



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

As Intervenções Autónomas do Enfermeiro no Controlo da Dor na Pessoa Idosa: *Scoping Review*

Liliane Filipa Taveira Rodrigues

Viseu, Março de 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

As Intervenções Autónomas do Enfermeiro no Controlo da Dor na Pessoa Idosa: *Scoping Review*

Liliane Filipa Taveira Rodrigues

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, sob a orientação da Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Viseu, março de 2022

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”
(Madre Teresa de Calcuta)

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos, expresso a minha profunda gratidão e reconhecimento.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Ana Isabel Andrade, minha orientadora, pelo seu profissionalismo e apoio.

Aos meus filhos, pela compressão, pela boa disposição, por todos os sorrisos e alegrias que me proporcionam e que me dão alento e força para nunca desistir.

Ao meu marido, por estar sempre presente.

Aos meus pais e irmã pelo carinho e amor e por todo o apoio demonstrado.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: A dor é um dos sintomas mais frequentes e com maior impacto na qualidade de vida das pessoas em geral e dos doentes em particular. A dor foi considerada o “5º sinal vital” pela Direção-Geral da Saúde, desde 2003, através da publicação da Circular Normativa n.º 9, que prevê a sua avaliação em todos os serviços de cuidados de saúde, constitui um sintoma que acompanha, de forma transversal, a maioria das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, como são exemplo as doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas.

Objetivos: Mapear as intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa.

Metodologia: Realizou-se uma *scoping review*, com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, através de pesquisa realizada nas bases de dados Pubmed; CINAHL (via EBSCO); B-On, de estudos publicados entre 2016 e 2021 nos idiomas português e inglês. Dos 307 artigos iniciais, foram incluídos no estudo seis artigos, após aplicados critérios de inclusão previamente definidos.

Resultados: As intervenções autónomas de enfermagem descritas na literatura foram o treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação, aplicação de frio e aplicação de calor, exercício, massagem, toque terapêutico, conforto e o programa InTouch. Os estudos também demonstram que estas intervenções podem ser utilizadas como forma complementar as intervenções farmacológicas na gestão da dor, sendo ainda intervenções autónomas de enfermagem. A falta de conhecimento, a falta de treino e a falta de tempo configuram-se como algumas das barreiras atribuídas pelos enfermeiros à sua utilização. Todos corroboram que a gestão da dor envolve quer a avaliação e monitorização, quer a implementação de intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem, farmacológicas e não-farmacológicas.

Conclusão: Os resultados encontrados na presente *scoping review* corroboram as evidências científicas que demonstram que o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem é determinante para a eficácia do controlo da dor na pessoa idosa.

Palavras-Chave: Dor; Pessoa idosa; Intervenções autónomas; Enfermagem; Enfermagem de Saúde Comunitária.

Abstract

Background: Pain is one of the most frequent symptoms and has the greatest impact on the quality of life of people in general and patients in particular. Pain has been considered the "5th vital sign" by the Directorate-General for Health since 2003, through the publication of Normative Circular No. 9, which provides for its assessment in all health care services.

Objectives: To map the autonomous interventions of nurses in pain management in the elderly.

Methodology: A scoping review was conducted, based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute, through a search conducted in the Pubmed, CINAHL (via EBSCO) and B-On databases, of studies published between 2016 and 2021 in Portuguese and English. Of the initial 307 articles, six articles were included in the study, after applying previously defined inclusion criteria.

Results: The autonomous nursing interventions described in the literature were coping skills training, relaxation with imagination, cold application and heat application, exercise, massage, therapeutic touch, comfort and the InTouch program. The studies also show that these interventions can be used as a complementary way to pharmacological interventions in pain management, and are still stand-alone nursing interventions. Lack of knowledge, lack of training and lack of time are some of the barriers attributed by nurses to their use. All confirm that pain management involves both assessment and monitoring, and the implementation of interdependent and autonomous pharmacological and non-pharmacological nursing interventions.

Conclusion: The results found in this scoping review corroborate the scientific evidence showing that the development of autonomous nursing interventions is essential for effective pain management in the elderly.

Keywords: Pain; Elderly; Autonomous Interventions; Nursing; Community Health Nursing.

Sumário

Introdução.....	21
1. Competências adquiridas	22
2. Atividades Realizadas	37
2.1. Estudo: Intervenções autónomas do enfermeiro no controlo da dor na pessoa idosa: <i>Scoping Review</i>	38
2.1.1. Enquadramento teórico	38
2.1.2. Metodologia	50
2.1.3. Apresentação dos Resultados	55
2.1.4. Discussão dos Resultados	59
2.1.5. Conclusões.....	63
3. Avaliação por Competências	67
Considerações Finais.....	69
Referências bibliográficas.....	71
ANEXOS.....	80

Lista de figuras

Figura 1. Logotipo da UCC Viseu	23
Figura 2. Mapa do Concelho de Viseu e organização administrativa.....	24
Figura 3. Fluxograma PRISMA	54

Lista de quadros

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos51

Quadro 2. Estudo identificados a partir da introdução dos descritores52

Listas de tabelas

Tabela 1 – Resumo da análise do estudo de Pu et al. (2018)	55
Tabela 2 – Resumo da análise do estudo de Pringle, et al. (2021).....	55
Tabela 3 – Resumo da análise do estudo de Nawai (2019)	56
Tabela 4 – Resumo da análise do estudo de Stöckigt et al. (2019)	56
Tabela 5 – Resumo da análise do estudo de Hunter et al. (2019).....	57
Tabela 6 – Resumo da análise do estudo de Tang et al. (2019)	57
Tabela 7. Intervenções autónomas de enfermagem para a gestão da dor em idosos.....	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde ARS – Administração Regional de Saúde

COVID-19 – Coronavirus Disease

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EVA - Escala visual analógica

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados ERA – Equipa Regional de Apoio

ERPI- Estrutura Residencial para Idoso

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

IASP - International Association for Study of Pain

ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAINAD - Pain Assessment In Advanced dementia

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, realizado na UCC Viseu, com a duração de 360 horas de contacto na prática clínica especializada com início a 1 de março de 2021.

