



Escola Superior de Saúde Atlântica
17º Curso de Licenciatura em Enfermagem
Ano letivo 2020/2021
Unidade Curricular: Ciclos Temáticos

**As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no
Cuidar do Doente em Fim de Vida**

Projeto Final de Licenciatura

Elaborado por:

Ana Carolina Lopes Paiva nº 201893349

Jéssica Melissa Franco nº 201793115

Orientado por:

Profª Doutora Hortense Cotrim

Barcarena

Julho de 2021

Escola Superior de Saúde Atlântica
17º Curso de Licenciatura em Enfermagem
Ano letivo 2020/2021
Unidade Curricular: Ciclos Temáticos

**As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no
Cuidar do Doente em Fim de Vida**

Projeto Final de Licenciatura

Elaborado por:

Ana Carolina Paiva nº 201893349
Jéssica Melissa Franco nº 201793115

Orientado por:

Profª Doutora Hortense Cotrim

Barcarena

Julho de 2021

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

“A única maneira de fazer um trabalho extraordinário é amares o que fazes. Se ainda não o encontraste, continua a procurar. Não te acomodes. Tal como nos assuntos do coração, saberás quando é que o encontraste.” (Steve Jobs)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Hortense Cotrim por toda a ajuda que nos facultou não só ao longo da realização deste projeto mas também ao longo dos dois últimos anos do Curso da Licenciatura em Enfermagem.

A todo o corpo docente do Curso da Licenciatura em Enfermagem, por todos os ensinamentos académicos que nos foram feitos ao longo destes quatro anos.

A todos os Enfermeiros que participaram no presente estudo, pela disponibilidade, apoio e carinho que demonstraram ao longo do presente estudo.

Agradecemos também às nossas famílias por todo o apoio, ajuda e carinho que facultaram ao longo de todo o nosso percurso académico.

Em memória da tia Teresa.

Ao João Bessa por todo o amor e paciência e principalmente por todos os conselhos fornecidos durante a construção deste projeto.

Um obrigado sincero a todos, sem dúvida que sem a vossa ajuda nada teria corrido da forma que correu.

RESUMO

Título: As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida.

Introdução: O controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida é uma das temáticas com maior relevância na prática de Enfermagem, tendo em conta que para conferir dignidade nos últimos dias de vida das pessoas é necessário integrar medidas que visem a diminuir todo o sofrimento provocado pela dor, maximizando assim o conforto de cada um.

Objetivos: O objetivo geral é compreender as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de vida e os objetivos específicos são averiguar quais as perceções dos Enfermeiros face á Dor referida pelo Utente; identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no doente em fim de vida, indicar quais são as escalas utilizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito ao controlo da Dor e determina quais os impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da dor.

Método: Trata-se de um estudo que consiste numa abordagem mista efetuada através da aplicação de um instrumento de recolha de dados, na plataforma “Google Forms”, que é dividido em duas partes com uma duração aproximada de 15 minutos. A primeira parte consiste numa recolha de dados da pessoa inquirida e na segunda parte, tem como objetivo recolher informação sobre o tema de estudo apresentado anteriormente onde estão presentes 10 questões.

Resultados: O estudo contempla uma amostra de 278 Enfermeiros que cuidam de doentes em Fim de Vida em diversas unidades por todo o país. No que diz respeito às estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Cuidar do Doente em Fim de Vida, constatou-se que estes, consideram importante ter conhecimentos acerca da Fisiologia da Dor e concordam também que a dor é um fator de extrema importância e que deve ser considerado como o 5º Sinal Vital. Verificou-se que a grande maioria dos Enfermeiros utilizam quer estratégias farmacológicas que estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e que muitos dos Enfermeiros utilizam várias estratégias não farmacológicas em simultâneo. Relativamente às perceções dos enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em fim de vida, constatou-se que muitos dos Enfermeiros sentem que o controlo da dor é muito gratificante mas que muitas das vezes existem diversas barreiras para a

eficácia desse controlo tais como gestão do tempo e resistência à prescrição de opióides pela parte médica.

Conclusão: O principal contributo deste estudo trata-se de explorar o conceito de Dor, no que respeita à pessoa em Fim de Vida, reforçando a importância do papel do Enfermeiro no controlo da mesma. Conclui-se que é de extrema importância a formação de todos os Enfermeiros nesta temática tendo em conta que a Enfermagem se trata de uma prática que está sempre em evolução.

Palavras-chave: Enfermeiros, Controlo da Dor, Fim de Vida

ABSTRACT

Title: The Strategies Used by Nurses to Control Pain in Caring for End-of-Life Patients.

Introduction: Pain control in End-of-Life Patient Care is one of the most relevant themes in Nursing practice, since, in order to offer dignity in people's last days of life, it is necessary to integrate measures aimed at reducing all the suffering caused by pain, maximizing each person's comfort.

Objectives: The general objective is to understand the strategies used by Nurses in Pain Control when caring for the End-of-Life Patient and the specific objectives are to determine which are the Nurses perceptions of Pain reported by the Patient; Identify which pharmacological and non-pharmacological interventions are used by Nurses in Pain Control in the End-of-Life Patient, Indicate which are the scales used by Nurses regarding Pain Control and determine which are the impediments that may influence Nursing interventions in pain management.

Method: This is a study based on a qualitative approach carried out through the application of a data collection instrument on the platform "Google Forms", which is divided into two parts with an approximate duration of 15 minutes. The first part consists on a data collection of the respondent and the second part aims to collect information on the topic of study presented above, which includes 10 questions.

Results: The study includes a sample of 278 Nurses who care for End-of-Life patients in several units throughout the country. According to strategies used by Nurses in caring for the End-of-Life Patient, it was found that they consider it important to have knowledge about Pain Physiology and also agree that pain is an extremely important factor and that it should be considered as the 5th Vital Sign. Most nurses use both pharmacological and non-pharmacological strategies for pain control and many nurses use several non-pharmacological strategies simultaneously. With regard to the nurses' perceptions of Pain Control in End-of-Life Patient Care, it was observed that many nurses feel that pain control is very rewarding, but that there are often several barriers to its effectiveness, such as time management and resistance to the prescription of opioids by the medical team.

Conclusion: The main contribution of this study is to explore the concept of pain in relation to the person at the End-of-Life, reinforcing the importance of the Nurses role in pain control. We

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

conclude that it is extremely important to train all Nurses on this topic, taking in to account that Nursing is a practice that is always evolving.

Keywords: Nurses, Pain Management, End-of-Life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. MARCO TEÓRICO	4
1.1. Conceito de Dor	4
1.1.1 Fisiologia da Dor.....	5
1.1.2 Dor Aguda vs. Dor Crónica.....	6
1.1.3 Tipos de Dor	7
1.2. Papel do Enfermeiro no Controlo da Dor do Doente em Fim de vida.....	8
1.2.1 Instrumentos de Avaliação da Dor.....	9
1.3. Intervenções de Enfermagem face à Dor	11
1.3.1 Intervenções Farmacológicas.....	11
1.3.1.1 Analgésicos Opióides.....	11
1.3.1.2 Analgésicos Não Opióides.....	12
1.3.1.3 Analgésicos Adjuvantes.....	13
1.3.2 Intervenções Não Farmacológicas.....	14
2. METODOLOGIA	21
2.1. Problemática em Estudo	21
2.2. Objetivos gerais e específicos.....	21
2.3. Paradigma e tipo de estudo.....	22
2.4. População, Processo de Amostragem e Amostra.....	22
2.5. Variáveis	23
2.6. Instrumento de colheita de dados.....	23
2.7 Considerações Éticas.....	24
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

3.1. Caracterização demográfica da amostra.....	26
3.2. Perceções dos Enfermeiros sobre o controlo da dor no cuidar do doente em fim de vida.....	31
CONCLUSÃO	54
BIBLIOGRAFIA	56
APÊNDICES.....	62
Apêndice I. Consentimento Informado.....	63
Apêndice II. Carta para a Autorização do Estudo.....	67
Apêndice III. Cronograma.....	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1 – Caracterização da Amostra segundo a Idade.....	26
Tabela 2 – Caracterização da Amostra segundo a Especialidade.....	29
Tabela 3 – Caracterização do tempo de avaliação da dor após a administração de terapêutica farmacológica.....	36
Tabela 4 – Perceções dos Enfermeiros sobre o controlo da dor no cuidar do doente em fim de vida	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Escala Visual Analógica da Dor.....	9
Figura 2 – Representação da Escala Numérica da Dor.....	10
Figura 3 – Escala Qualitativa da Dor.....	10
Figura 4 – Escala de Faces.....	10
Figura 5 – Representação Histográfica das Idades.....	27
Figura 6 – Caracterização da Amostra segundo o Género.....	27
Figura 7 – Caracterização da Amostra segundo a Categoria Profissional.....	28
Figura 8 – Caracterização da Amostra segundo o Tempo de Serviço.....	30
Figura 9 – Representação da perceção dos Enfermeiros relativamente á importância da Fisiologia da Dor.....	31
Figura 10 – Representação das respostas por parte dos Enfermeiros relativamente à participação em formações sobre a temática da Dor.....	31
Figura 11 – Representação da opinião dos Enfermeiros relativamente ao facto da Dor ser considerado o 5º Sinal Vital.....	32

Figura 12 – Representação das respostas dos Enfermeiros relativamente ao Uso de Escalas para a Avaliação da Dor.....	32
Figura 13 – Respostas dos Enfermeiros relativamente à importância do registo e avaliação da dor de forma sistemática.....	34
Figura 14 – Respostas dos Enfermeiros relativamente ao uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor	37
Figura 15 – Respostas dos Enfermeiros relativamente à existência de impedimentos que podem influenciar as intervenções de enfermagem na gestão da dor.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

SNC – Sistema Nervoso Central

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Ciclos Temáticos, do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), inserido no plano curricular do 4.º ano, 2.º semestre da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi-nos proposta a realização de uma monografia cujo objetivo é investigar, analisar e refletir acerca de temática escolhida. Tem como finalidade a conclusão da Unidade Curricular Ciclos Temáticos e obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Para a resolução da problemática identificada, foi necessária evidência científica. Desta forma, a metodologia da monografia é uma “(...) ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes, 2010).

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas, ela consiste em descrever, em explicar, em prever, e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos (...), constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos.” (Fortin, 2009, p. 4)

Optou-se assim por adotar uma abordagem qualitativa dos dados acerca do tema “As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida” e estipulámos como pergunta de partida “Quais as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no controlo da Dor no Doente em Fim De Vida?”.

A temática suscitou-nos um maior interesse devido ao facto de a dor ser uma das principais causas de sofrimento humano, um contexto muito abrangente e uma área de interesse comum para ambas devido a muitas das experiências vivenciadas em contexto de Ensino Clínico.

Definimos como objetivo geral compreender as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de vida e como objetivos específicos averiguar quais as perceções dos Enfermeiros face á Dor referida pelo Utente; identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no doente em fim de vida, indicar quais são as escalas utilizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito ao controlo da Dor e determinar quais os impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da dor.

O presente estudo encontra-se estruturado de acordo com vários capítulos. Numa fase inicial foi apresentada a fundamentação teórica, que contemplou toda a pesquisa efetuada acerca da temática

escolhida. Posteriormente foi descrito o capítulo referente à Metodologia onde foram apresentados os métodos abordados deste estudo. De seguida foram apresentados e discutidos os resultados obtidos e elaboradas as reflexões finais e conclusões deste estudo, com base numa análise crítica investigativa. Por fim apresentámos os apêndices e os anexos pertencentes ao trabalho.

Para a realização deste trabalho de investigação recorremos a várias fontes bibliográficas, sendo estas livros e artigos no âmbito da Enfermagem, estudos de investigação na área do Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida e ainda bases de dados como Scielo, EBSCO e Google Académico.

Este estudo encontra-se organizado segundo as orientações facultadas pela Professora Doutora Hortense Cotrim e de acordo com as normas do Repositório Científico da ESSATLA.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Conceito de Dor

“Dor é uma *experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

A dor é considerada um evento fisiológico que faz parte da integridade física de cada pessoa. Uma das principais funções do sistema nervoso é a captação de estímulos dolorosos dando origem a respostas reflexas com vista a prevenir eventuais lesões bem como diminuir o seu estado de agravamento, promovendo assim um bem-estar físico, psicológico, mental, social e espiritual (Direção Geral de Saúde, 2018).

Em concordância com a informação anterior, a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) afirma que o diagnóstico de dor é considerado uma “*perceção comprometida: aumento da 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 do pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*” (CIPE, 2011, p. 50)

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros salienta que “*nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

A dor começou a ser considerada como o quinto sinal vital em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, onde esta deve ser avaliada de forma sistemática e contínua (DGS, 2003).

Perissinotti & Portnoi (2016) afirmam que a dor é considerada um sintoma sucessivo que ocorre tanto em doenças agudas como doenças crónicas e que está relacionada com fatores psicológicos, psicocomportamentais e psicossociais. A corroborar esta definição de dor, Matos *et. al* (2017) referem que a dor corresponde a uma das principais causas de sofrimento, pois esta compromete significativamente a qualidade de vida e interfere diretamente com o bem-estar geral de cada um.

É de extrema importância salientar que Cecily Saunders, Médica e Enfermeira Americana, desenvolveu o conceito de Dor Total, considerando que a dor física não é uma dor isolada mas sim um tipo de dor que está associada à dor psicológica, espiritual e social.

Assim sendo, Sapeta (2007) considera que o conceito de Dor Total de Cecily Saunders compreende os seguintes quatro tipos de Dor:

- Dor Física – que está relacionada com a doença em si, com o tratamento, com a debilidade ou com outras co-morbilidades.
- Dor Psicológica – que pode estar relacionada com diversos fatores, nomeadamente o isolamento e a ansiedade.
- Dor Social – que está relacionada com as relações familiares, problemas financeiros e com a profissão de cada um.
- Dor Espiritual- que está relacionada com diversos sentimentos, como a culpa, o vazio, o arrependimento, entre outros...

