em linha]. Disponível em < [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2242/1/Silvia\\_Oliveira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2242/1/Silvia_Oliveira.pdf) >. [Consultado a 14/07/2021].
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. [Em linha]. Disponível em < <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> >. [Consultado a 12/07/2021]
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Ordem dos Enfermeiros e REPE. [Em linha]. Disponível em < [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf) >. [Consultado a 19/05/2021]
- Peixoto, S. (2016). Métodos não farmacológicos de controlo da dor. [Em linha]. Disponível em <

- <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29483/1/SaraDPeixoto.pdf> >.  
[Consultado a 13/07/2021]
- Ribeiro, A. (2012). Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna. [Em linha]. Disponível em <[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369\\_Tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369_Tese.pdf)>. [Consultado a 14/07/2021]
  - Ribeiro, A. e Tiago, A. (2018). Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1413/1/Monografia%20final%20de%20curso%20-%20Rita%20Ribeiro%20Andr%c3%a9%20Tiago.pdf>>. [Consultado a 13/08/2021]
  - Ribeiro, J (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3a Edição. Oliveira de Azeméis, Livpsic.
  - Rijo, S. (2011). Competência em Cuidados Paliativos. Relatório de Mestrado. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10517/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Sara%20Rijo.pdf>>. [Consultado a 05/06/2021]
  - Rulz, E. (2013). Cuidado Paliativo não é Paliativo. [Em linha]. Disponível em <<https://redehumanizaus.net/62826-cuidado-paliativo-nao-e-paliativo/>>. [Consultado a 04/06/2021]
  - Sousa, L. et al. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. [Em linha]. Disponível em <<https://www.researchgate.net/publication/321319742>>. [Consultado a 13/08/2021]
  - The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition / Supplement. [Em linha]. Disponível em <<https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>>. [Consultado 07/06/2021]
  - Vitor, A. et al. (2020). TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA O ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS. [Em linha]. Disponível em <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3296/TCC%20acaba%20nunca.pdf?sequence=1> >. [Consultado a 13/08/2021].

- Watson, J. (2020). Visão geral da dor. [Em linha]. Disponível em <  
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/dor/vis%C3%A3o-geral-da-dor> >. [Consultado a  
13/07/2021]