Este tem como objetivo traçar todo o percurso que foi realizado ao longo destas semanas de estágio, relatando as atividades desenvolvidas e as aprendizagens conseguidas tendo sempre por base o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no entanto adaptadas ao contexto atual associado à pandemia Covid 19

Assim como o próprio nome indica este estágio é desenvolvido na prestação de Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, tendo sempre por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as suas intervenções diferenciadas e especializadas. A UCC de Viseu oferece aos seus utentes uma rede de cuidados bastante abrangente, no entanto devido às circunstâncias atuais algumas dessas valências não foram desenvolvidas assentando assim o principal foco da unidade na visita domiciliária mais concretamente nos utentes que estão inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e na vacinação contra a Covid 19 numa primeira fase dos profissionais de saúde e posteriormente na população. Um dos principais focos da equipa de EECCI é o proporcionar bem-estar ao utente e sua família e por isso o aliviar a dor é um ponto crucial nessa atuação. Com o aumento da esperança média de vida surgiu a necessidade de combater as carências nos cuidados das pessoas ao nível da longa duração e cuidados paliativos, decorrente do aumento de doenças crónicas incapacitantes, assim surge a cada dia que passa um aumento da procura de apoio social e de saúde para fazer face ao aumento de idosos com situação de dependência funcional, ao aumento de doenças crónicas incapacitantes e de pessoas com doenças incuráveis e em fim de vida. Assim surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na qual se insere a UCC Viseu e mais concretamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A equipa oferece cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de uma forma individualizada assim como cuidados de reabilitação, apoio psicológico e social. A referenciação dos utentes pode ser através da equipa de gestão de alta hospitalar, havendo um notório aumento desta referenciação assim como através da unidade de saúde familiar do próprio utente.

O estágio é um espaço de aprendizagem, uma etapa de preparação para o exercício de uma profissão e assim este tem como objetivo completar a formação teórica e o aperfeiçoamento académico, e é sem dúvida uma experiência profissional muito rica, colocando em prática tudo o apreendido e percecionando a realidade diária dos cuidados

prestados numa UCC ao utente, família/prestador de cuidados bem como no âmbito da educação para a saúde. A reflexão pessoal diária das experiências vividas em consonância com os conhecimentos adquiridos na parte teórica lecionada anteriormente são de extrema importância para a aquisição de competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, de Saúde Pública e também de Saúde Familiar, é extremamente gratificante passar para a prática todos esses conhecimentos e competências adquiridas e constatar que o utente e família beneficiam disso, melhorando o seu estado de saúde físico e psicológico, alcançando objetivos anteriormente traçados e assim obter ganhos em saúde.

Este trabalho está dividido em três partes, uma primeira parte onde é realizada a caracterização da UCC e a apresentação das competências adquiridas ao longo do estágio, uma segunda parte onde são apresentados os objetivos de estágio bem como das atividades que foram realizadas ao longo do mesmo e um estudo com o tema “Intervenções Autónomas de Enfermagem no Controlo da Dor na Pessoa Idosa, *Scopin Review*” e, por fim, na terceira parte onde é realizada uma abordagem da implicação para a prática de todo este estágio e do estudo realizado no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

1. Competências adquiridas

Contextualização do estágio na UCC Viseu

A UCC de Viseu está localizada no centro da cidade de Viseu no Edifício do, MAS no 7º piso e é coordenada pela Enf.^a Maria Albernaz, iniciou a sua atividade em setembro de 2011, preservando o lema “*Abraçar a Saúde na comunidade com ciência, arte e o envolvimento de TODOS*” com isto a UCC é uma equipa dinâmica com uma inovadora abordagem à população com o objetivo de apresentar ganhos em saúde e promover a capacitação da população



Figura 1 – Logotipo da UCC Viseu

Do ACES Dão-Lafões fazem parte 15 Centros de Saúde, nos quais funcionam 12 Unidades de Saúde familiar (USF), 13 unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 9 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 Unidade de Saúde Pública (USP). O principal foco assenta na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos vulneráveis, nomeadamente às crianças, idosos e pessoas com deficiências.

A sua intervenção é orientada para a execução dos Programas de Saúde da Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Saúde e nos seguintes *itens*: escolas, locais de trabalho, prisões, universidades, locais de lazer, amas, infantários, ERPI's, domicílios, comunidades de risco entre outros.

Tem como objetivos gerais melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde pelo desenvolvimento de cuidados de proximidade ao cidadão, melhorar a articulação entre os vários serviços e unidades da rede de prestação de cuidados, criar oportunidades de captação de recursos, reforçar o trabalho em parceria com instituições da comunidade e valorizar o papel de intervenção comunitária.

Para a consecução dos referidos objetivos, integram a equipa multidisciplinar dez enfermeiras, uma enfermeira coordenadora especialista em Saúde Pública, uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária, duas especialistas em cuidados paliativos, uma especialista em enfermagem de reabilitação, uma especialista em enfermagem médico-

- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ)
- Programa de Literacia em Saúde/Participação Ativa nos Jornais Locais (Diário de Viseu)
- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Atividade Sénior/Envelhecimento Ativo
- Articular e Cuidar em Continuidade
- A Criança Acolhida: Percursos Singulares e Saúde.

Programas Adicionais:

- Desenvolvimento profissional e formação contínua; Sistema de qualidade e monitorização; Articulação com outras unidades funcionais; Higiene e Segurança.

Outros programas:

Educar para prevenir/Não à Diabetes; Promoção da Saúde em meio prisional; Administração de vacinas a grupos da comunidade; GSJ – Cuida-te; Alertar para a segurança

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Trabalho Solidariedade e Educação Social criando em 2006 pelo Decreto-Lei 101/2006.

Para fazer face as diferentes solicitações de grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da evolução das doenças e da condição social é necessário um novo paradigma de aumentar as capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que diz respeito à conciliação da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Assim a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como objetivo geral a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade.

Os objetivos específicos são:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (Acedido em Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (dre.pt))

A RNCCI de âmbito geral contempla as seguintes tipologias de resposta:

- Unidades de Convalescença;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliárias.