“A dor total, assim como a dor crônica, implica em uma gama importante de perdas e limitações que afeta todas as dimensões da vida do indivíduo e devem ser consideradas na busca da etiologia e alívio da dor” (Ignatti, 2018, p. 195).

1.1.1 Fisiologia da Dor

O sistema nervoso sensorial é o principal responsável pela receção de estímulos fornecidos através do meio ambiente que posteriormente são conduzidos até ao encéfalo e até a medula espinhal. Estes estímulos são denominados por Informação Sensorial. Esta Informação pode ser dividida em dois tipos: sensação e perceção. Quando se sente dor podemos afirmar que estamos perante uma sensação e quando podemos indicar o local onde sentimos dor estamos perante uma perceção.

Segundo Baptista & Branco (2012), existem cinco fases importantes nas vias da dor que são elas: *“transdução de sinal nos nociceptores, geração de um potencial de ação para o sistema nervoso central (medula), ativação do 2º neurónio para transmitir a informação para o tálamo, e, por fim, ativação do 3º neurónio para que a informação nociceptiva chegue ao córtex cerebral e seja interpretada como dor.”* (p. 15)

Os nociceptores (recetores da dor) são neurónios presentes no sistema nervoso periférico onde a sua principal função consiste em identificar e passar informação relacionada com o estímulo doloroso através da emissão de transmissores e neurotransmissores (Janeiro, 2017).

1.1.2 Dor Aguda vs. Dor Crónica

Tan (2005) considera que a dor é multidimensional e variável. Trata-se de uma experiência pessoal de carácter subjetivo e que pode ser influenciada por diversos fatores consoante o seu significado para cada pessoa.

“A tolerância à dor varia entre os vários indivíduos que experimentam o mesmo estímulo nocivo. As reações à dor são influenciadas pela interpretação, por parte dos indivíduos, da dor e do que ela significa para eles” (Tan, 2005, p.287).

Assim sendo, a dor pode ser classificada em dor crónica ou dor aguda.

Segundo o INC (2001), a avaliação e intervenção na dor aguda é realizada de forma distinta da dor crónica. Apesar de existirem particularidades em ambas, as características da dor aguda incidem na caracterização da dor, nas suas repercussões biológicas e na sua diminuição. Na dor crónica para além dos fatores anteriormente referidos também são tidos em conta os aspetos psicológicos, sociais e culturais.

Segundo os autores anteriormente citados, a dor aguda é definida ainda como tendo um início repentino. Este tipo de dor ocorre após uma lesão e acaba quando a mesma é curada. Esta dor transmite um alerta de que algo não está bem e por isso acaba por ser útil. A dor aguda normalmente faz-se acompanhar de tensão arterial superior ao normal, taquicardia, midríase e contração dos músculos.

Se não for realizado qualquer tipo de tratamento para a dor aguda, dá-se uma reação hormonal com transformações metabólicas e circulatórias fazendo com que exista uma libertação de corticosteroides e mudanças no sistema imunológico do indivíduo. A dor piora na presença de ansiedade ocorrendo espasmos musculares reflexos secundários. Posto isto, a dor aguda é uma resposta fisiológica normal e expectável perante um estímulo nefasto.

É fácil de localizar e o seu grau de intensidade está relacionado com o estímulo. Ao contrário da dor crónica, é de curta duração e alivia com o término da lesão ou com a cura. Esta dor tem ainda

uma tarefa de proteção e de aviso, mostra que estão presentes as lesões e previne a ocorrência de mais lesões, desencadeando reações de evitação.

Para Marek et. al (2003), a dor aguda é caracterizada por uma ocorrência transitória, o seu início normalmente é repentino, o indivíduo consegue perceber a causa e origem da dor bem como é capaz de identificar a área onde ocorre a mesma. Normalmente esta dor está associada a um aumento da tensão muscular e da ansiedade, o que contribui para uma melhor sensação da dor.

“A dor, em particular a dor crónica, tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos.” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 4)

Segundo a Direção Geral da Saúde (2008) a dor crónica é considerada uma dor persistente, cuja duração é igual ou superior a 3 meses, persiste para além do tratamento de acordo com a lesão principal e afeta de forma negativa o quotidiano e o bem-estar de cada indivíduo.

Em concordância com a informação referida anteriormente, a International Association for the Study of Pain refere a dor crónica como *“dor em uma ou mais regiões anatómicas que persistem com uma recorrência por mais de três meses e está associada com angústia emocional significativa ou incapacidade funcional significativa”*. (International Association for the Study of Pain, 2016, p. 26).

Para Azevedo (2017) a dor crónica tem um impacto extremamente importante na qualidade de vida e na realização das Atividades de Vida Diárias dos utentes, pode originar sintomas depressivos e vai afetar de forma negativa as relações interpessoais dos mesmos.

1.1.3 Tipos de Dor

Segundo Marek et. al (2003), os tipos de dor podem ser:

- **Somática e Dor Visceral:** Este tipo de dor pode iniciar-se região tegumentar bem como no tecido subcutâneo, nos músculos, ossos e nos órgãos. As características da dor são diferentes em ambos no que diz respeito á qualidade da dor, localização e outros sintomas em simultâneo. A dor somática ocorre em consequência de uma lesão periférica dos tecidos e consiste numa ativação dos nociceptores, podendo iniciar-se na região tegumentar bem como no tecido subcutâneo, nos músculos e ossos, é fácil de localizar e de grande intensidade. A

dor visceral afeta os órgãos mais internos do nosso corpo, não é de fácil localização e muitas vezes é irradiada para outras áreas do corpo (Branco & Batista, 2012).

- **Dor Reflexa:** Esta dor não se manifesta através de uma lesão ou doença. A dor ocorre normalmente com a lesão de órgãos viscerais, refletindo-se assim na região tegumentar. A origem deste tipo de dor não é bem conhecida, contudo segundo vários estudos, acredita-se que o mecanismo deste tipo de dor consiste na *“convergência de estímulos nocivos das estruturas somáticas e viscerais, através de neurónios da lamina V.”* (p. 350)
- **Dor Psicogénica:** A dor psicogénica é uma dor que não é causada por uma situação patológica aparente. Esta dor está mais associada a fatores psicológicos do que físicos. Esta dor está associada a alterações de humor, é uma dor que pode ser acompanhada por irradiação para outras partes do corpo e não é fácil de localizar. O utente sente uma dor persistente mas não é capaz de a descrever.
- **Dor Neuropática:** Esta dor inicia-se em consequência de uma lesão do sistema nervoso. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), quando ocorre uma lesão ao nível do Sistema Nervoso Periférico, *“os nociceptores modificam-se lentamente, e potenciais ectópicos surgem ao longo das fibras dos troncos nervosos, nas raízes nervosas e nos gânglios sensitivos aferentes do SNP.”* (p.116) Este tipo de dor é definido como sensações pouco agradáveis e repentinas (parestesias) e por hiperalgesia e alodínia. Aqui a dor está associada a uma hipoestesia causada pela lesão.

1.2. Papel do Enfermeiro no Controlo da Dor do Doente em Fim de Vida

Furegato (1999) citado por Junior, Furegato e Scatena (2001), afirma que o enfermeiro deve manter relações interpessoais terapêuticas estáveis com os utentes, relação esta entendida como aquela que ocorre entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de ajudar a pessoa naquilo que ela necessita, naquele momento (Junior, A., Furegato, A. Scatena, M., 2001).

Em concordância com a informação anterior, Carvalho (2002), citado por Barbosa (2010), afirma que os cuidados prestados pelos Enfermeiros são baseados numa visão holística do Ser Humano, onde é contemplada uma relação terapêutica na qual se inclui o toque terapêutico, comunicação e cuidado físico. Os aspetos referidos anteriormente são gestos bastante simples e que têm um significado pelo facto de mostrar um lado positivo para as pessoas envolvidas.

“O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17).

Para Junior et al. (2017) o Enfermeiro tem um papel muito importante face ao controlo da dor. Este deve ter capacidades e aptidões necessárias para identificar se um doente tem dor e para compreender quais são as características da dor e as causas envolvidas.

Em conformidade com o anteriormente citado,, Costa et al. (2016) citado por Magalhães e Silva (2020), referem que para se obter sucesso perante a dor, tem de existir uma boa abordagem multidisciplinar, principalmente entre Enfermeiros, pois estes têm a responsabilidade de identificar as queixas algicas do doente, de forma a estabelecer estratégias e prioridades de intervenção para aliviar a dor.

Para Stube et al. (2015) citado por Junior et al. (2017), as intervenções mais adequadas para o controlo da dor são a administração de analgésicos, nomeadamente os analgésicos opióides, assim como a aplicação de calor, alternâncias de decúbitos, medidas de conforto, incentivo à deambulação, atenção, carinho e proximidade com os utentes.

Atualmente não existe apenas uma solução aceite a nível mundial para a avaliação da dor em todos os momentos, mas existem escalas publicadas pela Direção Geral de Saúde (2003) que passamos a referir.

1.2.1 Instrumentos de Avaliação da Dor

Escala Visual Analógica (EVA)

A Escala Visual Analógica consiste numa linha que se apresenta de forma horizontal ou vertical que compreende 10 centímetros de comprimento, em que num limite tem a classificação de “Sem Dor” ou “Ausência de Dor” e no outro limite “Dor Máxima” (DGS, 2013)

Em concordância com a informação referida anteriormente, deve ser explicado ao doente que este deverá fazer uma cruz ou um risco perpendicular à linha, no ponto que caracteriza a intensidade da sua dor, entre os limites. Pretende-se assim criar uma relação entre a intensidade da sua dor e a posição que foi assinalada na linha.



Figura 1 - Escala Visual Analógica da Dor

Escala Numérica (EN)

A Escala Numérica consiste numa régua que é dividida em onze parcelas iguais e pode apresentar-se horizontal ou verticalmente (DGS, 2013).

Esta escala está numerada de 0 a 10 e é pedido ao doente que faça uma equivalência entre a intensidade da dor que sente e a classificação numérica. Onde 0 significa “Sem dor” e 10 significa “Dor máxima”. Assim sendo, deve ser explicado ao doente que este deve assinalar a parcela cujo representa a sua dor.

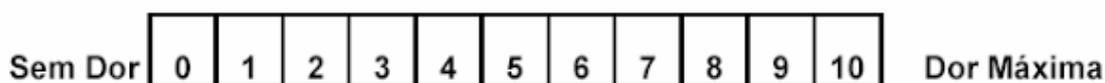


Figura 2 - Escala Numérica da Dor

Escala Qualitativa (EQ)

A Escala Qualitativa consiste numa régua que é dividida em 5 porções iguais a qual correspondem as seguintes classificações da dor: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” e “Dor Máxima” (DGS, 2013).

Assim sendo, é pedido ao doente que este assinale a porção correspondente à sua dor.



Figura 3 - Escala Qualitativa da Dor

Escala de Faces (EF)

A Escala de Faces é composta por seis mímicas, sendo que de acordo com a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a mímica de máxima tristeza corresponde a classificação de “Dor Máxima” (DGS, 2013).

Nesta escala, solicitado ao doente que classifique a sua dor consoante a mímica representada em cada face desenhada ao longo da escala.



Figura 4 - Escala de Faces

1.3. Intervenções de Enfermagem face à Dor

1.3.1. Intervenções Farmacológicas

As intervenções farmacológicas estão relacionadas com a administração de fármacos. É considerado um dos procedimentos mais utilizados por parte dos Enfermeiros no Controlo da Dor e tem como principal objetivo a diminuição dos sintomas associados de forma a melhorar a capacidade funcional do doente e respetiva qualidade de vida (DGS, 2010).

Segundo Bresolin & Fernandes (2002) a analgesia é definida como a eliminação da dor causada por sensações dolorosas. Visto que a dor é considerada uma sensação que tem implicações não só a nível físico como também psicológico, social e espiritual, todos os doentes têm o direito á erradicação da mesma, uma vez que faz parte das obrigações éticas do Enfermeiro.

Em conformidade com a informação descrita anteriormente, Batalha (2010) afirma que os grupos terapêuticos mais utilizados no controlo da dor são os opióides, os não opióides e os anestésicos locais.

1.3.1.1 Analgésicos Opióides

Para Duarte (2005), os analgésicos opióides são um grupo de fármacos cuja atuação incide nos recetores opióides neuronais que são os responsáveis pela regulação da dor. Relativamente ao seu mecanismo de ação, estes vão incidir sobre a parte celular conectando-se aos recetores opióides que se encontram no Sistema Nervoso Central (SNC), e nestes recetores podemos encontrar as proteínas G inibitórias. Quando esta proteína é ativada ocorre o bloqueio dos canais de cálcio, diminuição do monofosfato de adenosina cíclico e hiperpolarização celular. O resultado de tudo isto origina a diminuição da excitação neuronal. Temos como exemplos de analgésicos opióides:

- Codeína:
- Tramadol
- Morfina
- Fentanil
- Alfentanil

De acordo com Leal, (2020) os opióides são considerados o tratamento de primeira linha perante o processo algico, tendo em conta que estes são considerados fármacos que apresentam elevadas propriedades analgésicas, e atuam quer na dor aguda quer na dor crónica. Estes fármacos atuam no sistema opióide endógeno, nomeadamente nos recetores opióides MOP (μ), KOP (κ), DOP (δ) e NOP (nociceptiva/ orfanina).