A RNCCI no âmbito da Saúde Mental contempla as seguintes tipologias de resposta:

- Residências de Treino de Autonomia;
- Residências de Treino de Autonomia – Tipo A (Infância e Adolescência);
- Unidades Sócio Ocupacionais;
- Unidades Sócio Ocupacionais – Tipo A (Infância e Adolescência);
- Residências de Apoio Máximo;
- Residências de Apoio Moderado;
- Equipas de Apoio Domiciliário.

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, regional e local.

No nível nacional e regional deve ser promovida a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências. As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Destina-se a utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

As ECCI oferecem:

- cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos);
- cuidados de reabilitação;
- apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- apoio na satisfação das necessidades básicas;
- apoio no desempenho das atividades da vida diária (Acedido em Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - ePortugal.gov.pt)

Os utentes podem ser sinalizados, caso estejam internados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital. Se a EGA verificar que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, envia uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do doente/família. Se estiver em casa, num hospital privado ou noutras Instituições ou Estabelecimentos deve contactar um elemento da equipa de saúde familiar (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área onde reside que avaliará a situação, mediante os critérios definidos na RNCCI, e enviará uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da mesma área.

É nesta vertente das Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade (ECCI) que se desenrola este ensino clínico e este assenta neste pilar que é o cuidar do outro no seu ambiente familiar criando condições físicas e sociais para que isso aconteça com a ajuda de um cuidador informal que necessita de ser capacitado para tal, mas que tem nele a principal arma do cuidar, o amor e o afeto pelo seu ente querido. É também dentro desta temática do cuidador informal que irei desenvolver o meu trabalho de investigação com o intuito de perceber os níveis de stress a que os cuidadores informais estão sujeitos e quais os fatores que influenciam este stress.

O cuidador informal é por definição aquele que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (Diário da República n.º 7/2020, Série I de 2020-01-10)

A 6 de Setembro de 2019 foi publicado em Diário da República o Estatuto do Cuidador Informal, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio. Este estatuto vem auferir um conjunto de direitos nomeadamente o direito a formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa

cuidada, o receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social, o aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito, aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais, usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada, beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional e o beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto.(acedido em 124500807 (dre.pt))

Cabral (2010) defendem a importância da educação para a saúde tanto na capacitação da pessoa como também dos seus cuidadores informais. Estes autores acrescentam que os objetivos dos cuidados deverão advir das preferências e necessidades da pessoa e não das perceções dos enfermeiros, numa clara centralização do processo de cuidar na pessoa. Defendem assim que tanto a pessoa cuidada como os seus cuidadores deverão ser estimulados de forma a permitir a sua autonomia, aumentando a capacidade de assumir responsabilidades para resolver problemas que seriam melhor solucionados por eles mesmos. Neste processo, cabe ao enfermeiro implementar ações específicas de educação para a saúde orientadas para a pessoa e para os cuidadores envolvidos

A Enfermagem Comunitária constitui uma área importante para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa quer à família e/ou grupo.

Segundo Wright & Leahey (2002), os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais, que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Por isso torna-se essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Competências do Enfermeiro Especialista

“Os cuidados de saúde e conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento nº 140/2019).

Assim sendo as competências comuns do enfermeiro especialista assentam em quatro domínios, que são eles:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolve uma prática profissional, ética e legal e promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.
- b) Melhoria contínua da qualidade: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais na área da governação clínica. Garante um ambiente terapêutico e clínico desenvolvendo práticas de qualidade
- c) Gestão de cuidados: gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e articulação da equipa de saúde. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações garantindo a qualidade dos cuidados.
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e assertividade baseando a prática clínica em evidência científica.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

O enfermeiro para além de se reger pelas competências gerais dos enfermeiros possui também uma série de competências específicas dentro da área de especialização.

Segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a área de Enfermagem de Saúde Familiar (regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas deste são:

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.
- Contribui para a capacitação de grupos e comunidades.
- Integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Tendo como fio guia as competências descritas anteriormente e toda a componente teórica apreendida decorrente do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, foram mobilizados conhecimentos teóricos e práticos no estágio descrito para sustentar todas as práticas realizadas, nomeadamente na planificação de cuidados e execução e avaliação dos mesmos.

Com o decorrer da prática clínica consegui perceber toda a aplicação e contextualização destas competências em cima mencionadas no que diz respeito à aplicação da metodologia do planeamento em saúde e a avaliação do estado da comunidade, uma vez

que o objetivo primordial é o estado da saúde da população e a sua melhoria procurando fomentar hábitos de vida saudáveis. Para que isto seja passível de ser concretizado é importante traçar objetivos, que devem ser trabalhados com a população, com os cuidados e saúde primários nomeadamente com a figura do médico e enfermeiro de família de forma a estarmos mais perto dos utentes, da população, de perceber as necessidades e atuar nessas lacunas para que assim sejam obtidos os ganhos em saúde que tanto pretendemos.

O enfermeiro acompanha o utente e sua família desde o nascimento até à morte estando assim presente em todas as etapas do ciclo vital contribuindo para que estas sejam vividas da forma mais saudável possível quer a nível físico quer a nível psicológico e social.

Objetivos de Estágio

A enfermagem é uma disciplina científica, por isso o enfermeiro deve dominar conhecimentos científicos, técnicas e adquirir competências relacionadas com a adaptação do indivíduo a problemas de saúde, reais ou potenciais e assim este projeto visa atingir as dimensões das competências do Especialista em Enfermagem Comunitária.

Com este estágio, pretendo desenvolver atividades que possam dar resposta aos objetivos a que me proponho. Os objetivos gerais traçados e delineados para serem atingidos são os que constam no Guia Orientador dos Ensinos Clínicos, facultado pela ESSV (Escola Superior de Saúde de Viseu), definidos pela coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Comunitária enquanto que os objetivos específicos são delineados de acordo com os momentos de aprendizagem a que me proponho neste ensino clínico. A definição de objetivos específicos é fundamental uma vez que serve de linha orientadora para o desenrolar do presente ensino clínico, tendo em atenção os pontos essenciais para que este ensino clínico se torne um momento de aprendizagem enriquecedor. Na elaboração das atividades planeadas, foram tidas em conta as características da UCC Viseu, a sua missão, todas as oportunidades de aprendizagem que possam surgir e as expectativas em relação a todo este processo de aprendizagem.

Objetivos Gerais

- Conhecer o modelo orgânico/funcional e a área de intervenção da UCC Viseu.
- Elaborar o Relatório Final em regime tutorial, com base na implementação de um projeto de investigação-intervenção na prática clínica do Estágio.
- Participar na gestão de cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidades.

- Planear, executar e avaliar cuidados integrados de saúde na prática especializada em situação de dependência utilizando os recursos existentes de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo/família;
- Promover uma atitude zelosa e ética, bem como o trabalho em equipa colaborando com a mesma para a contribuição de uma maior organização dos serviços e visibilidade dos mesmos.

Após o delinear dos objetivos gerais estabeleço como objetivos específicos os abaixo citados:

Objetivo Específico 1 - Conhecer a estrutura física, a dinâmica funcional e organizacional da UCC Viseu

- Acolhimento na UCC Viseu.
- Apresentação/integração na UCC Viseu com apresentação da respetiva equipa de enfermagem e das enfermeiras tutoras Maria Albemaz e Liliana Rodrigues.
- Conhecer das diversas valências e elementos constituintes da equipa multidisciplinar e da articulação entre si.
- Conhecer a estrutura física, equipamentos e recursos materiais existentes na UCC Viseu.
- Conhecer a dinâmica a UCC Viseu, através da consulta do regulamento interno da mesma e da estrutura orgânica.
- Consulta de instrumento de registo nomeadamente o programa informático SClinico e da plataforma online da RNCCI e respetiva organização/sistematização da informação clínica.
- Adaptação à metodologia de trabalho instituída na UCC Viseu.
- Demonstrar assiduidade e pontualidade, cumprindo o horário de trabalho.

Objetivo específico 2- Promover competências humanas, relacionais, pessoais e interpessoais, na prestação de cuidados ao utente e família em todas as fases do seu ciclo de vida

- Apresentação e postura cuidada.
- Demonstrar disponibilidade, iniciativa e interesse no desempenho das funções de enfermeiro na comunidade.

- Humanização e promoção de ambiente terapêutico dos cuidados prestados ao utente e cuidador.
- Respeito dos princípios éticos e deontológicos da Enfermagem.
- Demonstrar respeito e empatia nas interações com utente, família e equipa multidisciplinar.

Objetivo Específico 3 - Compreender as várias dimensões da intervenção da UCC Viseu

- Observar e acompanhar as intervenções executadas pelo enfermeiro na sua intervenção ao utente e sua família a fim de suprimir as necessidades afetadas.
- Observar e compreender da articulação da figura do enfermeiro especialista em saúde comunitária com os diversos elementos da equipa multidisciplinar.
- Acompanhar a identificar as necessidades afetadas que o utente e sua família apresentam usando o sistema informático Sclinico realizando o plano de intervenção de enfermagem.

Objetivo Específico 4 – Promover a saúde e prevenção da doença, envolvendo o utente Família/Cuidadores e a Comunidade em que este se insere.

- Avaliar o conhecimento da família/cuidadores acerca dos cuidados a ter com a gestão da doença e promoção da saúde.
- Promover a saúde através da sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis dirigidos ao utente/família/cuidador de acordo com as necessidades identificadas.
- Capacitar o cuidador para a tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados do utente.
- Instruir os utentes e família acerca das medidas a adotar para a prevenção da pandemia e propagação da mesma.
- Fornecimento de informação para ajudar o indivíduo e a sua família/cuidadores a atingirem níveis de saúde satisfatórios.
- Apoio/educação no desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades do indivíduo para uma vivência o mais autónoma possível e se necessário articular com os outros profissionais de saúde como por exemplo o fisioterapeuta.
- Promoção da autonomia do utente e da satisfação das suas necessidades mais

afetadas.

Objetivo Específico 5 - Apoiar o utente e a família/cuidadores, na satisfação das suas necessidades físicas, mentais e sociais.

- Demonstrar disponibilidade para ouvir e apoiar o doente/família/cuidadores
- Estabelecimento de uma relação empática e terapêutica ajustada e eficaz, com o objetivo de fornecer informação adequada para o bem-estar do utente e família.
- Respeitar as crenças do utente e família enquanto ser individual e do mesmo inserido na comunidade.
- Encaminhamento/referenciação para as diversas áreas de apoio/suporte mediante a avaliação das necessidades existentes e em concordância com o utente e família ou cuidador.

Objetivo específico 6- Implementar um projeto de investigação-intervenção de cuidados na comunidade

- Realização de uma reunião com a Enfermeira Ana Andrade, Enfermeira Maria Albernaz e Enfermeira Liliana Rodrigues acerca das necessidades da UCC Viseu afim da definição de um tema pertinente que vá de encontro as expectativas do serviço e também das minhas expetativas pessoais.
- Iniciar um planeamento de todo o material disponível e o material necessário a fim de dar início ao relatório de estágio.

Objetivo 7- Demonstrar competências técnicas e científicas em enfermagem para uma prestação de cuidados fundamentada.

- Recolha de dados de forma objetiva e sistemática junto do utente e família e recursos existentes para o planeamento de cuidados de enfermagem.
- Planeamento de acordo com as necessidades identificadas.
- Implementação dos cuidados de enfermagem planeados.
- Avaliação e documentação da evolução do estado do doente, mediante os objetivos traçados (resultados esperados), realizando um plano de atividades sujeitas a alterações sempre que necessário.

- Gestão dos cuidados, mediante as necessidades identificadas no indivíduo, família, grupos e comunidade, e tendo em conta os recursos disponíveis.
- Articular sempre que necessário com outras valências de cuidados, nomeadamente fisioterapia, técnico de serviço social, psicólogo entre outros.
- Observar e realizar registo de informação clínica nos sistemas informatizados adotados: SClinico®, RNCCI e Trace Covid.
- Atuação ativa, dinâmica e criativa.