Deste modo, e de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), os analgésicos são definidos como um conjunto de terapêutica que tem como principal objetivo minimizar a dor, e um Opióide é uma substância que se conecta a um recetor opióide que são eles: *Mu*, *Kappa* e *Delta*. Estes três recetores fazem parte do “*sistema endógeno que inclui um grande número de peptídeos ligantes opióides endógenos, das quais três famílias distintas de peptídeos endógenos são descritos: as encefalinas (originárias da pró-encefalina); as endorfinas (da pró-opiomelano-cortina); e as dinorfinas (da pró-dinorfina)*”. (p. 123)

Para Azevedo (2017), os analgésicos opióides são uma terapêutica bastante utilizada em contexto clínico. O nível de eficácia deste tipo de fármacos é diferente de utente para utente e tanto pode originar efeitos benéficos como efeitos tóxicos. Os analgésicos opióides são classificados de acordo com o efeito que produzem nos diferentes recetores e podem ser agonistas, agonistas parciais ou antagonistas.

“Os agonistas ligam-se a recetores para induzir hiperpolarização celular produzindo uma resposta máxima desse recetor (como a analgesia após a administração de morfina). Quando os agonistas parciais se ligam aos recetores apenas geram uma resposta funcional parcial, independentemente da quantidade administrada (exemplo: buprenorfina). Os antagonistas não produzem nenhuma resposta funcional, mas ao mesmo tempo impedem que um agonista se ligue a esse recetor (exemplo: naloxona)” (Azevedo, 2017, p. 5).

1.3.1.2 Analgésicos Não Opioides

No grupo dos analgésicos não opioides podemos encontrar os Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINE'S) . Estes tipos de fármacos participam na inibição da síntese de prostaglandinas através da inativação de enzimas ciclo-oxigenases e são compostas por dois grupos: COX-1 e COX-2. Através disto consegue-se minimizar a dor, a febre e inflamação. Estes representam uma função muito importante no tratamento da dor e estão presentes na escada analgésica da dor da Organização mundial de Saúde (ANCP, 2012).

Temos como exemplos:

- Paracetamol;
- Ibuprofeno;
- Diclofenac;
- Piroxicam.

1.3.1.3 Analgésicos Adjuvantes

O principal objetivo dos fármacos adjuvantes é potencializar a analgesia (corticosteroides, anticonvulsivantes), para atenuar os efeitos secundários dos analgésicos (antieméticos, laxativos), e para outros sintomas mais relacionados com a parte psicológica do utente que acabam por estar relacionados com a dor como a depressão e a ansiedade (INC, 2001).

Os analgésicos adjuvantes auxiliam no controlo da dor, na dor refratária a outros fármacos, diminuem a dosagem dos analgésicos e dos respetivos efeitos secundários. A escolha dos mesmos incide na história clínica do utente e no tipo de dor. A dose inicial destes fármacos deve ser sempre

baixa, aumentando, se necessário, tendo em conta a evolução clínica do utente e podem ser incorporadas em qualquer degrau da escada analgésica. (ANCP, 2012)

- Corticosteroides:

Os corticosteroides auxiliam no tratamento da dor, não sendo benéfico para o utente serem administrados isoladamente ou sem acompanhamento médico. Temos como exemplos a Dexametasona e a Metilprednisolona.

- Antidepressivos:

Os antidepressivos são benéficos no tratamento da dor crónica e da dor neuropática. A classe dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina são utilizados como primeira linha para estes tipos de dor. Para a escolha destes deve-se ter em conta aspetos importantes como a inquietação e insónias. O desmame deste tipo de fármacos deve ser feito de forma lenta e progressiva. Temos como exemplos: Amitriptilina, Escitalopram, Fluoxetina, Venlafaxina, Bupropiona.

- Anticonvulsivantes:

Os anticonvulsivantes são utilizados principalmente na dor neuropática e por norma iniciam-se com uma dose baixa e vai-se aumentando a dosagem conforme a evolução clínica do utente. Temos como exemplos: Gabapentina, Carbamazepina, Topiramato e Pregabalina.

1.3.2 Intervenções Não Farmacológicas

Matos et al. (2017) referem que o Enfermeiro pode e deve fazer uso de intervenções não farmacológicas e que estas têm um papel de extrema importância para o controlo da dor. Estas intervenções podem ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com outras estratégias farmacológicas e devem ser adequadas de acordo com a preferência do utente.

Para os autores anteriormente referidos, as intervenções não farmacológicas podem ser classificadas em:

- Físicas, como por exemplo a termoterapia, crioterapia, exercício, massagem, estimulação elétrica transcutânea, entre outros...

- Cognitivo-comportamentais, como por exemplo as técnicas de distração, técnicas de relaxamento corporal e imaginação guiada, entre outros...
- De Suporte Emocional, como por exemplo medidas de alternância de decúbitos e toque terapêutico.

Alternância de Decúbitos e Posicionamentos

O papel do Enfermeiro na prevenção das Úlceras de Pressão é de extrema importância e assim sendo, cabe aos Enfermeiros a responsabilidade da realização da alternância de decúbitos e da hidratação da pele de forma a proteger as proeminências ósseas dos doentes que se encontram hospitalizados (Frazão et al., 2019)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), o material que deve estar presente neste tipo de intervenção não farmacológica consiste em almofadas moldáveis e numa estrutura de apoio que podem ser colchões estáticos, de espuma ou poliuretano.

É recomendado que a pessoa seja posicionada de duas em duas horas, devendo a mesma sentir-se confortável, o peso do corpo deve estar distribuído de igual forma garantido o alinhamento do mesmo. Os vários tipos de posicionamento que podemos aplicar são: Decúbito Dorsal, lateral, semi-dorsal, ventral, semi-ventral, fowler e semi-fowler (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Aromaterapia

Segundo Mendes et. al (2019), a aromaterapia é uma técnica que pode ser utilizada individualmente ou concomitantemente com outras abordagens, como por exemplo a massagem. É muito comum a utilização de óleos aromatizados ao longo deste tipo de intervenção devido ao facto de proporcionar um resultado positivo imediatamente após a sua aplicação. Assim sendo este tipo de abordagem pode ser feito através de órgãos sensoriais como o olfato e a pele.

A utilização de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, tais como a Aromaterapia são métodos que apresentam diversas vantagens, tendo em conta que estas têm um baixo custo, a sua aplicabilidade é fácil e incluem-se nos métodos não invasivos. Esta técnica tem diversos benefícios para a saúde, tais como a redução do stress, o relaxamento, a estabilização comportamental e emocional (Castro et al., 2020).

Para Gnatta et al. (2016) a ação dos diversos tipos de óleos no organismo vai depender da sua via de administração, isto é, se é por administrada por via inalatória ou por via cutânea. Quando a

aplicação é realizada por via inalatória, as moléculas que constituem o óleo vão estimular os nervos olfativos e estes conseqüentemente, visto que têm ligação direta com o sistema Límbico, vão ser responsáveis pelas emoções, sentimentos e impulsos motivacionais. Caso este tipo de estratégia não farmacológica seja feito por via cutânea, as moléculas que constituem o óleo vão ser absorvidas através da pele e posteriormente serão distribuídas através da corrente sanguínea de forma a alcançarem os diversos órgãos e tecidos corporais.

Musicoterapia

Para Mendes et. al (2019), a musicoterapia consiste em escutar músicas com diversas batidas e melodias cujo objetivo visa a ajudar os utentes a atingirem um estado pleno de bem-estar corporal e espiritual e a aliviar diversos desconfortos.

Gonçalez, Nogueira e Puggina (2008) afirmam que a musicoterapia pode ser utilizada como técnica para relaxar, confraternizar ou até provocar lembranças de certos acontecimentos na vida do doente. Deste modo, o enfermeiro deve compreender em que situações é que a música deve ser utilizada e avaliar todos os efeitos que esta técnica pode provocar no doente.

Em concordância com a informação anterior, Orak et al. (2020) defende que a musicoterapia se trata de uma intervenção não farmacológica que pode ser usada tanto em ambientes hospitalares como no quotidiano e visa a diminuir o tempo de recuperação dos doentes, de forma melhorar as suas condições físicas, sociais, emocionais e espirituais.

“Os estudos têm mostrado que a música aumenta o bem-estar, capacita o relaxamento, estimula o pensamento e a reflexão, oferece consolo, acalma e proporciona mais energia (RUUD, 1990). Proporciona ainda a alteração da respiração, da circulação sanguínea, da digestão, da oxigenação e do dinamismo nervoso e humoral, bem como estimulação da energia muscular e redução da fadiga. Além disso, promove aumento da atenção e contato com o ambiente, estimula a memória e a atividade motora, eleva o humor e constitui-se como um importante recurso contra o medo e a ansiedade (Leão; Flusser, 2008)” (Araújo, Pereira, Sampaio & Araújo; 2014, p. 97).

Reflexologia

Para Tashiro (2001), a Reflexologia é definida como a “*arte que lida com o princípio de que nos pés e nas mãos existem áreas de reflexos que correspondem a todos os órgãos, glândulas e partes do corpo*”. (p. 661) Baseia-se na ideia de que o corpo humano está assente sobre os pés.

A reflexologia podal é uma técnica em que é feita uma pressão sobre pontos característicos, e tem como objetivos principais o relaxamento e o reequilíbrio energético. Estes dois aspetos desenrolam-se devido á manipulação dos pés do utente e das reações que o mesmo demonstra face ao toque em cada um destes pontos, desta forma o profissional deteta quais os pontos onde o utente refere dor e associa-os aos órgãos ou partes do corpo. Esta técnica baseia-se numa técnica de massagem nos tais pontos reflexos e assim faz com que ocorra o relaxamento e equilíbrio corporal, pois ao estimular estes pontos, a energia corporal formada é libertada e utilizada pelo organismo do utente (Tashiro, 2001).

A reforçar o que anteriormente foi dito, citamos Leite & Zângaro (2015), a reflexologia tem efeitos proveitosos e favoráveis para o organismo, tornando esta técnica numa técnica confiável e em que vale a pena se investir. Os autores referem ainda que todas as pessoas que se submeteram a esta técnica afirmam que depois das sessões se sentem relaxadas, referem sensações de bem-estar e diminuição da dor ou sensação de mal-estar.

Reiki

Segundo Freitag *et. al* (2015) o reiki é considerado uma terapia que tem como objetivo induzir o relaxamento, reduzindo assim todo o stress acumulado. Esta técnica pode ser utilizada pelos Enfermeiros-terapeutas no sentido de atenuar a dor, aumentar as taxas de recuperação e restabelecer o equilíbrio corporal.

Em concordância com a informação anterior Pereira (2019) afirma que o reiki é uma técnica de harmonização e devolução energética que tem como principal objetivo manter o nível de saúde ou aumentá-lo.

De acordo com o Código Deontológico para Terapeutas de Reiki (2010), trata-se de uma terapia complementar e integrativa que vê o Ser Humano numa perspetiva holística. O tratamento é feito utilizando uma técnica de contacto leve ou então através da ausência de contacto no local onde o utente refere dor. A técnica anteriormente referida permite realinhar as energias provenientes do corpo, adquirindo assim uma sensação de bem-estar.

“O praticante de Reiki coloca suas mãos sobre determinadas áreas (posições) no corpo da pessoa a que se destina a terapia, como o intuito de ativar o sistema ou reforçar as capacidades naturais de cura do corpo. Apesar de existirem variações na metodologia de aplicação de Reiki, de uma forma geral o tratamento começa pela cabeça, segue ao longo do corpo e termina nos pés.” (Pereira, 2019, p. 10)

Massagem

A massagem é percebida como a *“aplicação de toque suave ou com força em tecidos moles, músculos, tendões e ligamentos sem causar mudança na posição das articulações”*. Esta técnica leva a uma melhor circulação do sangue, relaxamento dos músculos fazendo com que ocorra uma sensação de bem-estar e de conforto. Esta técnica não deve ser realizada em lesões cutâneas ou óssea ou se causarem dor. *“Utiliza-se movimentos de deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração, com o auxílio de óleos e cremes”* (INC, 2001).

Para Mendes et. al (2019), a massagem é utilizada desde as práticas antigas da medicina e está relacionada com o relaxamento muscular, cujo objetivo passa por afastar os pensamentos do utente face á dor que este sente. *“O corpo é um importante meio de comunicação que permite estabelecer uma linguagem corporal, sendo possível, por meio dele, melhorar o estabelecimento corporal.”* Enquanto Enfermeiros, devemos também focar-nos não apenas na comunicação verbal como também na comunicação não verbal.

Termoterapia

“A Termoterapia consiste na aplicação ou retirada de calor corporal para fins terapêuticos” (Nascimento et al.; 2017, p. 4)

Os autores anteriormente referidos, referem que esta técnica não farmacológica é utilizada, principalmente, para o controlo da dor em doentes que se encontram em fim de vida, pois o seu principal objetivo passa por promover o alívio do espasmo muscular, aumentar a extensibilidade tecidular e aumentar o relaxamento muscular.

O calor promove a vasodilatação e faz-se acompanhar por proteínas e oxigénio e promovendo o relaxamento muscular. Esta técnica promove a vasodilatação, relaxando os músculos e aliviando a dor. O calor ajuda na diminuição da dor pois promove a diminuição da condução nervosa,

controlando assim, os movimentos reflexos. O calor não deve ser aplicado em lesões, infeções, hemorragias, insuficiência vascular e traumas agudos (INC, 2001).

Crioterapia

A crioterapia é considerada uma conduta tradicional que tem como principal objetivo a aplicação de substâncias que tenham entre os 0 e os 18,3 graus com a finalidade terapêutica de reduzir a dor (Carvalho et al., 2018).

A aplicação de frio sobre os tecidos leva a contração dos músculos, redução do fluxo sanguíneo e ajuda na diminuição de edemas. O frio faz com que a velocidade da condução nervosa diminua, atrasando assim os estímulos dolorosos. O arrefecimento dos tecidos diminui o processo inflamatório, reduzindo a formação do edema, promove a vasoconstrição e alivia a dor relacionada com as lesões musculoesqueléticas. O frio não deve ser aplicado em utentes com doença vascular periférica, insuficiência arterial e alterações da consciência e sensibilidade. (INC, 2001).

Toque Terapêutico

“Toque Terapêutico é uma terapia complementar aplicada sobre o campo de energia humano visando restaurar a estabilidade e a vitalidade” (Ignatti.; 2018, p. 195).

Segundo Mendes *et. al* (2019), o toque terapêutico está relacionado com o contacto físico entre utente e profissional de saúde e o seu objetivo passa por proporcionar o máximo de conforto possível ao utente, permitindo a criação de uma relação empática e terapêutica com o doente.

2. METODOLOGIA

A cientificidade de um trabalho de investigação é conferida através da metodologia. Esta fase reporta-se ao conjunto de meios e atividades próprias para responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

A Fase Metodológica será dividida nos seguintes subcapítulos:

- Questão orientadora;
- Objetivos gerais e específicos;
- Paradigma e tipo de estudo;
- População processo de amostragem e amostra;
- Variáveis em estudo;
- Instrumento de recolha de dados;
- Considerações éticas.

2.1. Questão Orientadora

“Quais as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no controlo da Dor no Doente em Fim De Vida?”.

2.2. Objetivos Gerais e Específicos

O Objetivo geral definido para este estudo é compreender as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida.

Os objetivos específicos definidos para este estudo são os seguintes:

- (1) Averiguar quais as perceções dos Enfermeiros face á Dor referida pelo Utente;
- (2) Identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no doente em fim de vida,
- (3) Indicar quais são as escalas utilizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito ao controlo da Dor
- (4) Determinar quais os impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da dor.

2.3. Paradigma e tipo de Estudo

Para darmos resposta às questões de investigação que definimos anteriormente, bem como alcançar os objetivos estipulados, escolhemos a abordagem mista, composta quer por uma abordagem quantitativa quer por uma abordagem qualitativa, por ser o método mais adequado ao tema que pretendemos estudar, uma vez que o objetivo principal é analisar dados que não podem ser calculados (Bauer & Gaskell, 2017).

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 2011, p. 47)

A realização deste estudo irá englobar duas fases: uma revisão de literatura e uma análise da colheita de dados através de um questionário com perguntas abertas que será aplicado via *online*.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é composta por 3 etapas que são as seguintes:

- Pré-análise – *“A pré-análise corresponde à fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.”* (Bardin, 2011, p. 95)

A autora anteriormente descrita, afirma que esta fase tem 3 grandes objetivos, nomeadamente, escolher os documentos que vão ser analisados, estipular hipóteses e objetivos e elaborar indicadores que fundamentem as interpretações finais.

- Exploração do material – *“... a fase da análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.”* (Bardin, 2011, p. 101)

Bardin (2011), refere ainda que nesta fase, os procedimentos de codificação são:

1. Escolha de unidades de registo – Recorte;
2. Seleção de regras de contagem – Enumeração;

3. Escolha de categorias – Classificação e agregação;
 4. Unidades de contexto.
- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – *“Os resultados brutos são tratados de maneira a estarem válidos. ... O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.”* (Bardin, 2011, p. 101)

2.4. População, processo de amostragem e amostra

A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, 2009). Assim sendo, a população que selecionamos para este estudo são todos os Enfermeiros que cuidam dos Doentes em Fim de Vida em todas as instituições de saúde.

Fortin (2009), considera que amostragem é um conjunto de operações que visam eleger um grupo de pessoas da população em estudo. Existem assim dois métodos de amostragem: a amostragem probabilística ou aleatória e a amostragem não probabilística ou não aleatória. A última referida pode ser por conveniência, por escolha intencional, por quotas ou por redes.

Na presente investigação o método utilizado será a amostragem não probabilística. Este tipo de amostragem consiste no procedimento através do qual todos os elementos da população selecionada têm diferente probabilidade de serem escolhidos para a amostra. O tipo de amostragem é por conveniência e consiste em escolher os indivíduos pelo facto de estarem presentes num determinado local e num espaço de tempo e que tenham os critérios de inclusão necessários (Fortin, 2009).

Assim sendo, foram definidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

1. Ser Enfermeiro e exercer a prática numa instituição de Saúde;
2. Prestar Cuidados de Enfermagem a Doentes que se encontram em Fim de Vida;
3. Aceitar participar no presente estudo qualitativo.

Se as condições assim o permitirem, pretendemos apresentar uma amostra de 30 Enfermeiros (n=30), proveniente da seleção feita à população estabelecida e de acordo com os critérios de

inclusão previamente definidos.

2.5. Variáveis em estudo

“As variáveis são qualidades ou características de pessoas, objetos ou situações que podem mudar ou variar no tempo. Estas podem tomar diferentes valores, podendo ser medidas, manipuladas ou controladas” (Fortin, 2009, p. 171).

Assim sendo, no presente estudo estipulámos como variável independente, os Enfermeiros Portugueses que cuidam dos Doentes em Fim de Vida e como variável dependente, as estratégias utilizadas no Controlo da Dor.

2.6. Instrumento de recolha de dados

“Os diversos métodos de colheita de dados podem servir para medir as variáveis de um estudo, estes podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, entre outros” (Fortin, 1999, p. 239).

2.6.1 Questionário

Como instrumento de recolha de dados, vamos empregar um questionário que será dividido em duas partes. A primeira parte consiste na recolha de dados da pessoa inquirida mantendo a privacidade e confidencialidade e uma segunda parte cujo objetivo é recolher a informação sobre o tema a ser estudado.

Segundo Fortin (2009) um questionário é definido como um meio de colheita de dados composto por várias questões cujo objetivo é reunir a informação necessária para a realização de um estudo. Os questionários podem ser dirigidos a uma população específica ou a um grupo aleatório de pessoas e podem ser respondidos pelo participante, pelo investigador com a presença do participante (entrevista) ou via telefónica.

No presente estudo aplicámos um questionário da nossa autoria, a uma população específica (Enfermeiros que Cuidam dos Doentes em Fim de Vida), onde as respostas são dadas apenas pelos participantes.

“Os participantes devem limitar-se a responder às questões apresentadas, não tendo possibilidade de as alterar, sendo estas expostas através de uma ordem lógica” (Fortin, 2009, p. 249).

Após a colheita de dados, iniciámos a análise e o tratamento dos mesmos.

2.7.Considerações Éticas

Os profissionais de saúde devem basear a sua prática respeitando o código deontológico, agindo em conformidade com a Ética e Deontologia. Estando no papel de investigadoras é fulcral proceder ao desenvolvimento de um trabalho de investigação baseado nos princípios éticos e deontológicos.

Ao longo do presente estudo, tivemos sempre em consideração alguns dos princípios éticos tais como: privacidade, confidencialidade e consentimento informado e esclarecido. Segundo Fortin (2009), os investigadores devem certificar-se que os inquiridos estão informados e esclarecidos acerca do estudo.

O pedido de consentimento informado estará explícito na apresentação do questionário de forma a esclarecer o participante acerca do tema e tipo de estudo bem como os seus objetivos.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer deste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do presente questionário. Para sintetizar os dados, utiliza-se a forma narrativa, tabelas, histogramas e gráficos circulares.

Os dados foram obtidos pela aplicação de um instrumento de recolha que se encontra em anexo, através da plataforma online “Google Forms”.

O tratamento dos dados deu-se de acordo com a afluência de respostas tanto em números inteiros como percentagens.

Esta análise dividiu-se em duas partes, sendo estas a caracterização sociodemográfica da amostra e a perceção dos Enfermeiros sobre o Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida.

3.1. Caracterização sociodemográfica da Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 278 Enfermeiros que prestam cuidados a Doentes em Fim de Vida.

A média das idades é de aproximadamente 36,45 e o desvio padrão é de 9,39. A idade mediana dos Enfermeiros é de 35 anos (mínimo de 21 e máximo de 63), tendo-se obtido como moda, 29 e 38 anos. (Tabela 1)

Número	278
Média	36,45
Mediana	35
Moda	29,38
Desvio Padrão	9,39
Mínimo	21
Máximo	63

Tabela 1 - Caracterização da Amostra segundo a Idade

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

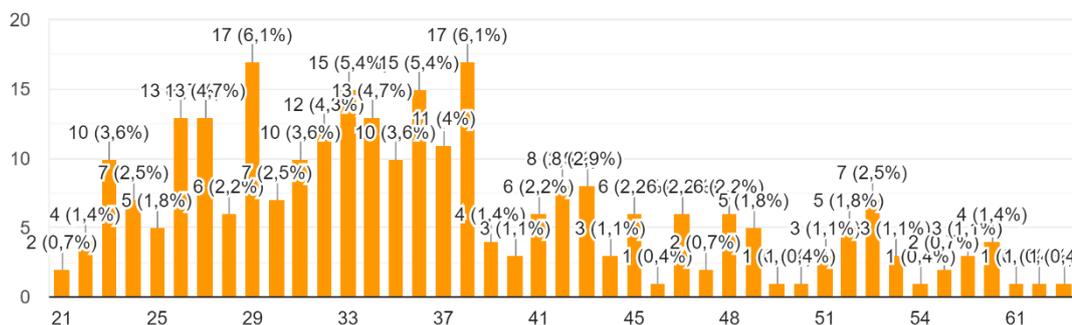


Figura 5 - Representação histográfica das Idades

Relativamente aos Enfermeiros que participaram no presente estudo podemos verificar que 90,3% (n=251) correspondem ao sexo Feminino e apenas 9,7% (n=27) correspondem ao sexo Masculino. (Figura 6)

De acordo com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2020) existem 78.117 Enfermeiros, sendo que 82,4% (n=64.292) são do género feminino e 17,6% (n=13.825) são do género masculino e estes encontram-se distribuídos pela Secção Regional da Região Autónoma da Madeira, Secção Regional da Região Autónoma dos Açores, Secção Regional do Centro, Secção Regional do Norte e Secção Regional do Sul. Assim sendo pode-se concluir que face aos dados estatísticos apresentados é de esperar que a percentagem de respostas por parte de pessoas do género feminino seja maior face à percentagem de respostas por parte de pessoas do género masculino.

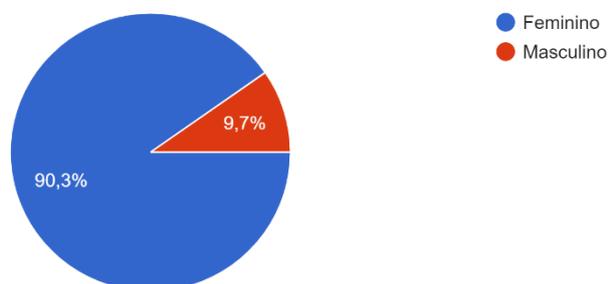


Figura 6 - Caracterização de Amostra de acordo com o Género

No que diz respeito à categoria profissional, podemos afirmar que a grande maioria dos participantes, 55,8% (n=155) é Enfermeiro Generalista, 27,3% (n=76) é Enfermeiro Especialista, 15,5% (n=43) é Enfermeiro Graduado, 0,4% (n=1) é mestre em Saúde Infantil e Pediátrica, 0,07% (n=2) possui Mestrado e 0,4% (n=1) afirma ter cargo de chefia.

É de salientar ainda que os enfermeiros que na categoria profissional se qualificaram como mestres (n=3) possuem uma Especialidade.

De acordo com os dados Estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2020), pode-se afirmar que 73,5% dos Enfermeiros (n=57,381) são Enfermeiros Generalistas e 26,5% dos Enfermeiros (n=20,736) são Enfermeiros que possuem alguma Especialidade.

Assim sendo, é de esperar que a maioria dos enfermeiros que responderam ao presente questionário sejam Enfermeiros generalistas, o que se verifica de acordo com o gráfico da Figura 7.

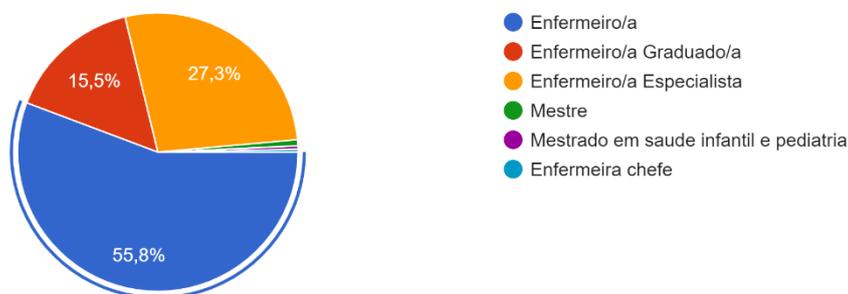


Figura 7 - Caracterização da Amostra segundo a Categoria Profissional

Após terem sido questionados acerca da sua Especialidade, 19 Enfermeiros afirmam ser especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 29 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente doente Crítico e Cuidados Paliativos), 13 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 8 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 6 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e apenas 4 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Segundo os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2020), pode-se concluir que 3,7% dos Enfermeiros (n=2,861) são Enfermeiros especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, 3,9% dos Enfermeiros (n=3,081) são Enfermeiros especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, 2,9 % dos Enfermeiros (n=2,312) são Enfermeiros especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, 5,8% dos Enfermeiros (n=4,563) são Enfermeiros especializados em Reabilitação, igualmente 5,8% dos Enfermeiros (n=4,554) são Enfermeiros especializados em Médico-Cirúrgica, 0,1% dos Enfermeiros (n=125) são Enfermeiros especializados em Situação Crítica, 0,2% dos Enfermeiros (n=134) são Enfermeiros especializados em Cuidados Paliativos, 4,0% dos Enfermeiros (n=3,186) são Enfermeiros especializados em Saúde Comunitária e Saúde Pública e 0,1% dos Enfermeiros (n=123) são Enfermeiros especializados em Saúde Familiar.