Objetivo 8 – Colaborar na 1ª e 2ª fase de Vacinação contra a Covid 19 segundo as normas da DGS

- Leitura da norma 01/03/2021: Campanha de vacinação contra a COVID-19, Vacina Comirnaty®, Moderna® e Astrazeneca®
- Preparação de todo o local para a administração da vacina seja a sala de preparação, a sala de emergência em caso de efeito adverso, sala de vacinação e sala de recobro onde após a administração as pessoas ficam 30 min.
- Preparação da vacina de acordo com a norma instituída cumprindo todas as etapas recomendadas pelo fabricante no que diz respeito ao transporte e acondicionamento da vacina, manuseamento, diluição, preparação das diversas dose e administração, aprovadas na União Europeia, conforme o Resumo das Características do Medicamento
- Registo no programa Vacinas da primeira dose e agendamento da dose de reforço
- Vigilância e registo de possíveis efeitos adversos procedendo à comunicação dos mesmos ao Infarmed®.
- Realização de educação para a saúde.

Objetivo 9 – Desenvolver uma atitude crítica e reflexiva acerca de todos os momentos de aprendizagens

- Realizar uma reflexão crítica das atividades diárias utilizando a evidência científica.
- Prestar cuidados de enfermagem seguindo uma conduta ética e de qualidade.
- Procurar atingir uma melhoria contínua na qualidade do exercício profissional e pessoa

2. Atividades Realizadas

Com este estágio, pretendo desenvolver atividades que possam dar resposta aos objetivos a que me proponho, atividades que foram fortemente condicionadas pela situação pandémica, no entanto não considero que tenha sido uma desvantagem, pelo contrário foi uma situação desafiante que colocou à prova a nossa capacidade de resiliência. Toda a atuação teve por base as regras e orientações da DGS e cingiram-se muito à prestação de cuidados aos doentes inseridos em ECCI da UCC de Viseu.

Durante o estágio realizei várias visitas domiciliárias no âmbito da ECCI (equipa de cuidados continuados integrados) que foram muito gratificantes a todos os níveis quer pessoal quer profissional. Nestas visitas a nossa relação com o utente e família é muito mais que o tratamento a uma ferida por exemplo, é o avaliar o conhecimento da família/cuidadores acerca dos cuidados a ter com a gestão da doença e promoção da saúde e assim estabelecer uma relação empática com o outro uma relação de confiança e ajuda, é o capacitar o prestador de cuidados para o cuidar do utente no seu ambiente familiar, de conforto, tendo como apoio uma equipa diferenciada de vários profissionais de saúde que se articulam entre si, todos com o mesmo objetivo, o de prestar cuidados ao utente e sua família ou cuidador de forma a suprimir as necessidades afetadas dos mesmos, assim como na gestão eficaz do regime terapêutico, articular sempre que necessário com outras valências de cuidados, nomeadamente fisioterapia, técnico de serviço social, psicólogo e se necessário realizar uma abordagem paliativa em articulação com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Tive também a oportunidade de posteriormente às visitas domiciliárias realizar os registos de enfermagem no programa informático Sclínico® e na plataforma do RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Comunidade Integrados) e assim sendo cumprir o objetivo de participar na gestão de cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidades.

Durante este estágio também participei na vacinação da população no Centro de Vacinação de Viseu, tendo tido a oportunidade de vacinar com duas das vacinas disponíveis no mercado a Vacina Comirnaty® e a Vaccine AstraZeneca®.

A administração destas vacinas pressupõe a leitura das normas emanadas pela DGS uma vez que o modo de preparação das vacinas é diferente. Neste processo de vacinação também tive a oportunidade realizar o registo no programa informático, Vacinas, e o registo no cartão individual para cada doente. Neste ponto foi possível o planejar, executar e avaliar cuidados integrados de saúde na prática especializada utilizando os recursos existentes na comunidade de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo/família promovendo a humanização dos cuidados e fomentando um ambiente terapêutico.

Durante todo o estágio realizei várias pesquisas bibliográficas que achei pertinente de forma a atualizar conhecimentos e a adquirir novos, para que toda a prática seja sustentada pela pesquisa científica e tendo também por base um dos objetivos específicos, elaborar o relatório final em regime tutorial com base na implementação de um projeto de investigação intervenção na área do ensino clínico. Assim e após realizar um levantamento das necessidades e também dos indicadores de saúde pela qual a UCC se rege verifiquei que a dor é um dos indicadores de qualidade da mesma e assim optei por realizar um estudo acerca da dor, mais concretamente das “Atividades Autónomas do Enfermeiro no Controlo da Dor na Pessoa Idosa”, ao realizar uma cuidada colheita de dados acerca dos diagnósticos e motivo de referência para a equipa achei bastante pertinente este tema, uma vez que estes cuidados são o foco da atuação de enfermagem e assim adequar com as medidas farmacológicas as não farmacológicas para aliviar a dor do utente e também capacitar o cuidador para uma intervenção um pouco mais diferenciada mas que pode contribuir para a melhoria do bem estar do utente.

2.1. Estudo: Intervenções autónomas do enfermeiro no controlo da dor na pessoa idosa: *Scoping Review*

A *Scoping Review* realizada vai ao encontro de uma necessidade identificada pela equipa de Enfermagem, bem como aos objetivos do Estágio com Relatório Final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social. Será feito um enquadramento teórico da temática, apresentada a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a sua análise, bem como as conclusões mais importantes e com impacte nas intervenções autónomas de enfermagem na gestão e controlo da dor na pessoa idosa.

2.1.1. Enquadramento teórico

A Enfermagem, como disciplina, está no centro de uma díade teórico-prática, onde reside a sua epistemologia e ontologia, que são duas variáveis que se desenvolvem continuamente e se adaptam às transformações operadas nas sociedades, o que implica uma contínua reavaliação externa e interna (Hoeck & Delmar, 2017). Neste sentido, pode encarar-se a Enfermagem como “uma ecologia de saberes”, fazendo-se uso das palavras de Queirós (2015, p. 1), pois “remete-nos para a clarificação do estatuto de ciência que atribuímos à enfermagem, mas que nem todos reconhecem”. Segundo o mesmo autor, “os termos ecologia

e saberes, saber no plural, transporta-nos para o universo da pluralidade de conhecimentos, que interessam à enfermagem e a ela estão ligados” (p. 1).