Em concordância com os resultados anteriores, pode-se confirmar que a Especialidade em Médico Cirúrgica e Reabilitação são as especialidades em que se obteve um maior amostra de Enfermeiros.

Especialidade	Número de Enfermeiros
Reabilitação	19
Médico-Cirúrgica	29
Saúde Comunitária	13
Saúde Mental e Psiquiátrica	8
Saúde infantil e Pediátrica	6
Saúde Materna e Obstetrícia	4

Tabela 2 - Caracterização da Amostra segundo a Especialidade

Relativamente ao Tempo de Serviço dos participantes podemos concluir que 26% dos Enfermeiros (n=72) têm um tempo de experiência inferior a 5 anos, 24 % dos Enfermeiros (n=66) têm entre 6 a 10 anos de experiência, 18% dos Enfermeiros (n=51) têm entre 11 a 15 anos de experiência, ,8% dos Enfermeiros (n=21) têm entre 16 a 20 anos de experiência, 12% dos Enfermeiros (n=32) têm entre 21 a 25 anos de experiência, 8% dos Enfermeiros (n=22) têm entre

26 a 30 anos de experiência, 5% dos Enfermeiros (n=13) têm entre 31 a 35 anos de experiência e apenas 0% dos Enfermeiros (n=1) tem 36 anos ou mais de experiência.

De acordo com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2020), 7,5% dos Enfermeiros (n=5,845) têm idade entre os 21 e os 25 anos, 13,0% dos Enfermeiros (n=10,175) têm idade entre os 26 e os 30 anos, 16% dos Enfermeiros (n=12,505) têm idade entre os 31 e os 35 anos, 18% dos Enfermeiros (n=14,073) têm idade entre os 36 e os 40 anos, 11,9% dos Enfermeiros (n=9,298) têm idades entre os 41 e os 45 anos, 9,5% dos Enfermeiros (n=7,407) têm idade entre os 46 e os 50 anos, 8,7% dos Enfermeiros (n=6,832) têm idade entre os 51 e os 55 anos, 6,9% dos Enfermeiros (n=5,405) têm idade entre os 56 e os 60 anos, 4,2% dos Enfermeiros (n=3,312) têm idade entre os 61 e os 65 anos, 1,5% dos Enfermeiros (n= 1,139) têm idade entre os 66 e os 70 anos e 2,8% dos Enfermeiros (n=2,126) têm 70 ou mais anos.

Desta forma, pode-se confirmar que, de acordo com os dados da Ordem dos Enfermeiros, a grande maioria dos Enfermeiros têm entre 26 e 50 anos o que corresponde com a veracidade dos resultados obtidos na Figura 8.

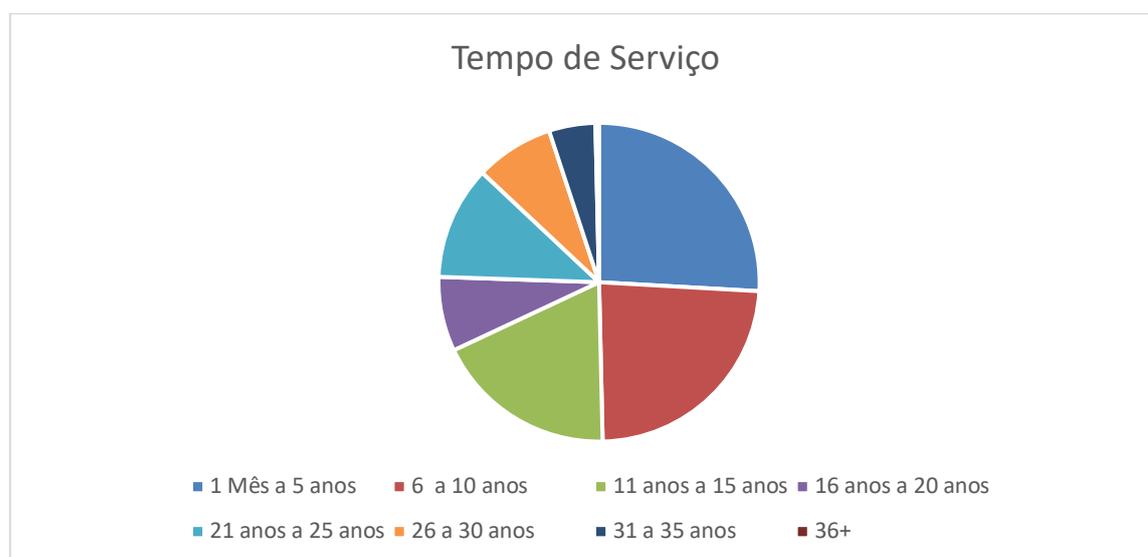


Figura 8 - Caracterização da Amostra segundo o Tempo de Serviço

3.2. Perceção dos Enfermeiros sobre o controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida

Relativamente à pergunta “Considera importante ter conhecimentos acerca da Fisiologia da Dor?”, 99,6% dos participantes (n=277) afirmaram que sim, que era importante e apenas 0,4% (n=1) consideraram que não é relevante.

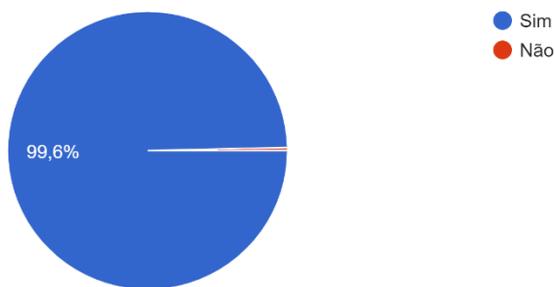


Figura 9 – Perceção dos Enfermeiros relativamente à importância da Fisiologia da Dor

No que diz respeito à pergunta “Já participou numa formação acerca da temática da Dor?”, 83,1% dos participantes (n=231) responderam que sim, que já participaram e apenas 16,9% dos participantes (n=47) responderam negativamente.

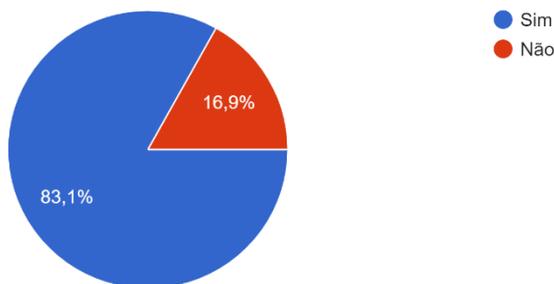


Figura 10 – Respostas por parte dos Enfermeiros relativamente à participação em formações sobre a temática da Dor

Relativamente à pergunta “Considera que a Dor é um fator suficientemente importante para ser considerado o 5º sinal vital?”, 99,3% dos participantes (n=276) afirmam que sim e apenas 0,7% dos participantes (n=2) afirmam que a dor não é um fator suficientemente importante para ser considerado o 5º sinal vital.

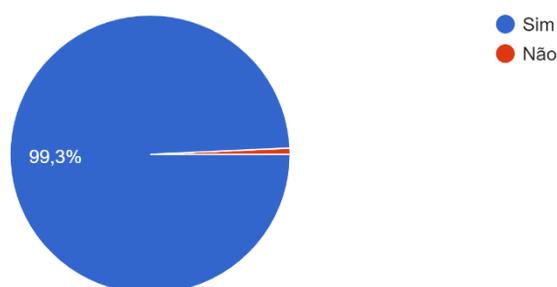


Figura 11 – Opinião dos Enfermeiros relativamente ao facto da dor ser considerada o 5º Sinal Vital

No que diz respeito à pergunta “Utiliza sempre escalas na avaliação da Dor?”, 82,4% dos participantes (n=229), afirmam dar sempre uso a Escalas para avaliar a dor dos utentes e apenas 17,6% dos participantes (n=49) não utilizam sempre as escalas para a avaliação da dor dos utentes.

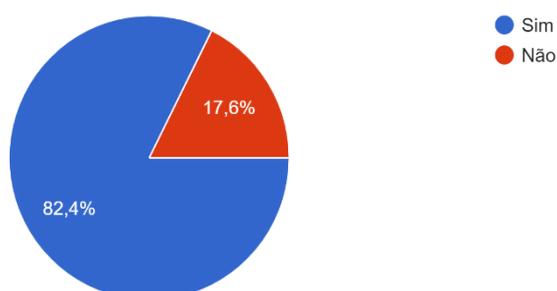


Figura 12 – Respostas dos Enfermeiros relativamente ao uso de Escalas para a Avaliação da Dor

Relativamente à questão “Que escala utiliza para avaliar a Dor nos utentes?”, 278 Enfermeiros responderam, sendo que obtivemos um total de 409 respostas, uma vez que houveram Enfermeiros que referiram utilizar mais do que uma escala.

De todas as respostas obtidas, verificámos que 204 Enfermeiros utilizam a Escala Numérica da dor, 97 Enfermeiros utilizam a escala de Faces de Wong Baker, 40 Enfermeiros utilizam a escala Visual Analógica da Dor, 25 Enfermeiros utilizam a Escala Qualitativa da Dor, 14 Enfermeiros utilizam a Escala De Dor Behavioural Pain Scale, 8 Enfermeiros utilizam a Escala de Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), 7 Enfermeiros utilizam a Escala de Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC), 4 Enfermeiros utilizam a escala de Doloplus 2, 2 Enfermeiros utilizam a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), 1 enfermeiro utiliza a Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID), 1 Enfermeiro utiliza a Abbey Pain Scale e 1 Enfermeiro utiliza a Escala Internacional.

Por outro lado, obtivemos uma amostra de 15 Enfermeiros que não referiram uma escala em específico, mas que responderam de forma mais argumentativa, cujas respostas são: “Várias. Adequoa à pessoa”; “As escalas utilizadas dependem de vários fatores como o estado de consciência. Desse modo vou adaptando”; “A mais adequada à capacidade de compreensão do doente, idade e estado de consciência. “; “Depende da idade e da patologia do doente”; “Não posso atribuir uma escala sem saber primeiramente o estado geral de saúde do utente e consequentemente a escala que melhor se adapta”; “Depende do doente, da consciência e orientação do mesmo”; “Depende do doente”; “A adequada a situação cognitiva do doente”; “Questiono se o utente tem dor leve, moderada ou severa.”; “Depende da capacidade de resposta do utente”; “Depende de idade e estado consciência”; “A escala é adaptada às características do doente.”; “Depende da idade, estado de consciência etc etc.”

De acordo com o estudo de Silva e Monteiro (2019), pode-se concluir que a grande maioria dos Enfermeiros utiliza a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica da Dor, o que vai de encontro com os resultados obtidos face a esta questão.

No que diz respeito à pergunta “Considera ser importante o registo e avaliação da Dor de forma sistemática?”, 98,9% dos participantes (n=275), afirmam que é importante e apenas 1,1% (n=3) consideram que não é importante esse registo.

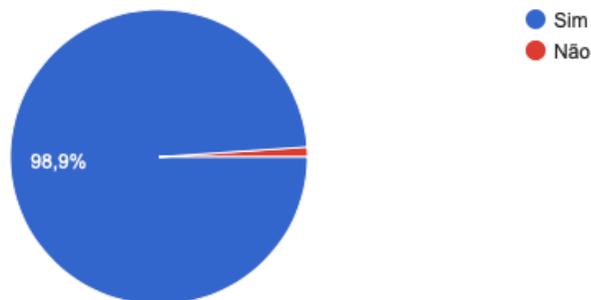


Figura 13 - Respostas dos Enfermeiros relativamente à importância do registo e avaliação da Dor de forma sistemática

De acordo como estudo de Bottega e Fontana (2010), conclui-se que todos os Enfermeiros que participaram nesse estudo afirmam que é de extrema relevância avaliar as características da dor e a intensidade da mesma com recurso a diversas escalas. Esta informação é concordante com os resultados obtidos no presente estudo pois 98,9% dos participantes afirmam que é importante o registo e a avaliação da dor de forma sistemática.

No estudo de Moccelin et al. (2018), composto por 10 Enfermeiros, verifica-se que um dos Enfermeiros (E1) não utiliza quaisquer escala para a avaliação sistemática da dor e que apenas avalia se os utentes relataram verbalmente que apresentam queixas algícas.

No que diz respeito à pergunta “Onde efetua os seus registos relacionados com a Dor dos Utentes?”, 278 Enfermeiros responderam, sendo que obtivemos um total de 292 respostas, uma vez que houveram Enfermeiros que referiram utilizar mais do que uma opção de registo. 236 Enfermeiros afirmam que utilizam Sistemas Informáticos tais como: S.Clínico, Alert, Glint, Gestcare, B-Simple ICU, Programas de Triage, Medicine One, Plataforma da Rede de Cuidados Paliativos, BICU- Sistema Informático, Soarian e Programa Resi. 46 Enfermeiros registam apenas no processo físico do doente. 9 Enfermeiros registam em folha de passagem de turno, e apenas um enfermeiro refere que não faz qualquer tipo de registo relacionada com a dor do utente.

No que diz respeito à pergunta “Após administração de terapêutica farmacológica, com que frequência reavalia a dor nos doentes?”, obtivemos um total de 278 respostas, sendo que 179 Enfermeiros forneceram uma resposta concreta e direta, onde se pode verificar no quadro abaixo

representado, e os restantes 99 Enfermeiros responderam de forma mais abrangente, na qual se passa a citar algumas das respostas que suscitaram mais interesse: “depende da resposta a terapêutica. avalio as vezes que forem necessárias consoante a via de administração da terapêutica.”; “Frequentemente, mas nem sempre registo”; ”Depende da terapêutica”; “Dependendo do fármaco administrado e da sua ação”;” Dependendo do fármaco administrado. Mas sistematicamente, ou de hora a hora.”; “Avalio a dor uma vez turno, e em SOS sempre que necessário. Antes e após administração de analgesia.”; “Depende do tipo de patologia e dos fármacos”; “Logo após atingir o tempo de indicação do alívio do fármaco e durante a sua atuação, para entender a durabilidade e efeito do mesmo no utente.”; “Depende da circunstância. Nos doentes comunicantes e que já tenham conhecimento sobre quando devem pedir ajuda avalio 2 vezes/turno e sei que se o doente tiver um agravamento da dor vai tocar à campainha. Nos doentes incapazes de comunicar faço monitorização de acordo com o início/fim da ação do analgésico”; “constantemente, sendo quinto sinal vital é essencial a sua monitorização frequente”; “De acordo com protocolo institucional a cada 2 horas enquanto houver dor e sempre que o doente manifeste dor.”

No estudo de Moccelin et al. (2018), composto por 10 Enfermeiros, verifica-se que um dos Enfermeiros (E3) refere que avalia a dor quando avalia os restantes sinais vitais pois a dor é considerada o quinto sinal vital e outro dos Enfermeiros (E7) refere que avalia sempre que possível e que recorre ao uso de escalas de avaliação.

Frequência de reavaliação da Dor após administração da Terapêutica	Número de Enfermeiros
Sempre	37
Quase Sempre	1
Frequentemente	4
Várias vezes	5
5 minutos depois	2
10 minutos depois	2
10 a 15 minutos depois	1
15 minutos depois	3
15 em 15 minutos	3
15 a 30 minutos depois	1

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

20 minutos depois	6
30 minutos depois	17
30 em 30 minutos	7
30 minutos a 1 hora	8
1 hora depois	21
1 em 1 hora	16
1 a 2 horas depois	3
2 horas depois	3
2 em 2 horas	8
2 a 3 horas depois	1
3 horas depois	1
4 em 4 horas	1
6 em 6 horas	2
1 vez por Turno	6
2 vezes por Turno	6
2 a 3 vezes por turno	3
3 vezes por Turno	2
4 a 6 vezes por Turno	1
Final do Turno	1
Diariamente	7
Outras respostas	99

Tabela 3 – Caracterização do Tempo de Avaliação da Dor após a administração de terapêutica farmacológica

No que diz respeito á pergunta “Faz uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor?”, 82,4% dos participantes (n=229), afirmam sempre utilizar estas medidas não farmacológicas e apenas 17,6% dos participantes (n=49) não utilizam qualquer tipo de medidas não farmacológicas para o controlo da dor.

De acordo com o estudo de Andrade et al. (2018), constata-se que os Enfermeiros têm competências suficientes para utilizar estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, tais como escuta terapêutica , musicoterapia e técnicas de relaxamento.

Perante o estudo de Silva e Monteiro (2019), 30,30% dos Enfermeiros referem que como intervenções primordiais de Enfermagem para o controlo da Dor utilizam métodos de avaliação da dor, de forma a identificar sinais sugestivos de dor e sofrimento. 24,24% dos Enfermeiros referem utilizar intervenções mais relacionadas com o conforto e bem-estar tais como: alternância de decúbitos e hidratação da pele. 21,21% dos Enfermeiros referem utilizar como primeira opção terapias alternativas, tais como musicoterapia, termoterapia, toque terapêutico, estratégias de dinâmicas em grupo e estimulação neuromuscular elétrico. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, tendo em conta que muitos dos enfermeiros afirmaram usar as estratégias anteriormente referidas.

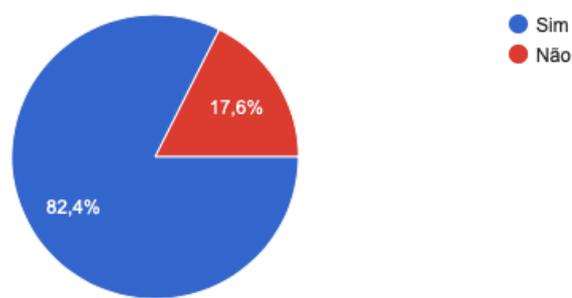


Figura 14 - Respostas dos Enfermeiros relativamente ao uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor

No que concerne á pergunta “Se respondeu Sim à pergunta anterior, refira quais as estratégias não farmacológicas que utiliza”, apenas 227 Enfermeiros responderam, sendo que obtivemos um total de 479 respostas, uma vez que houveram Enfermeiros que referiram utilizar mais do que uma estratégia não farmacológica.

De todas as respostas obtidas, verificámos que 105 Enfermeiros referem privilegiar o uso de alternância de decúbitos/posicionamentos como medida não farmacológica, 78 Enfermeiros utilizam estratégias de massagem terapêutica, 69 Enfermeiros utilizam estratégias de crioterapia/aplicação de frio, 65 Enfermeiros utilizam estratégias de comunicação/escuta ativa, 49 Enfermeiros fazem uso de estratégias não farmacológicas relacionadas com a termoterapia/aplicação de calor, 23 Enfermeiros utilizam a musicoterapia, 18 Enfermeiros

utilizam as técnicas de relaxamento, 17 Enfermeiros utilizam as técnicas de respiração/exercícios respiratórios, 16 Enfermeiros referem como medida principal não farmacológica, o controlo/gestão do ambiente, 9 Enfermeiros utilizam principalmente a psicoterapia, 8 Enfermeiros realizam o toque terapêutico, como medida primordial, 4 Enfermeiros fazem uso da electroterapia celular, 3 Enfermeiros utilizam Aromaterapia, 3 Enfermeiros utilizam o reiki para o controlo da dor, 2 Enfermeiros adotam estratégias relacionadas com a meditação, 2 Enfermeiros utilizam a hidroterapia, 2 Enfermeiros utilizam Shiatsu, 2 Enfermeiros referem promover o uso da sucção (internamentos de obstetria/pediatria), 1 Enfermeiro refere fazer uso do humor para diminuir a dor dos utentes, 1 Enfermeiro utiliza Cromoterapia, 1 Enfermeiro refere utilizar a contenção mecânica e 1 Enfermeiro refere proceder à realização da drenagem postural.

Estes dados vão de encontro com o estudo de Munkombwe et. al (2020), tendo em conta que este refere que os participantes (n=15) utilizam estratégias não farmacológicas para o controlo da Dor e que durante a execução destas intervenções há um grande ganho no que diz respeito ao controlo da mesma. É de salientar ainda que neste estudo verifica-se também que os entrevistados sentem que cada uma das intervenções não farmacológicas a utilizar devem ser adequadas de acordo com as necessidades de cada doente e de acordo com o grau da dor.

É de salientar que os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao estudo de Matos et al. (2017) pois estes últimos afirmam que as estratégias não farmacológicas mais utilizadas no controlo da dor aguda são a alternância de decúbitos, a musicoterapia e as sessões de relaxamento corporal e no controlo da dor crónica utilizam-se outras estratégias não farmacológicas, tais como a crioterapia, a termoterapia, sessões de massagem terapêutica, reflexologia e exercícios de aquecimento e fortalecimento muscular.

Em relação á pergunta “Considera que existem impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da Dor?”, 84,2% dos participantes (n=234), responde de forma positiva e apenas 15,8% (n=44) nega existirem impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da Dor.

No estudo de Munkombwe et al. (2020), constatou-se que existem barreiras face à execução desta abordagem, ou seja, que por vezes os Enfermeiros sentem que não existem recursos materiais suficientes, como por exemplo um rádio ou uma televisão para fazer sessões de musicoterapia. Por outro lado os autores referem que a abordagem não farmacológica ao doente em Fim de Vida depende muito da sua atitude, isto é, se o doente está consciente e colaborante com a equipa

multidisciplinar. Caso o doente não esteja colaborante a aplicação deste tipo de abordagem torna-se bastante limitada e não devem ser realizadas.

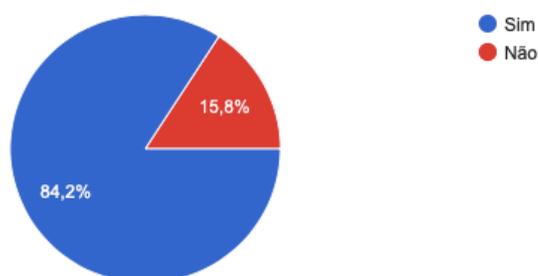


Figura 15 - Respostas dos Enfermeiros relativamente à existência de impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor

No que concerne á pergunta “Quais as perceções e sentimentos vivenciados na sua prática, relativos ao cuidar de um doente com dor em fim de vida?”, apenas 267 Enfermeiros decidiram partilhar perceções e emoções vivenciadas. Por outro lado, verificou-se que 11 dos enfermeiros optaram por não se pronunciar em relação a esta temática.

É de reforçar que para analisar as respostas face à presente pergunta, foi feita uma análise de conteúdo de Bardin (Tabela 4). Assim sendo, decidiu-se optar pela elaboração de uma tabela de forma a sintetizar e compactar os resultados obtidos.

É de salientar ainda que os dados obtidos neste estudo vão de encontro com o estudo realizado por Andrade et al. (2018), tendo em conta que este menciona que a grande maioria dos Enfermeiros que participaram no estudo em questão sentem que é extremamente desgastante e complicado e doloroso lidar com o facto de o doente apresentar qualquer nível de dor.

O mesmo autor, refere que frequentemente o sofrimento sentido por parte dos Enfermeiros está relacionado com o facto de os Enfermeiros estabelecerem relações empáticas com os seus doentes, tendo em conta que a empatia é um dos sentimentos que está relacionado com sentimentos de compaixão e solicitude para com o doente em fim de vida.

“É desgastante tanto para o profissional quanto para o paciente, pois existe o estresse emocional de você saber que aquela pessoa está sofrendo” (Andrade et al.; 2018, p. 6).

De acordo com o estudo de Santos et al. (2018), pode-se afirmar que perante a degradação do quadro clínico do utente, os enfermeiros relataram diversos sentimentos negativos, nomeadamente sentimentos de tristeza, dor, agonia e desespero. Porém, quando o utente apresenta melhorias, os enfermeiros expressam sentimentos de alegria, felicidade, gratidão, amor e compaixão. Assim sendo, pode-se concluir que estes sentimentos vão de encontro aos sentimentos relatados pelos Enfermeiros que participaram no presente estudo.

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida - Licenciatura em Enfermagem

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Sentimentos sobre o cuidar do Doente em Fim de Vida	Sentimentos Positivos	Ajuda <i>"Esta área do cuidar do doente em fim de vida requer muita formação quer ao nível da farmacologia bem como a relação de ajuda que se estabelece com o doente e com a sua família."</i> (Sic)	2
		Alegria	2
		Alívio <i>"Bem-estar após conseguir o alívio da dor"</i> (Sic)	3
		Apoio <i>"Ter alguém a dar a mão..."</i> (Sic)	1
		Atenção <i>"Sempre escutar o doente, e encaminhá-lo nos cuidados adaptados a sua dor."</i> (Sic)	1
		Compaixão	8
		Companheirismo	1
		Compreensão	1
		Conforto <i>"Que não será necessário apresentarem dor. E proporcionar conforto é o essencial em utentes em fim de vida."</i> (Sic)	3

	<p><i>"As pessoas estão mais despertas para este tipo de situação do que estavam há anos atrás. Valoriza-se mais o conforto do doente em fim de vida, mas ainda é uma área a desenvolver."</i> (Sic)</p> <p><i>"Sentimento de responsabilidade para fazer os possíveis para que não tenha dor e tenha o maior conforto possível."</i> (Sic)</p>	
	Dedicação	1
	<p>Dignidade</p> <p><i>"A dor é o principal dos sintomas a tratar, para uma dignidade no fim de vida."</i> (Sic)</p> <p><i>"É fundamental que a dor e os outros sintomas estejam controlados. É promotor de uma morte com dignidade."</i> (Sic)</p> <p><i>"Tentativa de proporcionar um final de vida sem dor."</i></p>	2
	<p>Dever cumprido</p> <p><i>"Sentimento de fiz o que tinha de ser feito."</i> (Sic)</p> <p><i>"Grande satisfação por conseguir atingir o objetivo."</i>(Sic)</p> <p><i>"Bem-estar após conseguir o alívio da dor. Sentimento de dever cumprido."</i> (sic)</p> <p><i>"Cuidar um doente em fim de vida exige respeito, assertividade e empatia. Quando se faz tudo isto, o sentimento é de dever cumprido e de que tudo se fez para o bem-estar do doente e da sua família. É gratificante sentir o reconhecimento dos familiares. É importante envolver a família, validar e</i></p>	3

		<i>reconhecer o seu desempenho junto do seu familiar. Eles precisam que se lhe diga que fizeram tudo para o bem-estar do seu familiar." (Sic)</i>	
		Disponibilidade	1
		Eficácia	1
		Empatia	5
		Gratificação <i>"Muito importante controle da dor. Sentimento de gratidão por poder ajudar neste controle da dor de quem sofre." (Sic)</i>	1
		Humanização	1
		Paz	1
		Prazer	1
		Prioridade <i>"A gestão /tratamento da dor em final de vida embora seja claro que deve ser uma prioridade, é também um grande desafio. Para além de existirem várias situações com dor de difícil controlo, as dotações insuficientes de enfermagem condicionam os rácios e portanto o tempo disponível para a prestação de cuidados. Na prática, é muito mais comum adotar medidas farmacológicas para a dor do que implementar estratégias não farmacológicas por uma questão de gestão de tempo. Estratégias como meditação guiada ou massagem de relaxamento têm ótimos resultados mas demoram muito mais tempo que medicar e aguardar efeito." (Sic)</i>	1