Na ciência de Enfermagem, como salienta o autor supracitado, o conhecimento produzido e usado está fortemente imbuído de prática, ou seja, estrutura-se num processo definido como “círculo hermenêutico” (Gadamer, 1998) e explicitado por Bishop e Scudder (1995) como “espiral hermenêutica” (Queirós, 2015, p. 8). Neste processo de criação e sistematização do saber, o conhecimento emerge precisamente da associação contínua e recursiva, “prática-teoria-prática-teoria”, num contexto denominado de “movimento de translação de conhecimento”, correspondendo ao processo que permite converter as descobertas científicas em benefícios para a saúde (Sobrinho-Simões, 2012, cit. por Queirós, 2015, p. 8).

Certo é que os muitos pressupostos conceituais são bem visíveis na diversidade de conceitos próprios com significado próprio na disciplina de Enfermagem, bem como nas muitas teorias de Enfermagem que possibilitam leituras contextualizadoras das práticas clínicas também elas diversificadas. Por conseguinte, é num contexto diversificado de conceitos, teorias e modelos que reside a riqueza conceitual da ciência de Enfermagem, “correspondendo à construção teórica, do conhecimento utilizado e surgido na prática clínica. A disciplina de Enfermagem tem definido os seus conceitos metaparadigmáticos: Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem” (Queirós, 2015, p.10).

Refletir sobre o cuidado de Enfermagem e a sua epistemologia, partindo das suas dimensões histórica, teórica, filosófica, espiritual e como prática social, permite identificar a relação entre a epistemologia do cuidado de Enfermagem e as suas bases teóricas, filosóficas e históricas, não apenas como profissão, mas como uma ciência em constante desenvolvimento, realizada por uma prática de pesquisa coerente reconhecida e/ou, acima de tudo, como uma prática científica de assistência legalmente reconhecida no campo das Ciências da Saúde (Carvalho, 2009). Nessa perspectiva, é importante perceber estes pressupostos no relacionamento íntimo e dinâmico entre o conhecimento e (re)trabalhar um novo saber que é necessário questionar o que foi feito com o objetivo de compreender a prestação de cuidados, dando destaque às teorias consagradas e procurando sempre aprimorá-las, tendo em mente as tendências e desafios da atualidade (Silviano et al., 2016).

A Enfermagem é uma ciência humana prática, ou seja, humana porque estuda a vida e as vivências experienciais através da valorização do conhecimento subjetivo, a partir do qual se cria um novo conhecimento que permite perceber e esclarecer fenómenos, nomeadamente a essência da experiência humana; prática, porquanto enfoca-se na percepção dos fenómenos e na produção de conhecimentos práticos (McEwen, 2009). Por tal, a

Enfermagem, como ciência humana prática, concebe e serve-se de um corpo de conhecimento exclusivo, o que a leva a afirmar-se como uma disciplina científica com características próprias (Queirós et al., 2014). Os mesmos autores acrescentam que o pensamento teórico evoluiu em termos de enorme riqueza concetual, dando origem a novas teorias e conceitos que interpretam a ação prática dos enfermeiros.

À semelhança de outras disciplinas, principalmente as que apenas subsistem se aliadas a uma prática profissional, a Enfermagem é dotada de conhecimento científico e de conhecimento convencional, ou seja, um conhecimento não testado empiricamente (McEwen, 2009). A conceção da disciplina de Enfermagem constituída através de modelos de conhecimento, o qual vai muito mais além do conhecimento empírico, de acordo com Queirós et al. (2014), leva a que se repense a Enfermagem como uma ciência e arte, em simultâneo, resultando na aceção de que a arte de Enfermagem é sinónimo de cuidar. A prestação de cuidados, portanto, é o compromisso de preservar a dignidade e a singularidade de quem se cuida. A consciencialização da prestação de cuidados de saúde deve abranger a capacidade de tomada de decisão, sensibilidade e pensamento crítico, para que se possam distinguir os cuidados dos procedimentos. Este fator distintivo consiste na preocupação, interesse e atenção qualificada, porque o enfermeiro deve ser responsável e comprometido ao lidar diretamente com um ser humano que é digno de atenção. Portanto, com base nessas premissas, é importante pensar em Enfermagem, tendo em conta a sua epistemologia a partir da sua história, modelos teóricos, dimensões filosóficas e espirituais e como prática social (Silviano et al., 2016).

Assim sendo, a prática profissional em Enfermagem deve ser desenvolvida numa espiral, porque se tem de partir do pressuposto que conhecer é transformar o objeto e transformam-se os enfermeiros a si próprios, o que implica ter o desejo de conhecer, como defende Nunes (2018). O processo de aprendizagem que nada transforma nega-se a si mesmo. O conhecimento não nasce com a pessoa nem é dado unicamente pelos contextos. Cada um de nós constrói o seu conhecimento na interação com o meio, conjugando a teoria na prática. Por outro lado, e na esteira de Nunes (2008), a origem do conhecimento é o trabalho humano, porque é construído socialmente, à medida que cada um de nós, nas suas atividades profissionais quotidianas, se depara com algum tipo de problema. Só há aprendizagem quando nós, nas nossas interações com a realidade prática, superamos os desafios e transformamos essa mesma realidade. Assim, o conhecimento é alcançado pela interpretação, combinação e integração de várias informações que levam à compreensão da situação em concreto, no caso as intervenções autónomas dos enfermeiros na redução da dor na pessoa idosa.

Assim, quando o alicerce “básico da relação entre o sujeito e objeto é do domínio da operacionalização, da perícia do fazer, se especializa e aprimora na produção, estamos perante o conhecimento técnico” (Nunes, 2018, p. 85). Este conhecimento técnico é também fundamental em Enfermagem, ou seja, é importante que o enfermeiro possua experiência, o que lhe permite aprender a focalizar de imediato o que é relevante na situação para, assim, poder extrair o seu significado (Benner, 2001). Para a mesma autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados emergem quando se adquire perícia profissional, a qual é alcançada perante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Depreende-se, deste modo, que o conhecimento de perito é igualmente um conhecimento competente, bem como uma maneira de conhecimento per si, sem se restringir unicamente a uma aplicação do conhecimento.

O pluralismo epistemológico é uma característica reconhecida do conhecimento em Enfermagem, que abrange o conhecimento objetivo, o conhecimento científico e conhecimento *in situ* que inclui a experiência subjetiva, os valores e o afeto e está presente nas relações entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Existe literatura acerca da descrição e da validação da necessidade de pluralismo na base do conhecimento em Enfermagem, todavia, há que ter em consideração como trabalhar com os diferentes tipos de conhecimento que são usados na prática (McCaffrey, 2020). Em conformidade com o mesmo autor, a questão da diferença epistemológica não é um problema que se origina na Enfermagem, embora esta seja uma profissão prática, situa-se ao longo de uma linha da distinção entre os tipos de conhecimento, razão pela qual é uma preocupação contínua para os enfermeiros, no caso concreto constituiu-se como uma preocupação nossa no que se refere às intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa, Como um direito humano fundamental, a gestão da dor é regulamentada por normas nacionais e legislação internacional e por muitas *guidelines* éticas profissionais.

McCaffrey (2020) identificou a epistemologia da Enfermagem como um campo distinto, com base na prática e como base para a investigação. A epistemologia da enfermagem inclui duas orientações gerais de preocupação quer em relação à experiência humana individual, quer em relação ao conhecimento que podem ser derivados de populações. Além disso, a epistemologia da Enfermagem, conforme se manifesta através da prática, ocorre sempre num “aqui e agora” em amálgamas contingentes interpessoal, intrapessoal, condições físicas, éticas e institucionais. Numa ótica semelhante, Koskimies et al. (2020) dissecaram a prática de enfermagem em toda a sua complexidade, incluindo uma forma de epistemologia em camadas que inclui os domínios biológico, culturais e individuais do conhecimento. Na sua

opinião, a própria Enfermagem e os seus requisitos, enquanto disciplina, atuam como a pedra angular no seio de qualquer domínio e tipos de conhecimento que devem ser considerados complementares e inclusivos, em vez de competitivos e exclusivos. Uma das características da Enfermagem é que o enfermeiro não lida com saberes e mundos abstratos, mas com outros seres humanos. Quando se pensa em objetos do conhecimento, mesmo se se pensar em algo objetivo, não são de relevância ativa para a Enfermagem até que estejam ligados a um “objeto” concreto. Teóricos da Enfermagem consideraram sempre útil e necessário acomodar diferentes tipos de conhecimento, trabalhando à volta da natureza da prática. O que a teoria pode contribuir é oferecer maneiras de articular e tornar mais claro o que acontece quando os enfermeiros transitam entre diferentes tipos de conhecimento. O objetivo é não parar de fazer, esforçar-se por fazê-lo bem, para o benefício máximo do destinatário dos cuidados de enfermagem em cada momento, no caso concreto a gestão da dor na pessoa idosa, através de intervenções autónomas do enfermeiro.

O futuro do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem deve ser desenvolvido num intercâmbio entre a teoria e a prática e orientada por uma filosofia como uma espécie de pêndulo onde todos estes elementos têm de ser tratados como iguais (Hoeck & Delmar, 2018). Assim, deve seguir-se em direção ao desenvolvimento do conhecimento baseado numa prática ética do cuidado, uma teoria sobre os fenómenos da vida no sofrimento e na enfermagem baseada na relação com o Outro, assim, poder-se-á prestar cuidados de saúde de qualidade, num agir ético. Em suma, quanto mais conhecimentos o enfermeiro possuir e mais caminhar em direção ao patamar de “enfermeiro perito” no âmbito das diversas áreas que constituem a disciplina de Enfermagem, mais adaptada e fundamentada será a sua resposta perante as complexas problemáticas com as quais se depara no seu quotidiano profissional, como é o caso concreto da gestão da dor na pessoa idosa. Assim, a procura de conhecimento na área irá fundamentar o nosso *modus operandi*.

Trata-se, assim, de conhecer e seguir os princípios científicos que evidenciam atualmente a intervenção dos enfermeiros na avaliação e no controlo da dor, sendo

“claro que as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2008, p. 7).

A evolução científica a par da inovação tecnológica conferiu uma melhoria significativa nos diagnósticos e tratamentos das doenças. Facto que resultou num aumento da esperança média de vida. Em 2018, em Portugal situava-se nos 81,6 anos. A população vive mais anos, sem que isso signifique com maior qualidade, e que represente ganhos em saúde. O envelhecimento populacional é um fenómeno comum e transversal a nível mundial, é

apontado como um dos motivos para o aumento das doenças crônicas, com múltiplas e complexas condições de doença, traduzindo-se em crescentes fragilidades e dependências físicas e, subsequentemente, em dor (*OECD/European Observatory on Health Systems and Policies*, 2019).

Na atualidade, as problemáticas centradas na satisfação, na qualidade de vida, na realização pessoal, na percepção de bem-estar, nas oportunidades de lazer, entre outras, têm sido cada vez mais valorizados no domínio do estudo do ser humano (Kluthcovsky & Takayanagui, 2017). Capacitar as pessoas para a promoção da saúde centrada nas dimensões físicas, psíquicas e sociais tem-se vindo a constituir assim como os objetivos centrais de grande parte das investigações relacionadas com o estado de saúde (Lopes & Almeida, 2019). No entanto, dir-se-á que se torna difícil objetivar na prática todos estes desideratos quando estamos perante com um ser humano que, na realidade, é confrontado com dor, que com o decorrer do tempo e numa lógica de comprometimento multifacetado, por certo se tornará fortemente incapacitante (Carvalho, 2019).

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, estabelecendo-se, por isso, como um foco de atenção frequente na prática do cuidar em enfermagem. Atualmente, a definição de dor mais consensual explica este fenómeno como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain – IASP*, 2018).

Como refere Cunha (2015, p. 5), a dor consiste numa

“experiência individual, modulada centralmente por mecanismos fisiológicos e psicológicos bem como por fatores externos”, sendo igualmente “um mecanismo de proteção essencial ao desenvolvimento e aprendizagem do homem”. Isto porque “o ser humano defendesse quando a dor é despoletada por um estímulo externo, afastando-se dos estímulos dolorosos”.