		<p>Promoção de qualidade de vida</p> <p><i>"Acho que já estamos mais sensíveis e despertados para esta temática, pois todos merecem ter qualidade de vida no seu fim. Felizmente no meu local de trabalho a dor é muito valorizada e conseguimos dar resposta a esta situação, um excelente trabalho de equipa entre a equipa de enfermagem e médica para o controlo da dor. É incompreensível com tanta terapêutica coadjuvante e técnicas ainda existirem enfermeiros que não valorizam a dor. Uma grande importância é conhecer e cuidar do utente de forma holística. Tenho o cuidado de me colocar no lugar do outro e pensar como eu gostaria que me tratassem, importante dialogar e conhecer as suas reais necessidades. Valorizar sempre."</i></p> <p>(Sic)</p>	1
		Realização	1
		<p>Recompensa</p> <p><i>"Tendo trabalhado durante bastante tempo em unidades de cuidados paliativos considero que é bastante recompensador cuidar destes doentes e conseguir aliviar a sua dor como estes nunca acreditaram que fosse possível, mas é possível! Precisamos é de estar alertas, construir uma relação de confiança, identificar previamente qualquer sinal de dor, desconstruir determinados mitos junto do doente e família, nomeadamente os associados à utilização de Morfina e outros opioides, manipulá-los com confiança e segurança e usá-los da melhor forma com vista a aliviar o sofrimento dos</i></p>	1

		<p><i>doentes. Há também que reconhecer a dor como dor total e intervir também em todas as dimensões da dor que não apenas a dimensão física. Tudo isto exige muito estudo, empenho e desenvolvimento pessoal, nem sempre é fácil vivenciar estas situações, mas sem dúvida vale a pena. Ainda há muito a fazer por estes doentes!" (Sic)</i></p>	
		<p>Respeito</p>	<p>2</p>
		<p>Satisfação</p> <p><i>"Na minha prática em cuidados de saúde primários tenho percecionado sensação de satisfação e o trabalho em equipa multidisciplinar (enfermeiro de família, enfermeiro responsável por esta área bem como a família, unidade de cuidados paliativo, unidade de dor, médico de família) permite ao utente no fim de vida ter o maior conforto com mínimo de dor possível. O enfermeiro de família permite a interligação entre estes serviços, minimizando o tempo de resposta para os utentes que têm dor que muitas das vezes precisam de aumentar ou até mesmo mudar posologia da medicação para a dor." (Sic)</i></p> <p><i>"Ter como objetivo um fim de vida sem dor é possível e a intervenção do enfermeiro é crucial pelo que para mim é muito satisfatório cuidar dessa tipologia de doentes e conseguir garantir um fim de vida tranquilo." (Sic)</i></p>	<p>3</p>

		Serenidade	2
		Solidariedade	1
		Tranquilidade	1
	Sentimentos Negativos	Agonia <i>"Tendo em conta, e falando no meu contexto de trabalho, que apenas podemos administrar terapêutica de acordo com a prescrição médica sendo em doentes pós cirúrgicos ou mesmo em doentes em fim de vida, hoje em dia a prescrição médica fica muito aquém do que os doentes necessitam. Especificamente em doentes em fim de vida muitas das vezes é desumano vê los em agonia sendo que alguns deles estão conscientes até ao fim e não têm a terapêutica adequada ou ajustada ao estágio que se encontram."</i> (Sic)	1
		Angústia <i>"Sinto que a equipa médica tem muita dificuldade em otimizar a terapêutica para a dor. Sentem sempre muita necessidade de contatar a unidade da dor. Por vezes, enquanto isso não acontece, ou não chega a resposta, o doente fica desconfortável e com dor. E isso incomoda me imenso."</i> (Sic)	12
		<i>"Muito duro"</i> (Sic)	
		Ansiedade	3
		Depressão	2
		Desânimo	1

		<p><i>“A procura de promoção de conforto e ausência de dor em fim de vida ou não, é uma preocupação intrínseca à profissão de enfermagem. No serviço de urgência onde trabalho, muitas vezes me deparo com situações, menos promotoras de tal. Nomeadamente, macas desconfortáveis, rácios reduzidos de enfermeiros. No entanto, é com agrado que pratico e vejo praticar uma enfermagem autónoma, no que diz respeito ao controlo da dor. Desde a aplicação de protocolos anti úlgicos como promoção do conforto no sentido de diminuir a dor.” (Sic)</i></p> <p><i>"Infelizmente o nosso sistema e os hospitais não estão preparados para paliar. Os maiores constrangimentos parte logo desde aqui, fármacos caros, alguma resistência por parte das equipas médicas, pouca prática no controlo da dor e avaliação." (Sic)</i></p>	
		<p>Desespero</p> <p><i>"Vivenciar a dor de alguém em fim de vida é desesperante..." (Sic)</i></p>	5
		<p>Desgaste</p>	1
		<p>Desistência</p> <p><i>"Desistência de viver." (Sic)</i></p>	1
		<p>Desvalorização</p> <p><i>"Pouca importância à dor, não valorizar a dor no final da vida por alguns clínicos." (Sic)</i></p>	3

		<p><i>"Na minha opinião a dor é muito desvalorizada mas felizmente começa a ser uma preocupação crescente. No hospital onde trabalho há uma equipa multidisciplinar da Dor, que na minha opinião deveria ser acionada mais precocemente na maior parte dos casos." (Sic)</i></p> <p><i>"Existem poucas alternativas não farmacológicas no meu serviço; Existe pouca valorização da dor por parte da equipa médica que muitas vezes não prescreve analgésicos mais eficazes; Existem poucos registos por parte da equipa de enfermagem quanto à Avaliação da dor" (Sic)</i></p>	
		<p>Frustração</p> <p><i>"Falta de formação médica (à excepção dos médicos em cuidados paliativos) em terapêutica para a dor em fim de vida, o que por vezes me traz o sentimento de frustração por não conseguir retirar a dor ao utente." (Sic)</i></p>	12
		<p>Horror</p>	1
		<p>Impotência</p> <p><i>"Muitas das vezes sinto uma grande sensação de impotência relativa ao sofrimento do outro" (Sic).</i></p>	36

		<p><i>"Sentir que por vezes não conseguimos controlar a dor" (Sic).</i></p> <p><i>"Por vezes sinto-me impotente para apaziguar e reduzir a dor num doente em final de vida, pois sabemos que o doente sofre e muito e o que temos para lhe oferecer são medidas de conforto, companhia e um ombro amigo e medidas farmacológicas." (Sic)</i></p> <p><i>"De 12 anos, tive 10 anos de profissão a trabalhar junto de doente em fim de vida. Quase todos eles tinham como principal sinal, a presença de dor. Pela escassez de tempo suficiente para estar ao lado do doente e perceber qual a melhor estratégia para avaliar e monitorizar a dor, eu sentia-me muitas vezes "impotente" perante um quadro álgico agudizado, mesmo com a administração de terapêutica adequada. E comparar com a nossa própria vida é algo que surge, por poucos segundos, mas surge, surgindo aquele pensamento: "e se fosse comigo?"" (Sic)</i></p>	
		Incapacidade	9
		<p>Incompetência</p> <p><i>"Infelizmente, ainda existe uma lacuna nos conhecimentos no que toca ao cuidado da pessoa em fim de vida sem ser em unidades de cuidados paliativos, nomeadamente em serviços de medicina em que tantos doentes estão em fase paliativa mas não recebem o devido cuidado. E no caso da dor muitas vezes é esquecida, pois o foco está em tratar a doença e não olhar e cuidar de pessoa de forma holística." (Sic)</i></p>	1

		<i>"Falta de formação sobre a gestão da dor no doente, nomeadamente gestão da terapêutica analgésica subcutânea." (Sic)</i>	
		<p>Medo</p> <p><i>"Nao ver crescer os filhos, o medo do que esta para lá da morte. O mais importante e nao ter dor no final da vida." (sic)</i></p> <p><i>"Existe medo por parte de profissionais médicos menos experientes em administrar doses adequadas para o controlo da dor; trabalho num serviço de urgência onde os rácios não permitem a utilização de medidas não farmacológicas para o controlo da dor, sendo que as considero essenciais para o doente oncológico em fim de vida." (Sic)</i></p>	2
		<p>Pouco conhecimento</p> <p><i>"Infelizmente ainda existe pouco conhecimento da fisiologia da dor por parte dos enfermeiros, e a dor não é valorizada. Devia ser considerada como 5º sinal vital, porque um doente em fim de vida com dor, sofre e descompensa todos os outros sinais vitais. pouco prioritária, pois a dor nas várias vertentes é muito negligenciada." (Sic)</i></p> <p><i>"Ainda existe muito a renitência na prescrição de opiáceos para o controlo da dor (quando já não é controlada com outra medicação) - a escala da OMS; que ainda existe muito o mito de que se se administra morfina para o controlo</i></p>	1

		<p><i>da dor acelera-se a morte. Muitas vezes a dor psicológica é esquecida, mas condiciona e piora a dor física, etc..." (Sic)</i></p> <p><i>"Em fim de vida é importante os fármacos e nem sempre os médicos estão "à vontade" na sua prescrição. As medidas não farmacológicas para controlo da dor, exigem tempo do enfermeiro para estar realmente presente para ao utente e sua família. E infelizmente não há essa possibilidade." (Sic)</i></p>	
		<p>Preocupação</p> <p><i>"Para cuidarmos de um utente com dor em fim de vida é essencial termos uma equipa, nomeadamente, médica que se importe mais no garantir o conforto do utente do que no "curar" e isso é muito raro encontrarmos em Portugal. É muito mais frequente vermos prescrições de antibióticos de larga escala em utentes anquilosados, com múltiplas úlceras de pressão, do que por exemplo a prescrição de uma morfina em SOS ou mesmo em perfusão. Na maior parte das vezes o que estes utentes têm prescrito é um simples Paracetamol e apesar de serem usadas estratégias não farmacológicas, estas não são suficientes, infelizmente. Precisamos de muito mais formação nesta área e sensibilização para a dor pois só quem está 24/24h com os utentes é que percebe a sua importância." (Sic)</i></p>	4
		Raiva	1
		Revolta	3

		<i>"A minha perceção é que a dor é pouco valorizada. Principalmente num doente em fim de vida, esse devia ser o principal foco. Creio que não existe formação suficiente na área, nem as equipas estão tão despertas como deviam. Muitas vezes a analgesia é insuficiente ou desadequada ao tipo de dor. As doses são muitas vezes baixas, como se existisse "medo" de prescrever doses mais elevadas. Com os recursos existentes atualmente, já não devia haver tanto sofrimento físico em fim de vida." (Sic)</i>	
		Sufrimento <i>"É doloroso ver alguém enfim de vida e saber que não podemos fazer mais por essa pessoa. Dar conforto para partir em paz." (Sic)</i>	4
		Stress	1
		Tristeza <i>"É uma das coisas que mais me custa ver são utentes com dor, isso deixa-me emotiva, triste e stressada." (Sic)</i>	8
		Vulnerabilidade	1

Tabela 4 - Perceções dos Enfermeiros sobre o Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vid

CONCLUSÃO

A Dor é considerada o 5º sinal vital segundo a DGS e hoje em dia, infelizmente, ainda existem Enfermeiros que a desvalorizam. Assim sendo, decidi realizar-se este estudo de forma a compreender qual o papel do Enfermeiro no controlo da dor no cuidar do doente em fim de vida.

Com a realização do presente estudo pretendia-se compreender quais as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da dor no cuidar do doente em Fim de Vida.

Definimos como objetivo geral compreender as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de vida

Relativamente aos dados obtidos neste estudo, conseguimos obter uma visão global acerca da realidade vivenciada pelos Enfermeiros sobre a presente temática, nomeadamente, sobre as perceções e sentimentos dos mesmos. Após ser feita uma análise global dos resultados obtidos, concluímos que a maioria dos Enfermeiros considera ser extremamente importante ter conhecimentos sobre a fisiologia da dor e que a maioria deles já participou em formações sobre a presente temática. Foi também notório que a grande maioria dos enfermeiros que participaram neste estudo, considera ser suficientemente importante o facto de a dor ser considerada como 5º sinal vital e que estes usam sempre escalas para avaliar a dor de cada doente e quais as respetivas escalas que utilizam para avaliar a mesma. Tivemos ainda oportunidade, de adquirir novos conhecimentos relativamente a outras escalas de avaliação da dor das quais ainda não tínhamos tido qualquer contacto nestes 4 anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem nomeadamente a Behaviour Pain Scale e a escala de FLACC.

É de extrema importância salientar que muitos Enfermeiros reconhecem que os registos informáticos da dor são de carácter importante/ mandatório, que a maior parte dos enfermeiros reavalia a dor após a administração da terapêutica e que fazem uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como por exemplo, alternância de decúbitos e posicionamentos. Obtivemos ainda uma visão global dos vários impedimentos que podem influenciar o controlo da dor dos quais nós teremos de aprender a lidar para proporcionar os melhores e mais adequados cuidados de Enfermagem a cada doente.

Com a elaboração deste trabalho final de Licenciatura conseguimos perceber com mais clareza a importância e o contributo que toda esta experiência nos facultou, contribuindo largamente para a nossa formação enquanto estudantes de Enfermagem, futuras profissionais de Saúde e principalmente enquanto Seres Humanos.

Consideramos assim ter atingido todos os objetivos estipulados, no que diz respeito ao estudo proposto, bem como ter adquirido competências e capacidades de extrema importância para a nossa prática.

Como limitações tivemos alguma dificuldade em encontrar artigos sobre as diversas temáticas que contém esta monografia com menos de cinco anos de publicação.

É de salientar que é extremamente importante existirem cada vez mais ações de formação acerca da temática da dor e sobre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas de forma a sensibilizar as diversas equipas multidisciplinares com a finalidade de aliviar a dor manifestada pelos utentes, proporcionando-lhes mais conforto em fim de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, F. L. M., de Sousa, M. E., de Brito, D. T. F., Agra, G., de Lima Macedo, E., & de Sousa, A. T. O. (2018). Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. *Revista de Iniciação científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 8(1)
- Araújo, T. C., Pereira, Á., Sampaio, E. e S., & Maria Soledade Santana Araújo. (2014). Uso da música nos diversos cenários do cuidado: Revisão integrativa use of music in various scenarios of health care: integrative review de la musica em las diversas fases deprecaución: Revisión integradora, 96-106. Retrieved from <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/6967/871>
- Associação Portuguesa de Reiki. (2010). Código Deontológico para Terapeutas de Reiki. Retrieved from https://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2013/07/codigo_deontologico_-_julho_2010.pdf
- Azevedo, A. S. C. A. D. (2017). Uso de opióides na dor crónica não oncológica (Dissertação de Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Barbosa, S. M. (2010). Humanização dos cuidados de Enfermagem – A Perspectiva Do Enfermeiro. Retrieved from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (3ª edição). Lisboa: Edições 70 Lda.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. (2ª edição). Lisboa: Lidel.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2017). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (13ª edição). Editora Vozes Limitada.
- Bottega, F. H., & Fontana, R. T. (2010). A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19(2), 283-290.
- Bresolin, N. L., & Fernandes, V. R. (2002). *Sedação, Analgesia e Bloqueio Neuromuscular*.
- Carvalho R. T., Parsons H. A., (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª Edição) Porto Alegre: Meridional.

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICN. (2019). Conselho Internacional de Enfermagem.
- de Carvalho, G. B., Lopes, G., de Souza, L. D., Peretti, A. L., Binda, A. C., & Bertolini, G. R. F. (2018). Efeitos da Crioterapia Sobre a dor e edema: Uma Revisão Sistemática. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, 4(2), 203-210.
- De Castro, R. M. M., dos Reis Garcia, D. J., Chagas, E. M., dos Santos, F. O., Teixeira, D. S., Maia, S. R. T., ... & de Lima, R. M. F. (2020). Utilização da aromaterapia e auriculoterapia como métodos não farmacológicos para alívio da dor em idosos. *Brazilian Journal of Development*, 6(8).
- De Matos Frazão, J., Moraes, F. T. R., dos Reis, M. N. D. S., & da Silva, S. L. (2019). A Abordagem do enfermeiro na prevenção de feridas em pacientes hospitalizados. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 88(26).
- Direção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sintomático da Intensidade da Dor.
- Direção Geral da Saúde (2008). Circular normativa no 11/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.
- do Nascimento, Í. M. B., Marinho, C. L. F., & de Oliveira Costa, R. (2017). A contribuição da fisioterapia nos cuidados em pacientes com dor oncológica. *Revista Uningá*, 54(1).
- Ferreira, J. B. S., Matias, R. S. S., & Venturini, E. (2018). O cuidar em oncologia: percepções de enfermeiros Caring in Oncology: perceptions of nurses.
- Duarte, D. F. (2005). Uma breve história do ópio e dos opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 55(1).
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (3ª edição). Lisboa: Lusodidacta.

- Freitag, V. L., de Andrade, A., & Badke, M. R. (2015). O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. *Enfermería Global*.
- Gnatta, J. R., Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., & Silva, M. J. P. D. (2016). Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 127-133.
- Ignatti, C. (2018). Resultados parciais da aplicação de toque terapêutico em portadores de dores crônicas. *Brazilian Journal of Health Review*.
- Janeiro, I. M. I. (2017). Fisiologia da dor (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias – Escola de ciências e tecnologias de saúde).
- Oliveira Junior, N. J. D., Oliveira, S. B. S. D., Migowski, E. R., & Riegel, F. (2017). O papel da enfermagem no tratamento não farmacológico da dor de pacientes oncológicos. *Revista Dor*, 18(3), 261-265.
- Orak, Y., Bakacak, S. M., Yaylali, A., Tolun, F. I., Kiran, H., Boran, O. F., ... & Doganer, A. (2020). Efeitos da musicoterapia sobre dor e estresse oxidativo na aspiração folicular: estudo clínico randomizado. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 70(5), 491-499.
- Leal, R. (2020). Uso indevido e dependência de opióides: Da prevenção ao Tratamento. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 2(1).
- Leite, F. C., & Zângaro, R. A. (2015). Reflexologia: uma técnica terapêutica alternativa. São José dos Campos-SP.
- Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V., & Fonseca, C. (2018). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: Resultados sensíveis da intervenção dos Enfermeiros Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*.
- Mendes D. S., de Moraes, F. S., de Oliveira Lima, G., da Silva, P. R., Cunha, T. A., Crossetti, M. D. G. O., & Riegel, F. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem/Benefits of integrative and complementary practices in nursing

care/Benefícios de las prácticas integrativas y complementarias en el cuidado de enfermería. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 302-318

- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2003) - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº9/DGCG de 14-06-2003.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2001). Cuidados paliativos oncológicos: Controlo da dor.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1643-1652.
- Nogueira, D. F. de C. G. A. T. de O., & Puggina, A. C. G. (2008). O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica the use of music in nursing care in Brazil: A literature review, 13(4), 591-596. Retrieved from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13121/8881>
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Dados Estatísticos. Disponível on-line em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_AnuárioEstatísticos.pdf. Último acesso em 03-04-2021
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de Boa prática.
- Pereira, A. L. M. (2019). Influência do Reiki na percepção da dor e de qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada (Dissertação de tese de doutoramento, Universidade de Coimbra).
- Perissinotti, D. M. N., & Portnoi, A. G. (2016). Psychobehavioral and psychosocial aspects of neuropathic pain patients. *Revista Dor*, 17, 79-84.
- Ruivo, M. A.; Ferrito, C.; Nunes, L. e Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos.. 1-38. Retrieved from: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sapeta, P. (2007). Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *Revista Dor*, 1(15), 17-21.

- Silva, A. T. D., & Monteiro, T. L. (2019). Avaliação e intervenção da enfermagem frente ao paciente com dor crônica.
- Silva, S. R., & Magalhães, M. D. A. V. (2020). Assistência de Enfermagem no controle da Dor em pacientes oncogeríátricos. *Revista Saberes Docentes*, 5(10).
- Tan, J. (2005). *Practical Manual of Physical Medicine and Rehabilitation*. (2a ed.). London: Mosby.
- Tashiro, M. T. O., Orlandi, R. M., Rita, C. T., & Santos, E. (2001). Novas tendências terapêuticas de enfermagem: terapias naturais - programa de atendimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(4), 658-667.
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.

APÊNDICES

•

Apêndice I – Consentimento Informado

“As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida”

Exmo. (a) Sr. Enfermeiro (a),

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar no presente estudo de Investigação que nos encontramos a desenvolver no Âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Atlântica.

Por favor, leia com atenção a informação seguidamente disponibilizada. Se considerar que algo não está claro, não hesite em solicitar informações adicionais.

O título do nosso estudo é: “As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida”

Este estudo está a ser desenvolvido pelas estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Ana Carolina Lopes Paiva e Jéssica Melissa Santos Bento Araújo Franco em conjunto com a Professora Doutora Hortense Cotrim. Com este estudo pretendemos avaliar:

- As perceções e sentimentos dos Enfermeiros face á Dor referida pelo Utente em fim de vida;
- Identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Doente em fim de Vida;
- Indicar quais são as escalas utilizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito ao controlo da Dor;
- Determinar quais os impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da Dor.

O questionário é composto apenas por duas partes com uma duração aproximada de 15 minutos. A primeira parte consiste numa recolha de dados da pessoa inquirida e na segunda parte, temos como objetivo recolher informação sobre o tema de estudo apresentado anteriormente onde estão presentes 10 questões. Estes procedimentos decorrerão online. Desde já asseguramos que este estudo não apresenta qualquer risco para si.

Condições e financiamento:

Não haverá lugar a qualquer pagamento pela sua participação neste estudo. A sua participação é totalmente voluntária e poderá recusar ou abandonar o estudo a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo para si. Este trata-se de um estudo não financiado, relativamente ao qual os estudantes e investigadores assumem a ausência de conflitos de interesse.

Confidencialidade:

Toda a sua informação será recolhida e tratada de forma codificada e confidencial. Não haverá qualquer divulgação ou comunicação de resultados individuais. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para este estudo. Apenas os estudantes e investigadores envolvidos no projeto terão acesso aos seus dados e estão obrigados a sigilo profissional. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Terá o direito de aceder, retificar, limitar o tratamento ou eliminar os seus dados durante o decorrer do projeto. No entanto, os dados recolhidos não poderão ser eliminados se já estiverem em fase de análise ou publicação científica. Poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento para deixar de participar no estudo.

Desde já agradecemos a sua imprescindível contribuição.

Os estudantes e investigadores,

Ana Carolina Lopes Paiva

Email: anaclpaiva@hotmail.com

Jéssica Melissa Santos Bento Araújo Franco

Email: jmsba94@gmail.com

Professora Doutora Hortense Cotrim

Email: hcotrim@uatlantica.pt

- I. Declaro ter lido e compreendido o consentimento informado. Foi-me garantida a possibilidade de, a qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelos estudantes e investigadores.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

1. Caracterização da amostra:
 - 1.1 Género: (meter caixa de texto)
 - 1.2 Idade: (meter caixa de texto)
 - 1.3 Categoria profissional: (meter caixa de texto com enfermeiro, enfermeiro graduado e especialista, se for especialista mais uma caixa de texto para dizer a especialidade)
 - 1.4 Tempo de serviço na profissão:

2. Recolha de informação sobre o tema de estudo:
 - 2.1 Considera importante ter conhecimentos acerca da fisiologia da dor?
 - 2.2 Já participou numa formação sobre a temática da dor?
 - 2.3 Considera que a dor é um fator suficientemente importante para ser considerada o 5º sinal vital?
 - 2.4 Utiliza sempre escalas na avaliação da dor?
 - 2.5 Que escala utiliza para avaliar a dor nos utentes?
 - 2.6 Considera ser importante o registo de avaliação da dor de forma sistemática?
 - 2.7 Onde efetua os seus registos relacionados com a dor dos utentes?
 - 2.8 Após administração de terapêutica farmacológica com que frequência reavalia a dor nos utentes?
 - 2.9 Faz uso de estratégias não farmacológicas para controlo da dor? Se sim, quais?
 - 2.10 Considera que existem impedimentos que podem influenciar as intervenções de enfermagem na gestão da dor?

3. Quais as perceções e sentimentos vivenciados na sua prática, relativos ao cuidar de um doente com dor em fim de vida?

Apêndice II – Carta de Autorização para a Realização do Estudo

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de
Ética da ESSATLA

Barcarena, 22 de Maio de 2020

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário aos enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida, em todos os Hospitais do País

Ana Carolina Lopes Paiva e Jéssica Melissa Santos Bento Araújo Franco, estudantes finalistas do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica da Universidade Atlântica, pretendemos, através deste meio, solicitar a Vossa Excelência um parecer positivo para procedermos à aplicação de um questionário online, com o objetivo de recolher diversos dados para a realização de um trabalho de investigação/ monografia final de curso.

A temática abordada no presente estudo é “As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar do Doente em Fim de Vida”. Se as condições assim o permitirem, pretendemos apresentar uma amostra de 30 Enfermeiros (n=30), proveniente da seleção feita à população estabelecida (todos os Enfermeiros que cuidam dos Doentes em Fim de Vida em todas as instituições de saúde) e de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos. Assim sendo, definimos como critérios de inclusão: Ser Enfermeiro e exercer a prática numa instituição de Saúde; Prestar Cuidados de Enfermagem a Doentes que se encontram em Fim de Vida e Aceitar participar no presente estudo. Esta investigação tem uma abordagem qualitativa perante a recolha dos dados.

O presente estudo tem como objetivos, averiguar quais as perceções dos Enfermeiros face á Dor referida pelo Utente; identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no doente em fim de vida, indicar quais são as escalas utilizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito ao controlo da Dor e determinar quais os impedimentos que podem influenciar as intervenções de Enfermagem na gestão da dor.

Comprometemo-nos a respeitar o sigilo profissional, os aspetos éticos e a confidencialidade dos dados recolhidos. É importante salientar que toda a recolha dos dados para este estudo será efetuada após a autorização e explicação da importância do presente estudo.

Todos os dados serão posteriormente disponibilizados.

Atenciosamente,

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida -
Licenciatura em Enfermagem

Ana Carolina Lopes Paiva

Email: anaclpaiva@hotmail.com

Contacto Telefónico: 966251357

Jéssica Melissa Santos Bento Araújo Franco

Email: jmsba@gmail.com

Contacto Telefónico: 936873389

Apêndice III – Elaboração do Cronograma

As Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros no Controlo da Dor no Cuidar ao Doente em Fim de Vida - Licenciatura em Enfermagem

Atividades		2019				2020												2021							
		Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	
Fase conceitual	Escolha do tema e da questão preliminar																								
	Revisão da Literatura																								
	Formulação de um problema de investigação																								
	Enunciado dos objetivos																								
Fase Metodológica	Estratégia de pesquisa e identificação do estudo																								
	Definição dos critérios de elegibilidade																								
	Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos																								
	Aprovação pela comissão de ética da EESATLA																								
	Análise, síntese e apresentação dos resultados																								
	Discussão dos resultados																								
Fase de redação	Realização do relatório de monografia																								
	Interpretação dos resultados																								