A dor é uma experiência universal de todo o ser humano. Apesar da inevitabilidade com o seu confronto, nem todas as pessoas suportam a dor e se referem a ela da mesma forma, abrangendo a universalidade da experiência dolorosa, múltiplas facetas da subjetividade humana (Metzger et al., 2002). A dor pode surgir de repente, desaparecer rapidamente, durar meses, anos ou tornar-se recorrente. A dor pode transtornar levemente a rotina diária ou inviabilizar completamente o modo de vida de uma pessoa. Pode ser ténue ou forte, tolerável ou intolerável. A dor é, fundamentalmente, um processo complexo e multidimensional, uma experiência que envolve fatores físicos, psicológicos, emocionais e sociais, entre outros (Larner, 2014).

Em 2003, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) emitiu uma circular normativa (nº 9), em que afirma que a dor é “o 5º sinal vital”, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. A dor, como sintoma, está presente em grande parte das doenças e é considerada, atualmente, um dos grandes problemas em saúde pública. É difícil de ser mensurada, estando relacionada com as experiências individuais e sujeita a uma infinidade de variáveis. A dor percebida deve ser acreditada, avaliada e tratada com o devido zelo, respeito e conhecimento sob a visão holística dos cuidados (Allen et al., 2018).

Considerando a multidimensionalidade e elevada prevalência da dor, a DGS (2017, p. 4), através do seu Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, reconhece a necessidade de os enfermeiros investirem em formação aprofundada, especializada e progressivamente atualizada sobre a dor, como meio de melhorar a sua abordagem e gestão e a qualidade dos cuidados.

A dor tem sido referida como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, sendo que os “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11). Segundo Sawhney et al. (2017), a dor consiste num fenómeno fisiológico que é despoletado por um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, desencadeando respostas reflexas ou cognitivas a fim de prevenir e/ou impedir o surgimento de lesões. Após cumprir a sua função vital de sinal de alarme, esta pode perdurar e progredir, causando sofrimento e diminuição da qualidade de vida.

Os primeiros modelos explicativos da dor descreviam-na tendo como base o modelo biomédico, que a descrevia como uma resposta automática a um fator externo. Este modelo centra-se na compreensão dos processos patológicos com a identificação dos padrões consistentes observáveis dos sintomas, a sua causa e o desenvolvimento dos sintomas, tornando-se, assim, num modelo centrado na doença que considera unicamente os processos orgânicos, excluindo a importância dos fatores psicológicos ou sociais na compreensão da dor (Oliveira, 2012). Como refere a mesma autora, o modelo biomédico considera a dor somente “como um acontecimento no corpo físico”. Esta “relação simples entre estímulo-resposta foi reforçada a partir da teoria da especificidade da dor, que defendia que a ligação entre a causa da dor e o cérebro era vista como direta e automática” (Oliveira, 2012, p. 10). Por conseguinte, o modelo biomédico encara a dor como uma resposta automática a um fator externo, excluindo os aspetos psicológicos, sociais e os fatores físicos, não vendo a pessoa como um todo.

Com a observação de que os relatos das pessoas com o mesmo grau de lesão dos tecidos são diferentes de acordo com a sensação dolorosa, e/ou resposta dolorosa, ou seja, que cada pessoa atribuiu um significado diferente à experiência de dor, surgiu a abordagem psicológica da dor. A evidência psicológica acerca da dor não se baseia unicamente na relação entre a percepção dolorosa e a intensidade do estímulo, mas destaca que “a quantidade e a qualidade da dor percebida são determinadas por diversas variáveis psicológicas” (Oliveira, 2012, p. 11). Assim sendo, este modelo defende que a experiência da dor pode sofrer alterações de pessoa para pessoa, ou seja, esta variação pessoal fundamenta-se numa base psicológica. Por outras palavras, a maneira como cada pessoa responde à dor poderá aumentar ou reduzir a percepção da mesma (Ogden, 2004).

Um outro modelo é o Biopsicossocial, segundo o qual, existem três áreas que influenciam e afetam a pessoa na experiência dolorosa: o estado fisiológico da dor; o mundo psicológico da pessoa (variáveis internas e externas) e o meio ambiente onde se insere, abrangendo a família, as pessoas com quem convive e o contexto cultural. Estas áreas ligam-se e influenciam-se mutuamente (Oliveira, 2012). Ainda que não se caracterize por ser um modelo muito preciso, como salienta a mesma autora, este assume-se como um forte contributo para a fundamentação e compreensão da dor crónica.

De acordo com Siqueira e Morete (pp. 21-52),

“a dificuldade em reconhecer a natureza multidimensional do fenómeno doloroso está ligada em grande parte à aceitação disseminada dos conceitos cartesianos de separação de mente e corpo. Já a visão biopsicossocial procura considerar os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais não de forma separada, mas como um todo integrado”.

Na perspetiva biopsicossocial, o tratamento da dor requer um trabalho multidisciplinar.

A gestão da dor é determinada como norma de boa prática, devendo a sua presença e a sua intensidade sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. É que o sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003). Deste modo, a escolha dos instrumentos de avaliação da dor devem atender “ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais” (OE, 2008 p. 16). Por conseguinte, “a aquisição e actualização de conhecimentos sobre Dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente” (OE, 2008, p.19). A mesma entidade afirma que a “efectividade do controlo da Dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da Dor” (OE, 2008, p. 20).

Como referem Mota et al. (2020, p. 212), “a gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, a registos sistemáticos e à valorização da sua importância”. Neste sentido, os mesmos autores fazem referência a algumas barreiras à avaliação da dor:

“a própria presença de dor, uma vez que reduz o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação; o estado mental da pessoa, designadamente o grau de ansiedade, pois pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação; a confusão, que pode dever-se ao próprio estado fisiológico do doente (hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central), alterações na alimentação e no estado de nutrição, transformações ao nível do ambiente e da rotina do doente, traumatismo e faixa etária; estado físico do doente, a escassez de tempo, o uso de linguagem técnica; a cultura, um fator influenciador da valorização e da expressão da dor; o ambiente, designadamente a presença de ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade; a imperícia na aquisição da história clínica do doente” (Mota et al., 2020, p. 212).

Ainda na perspetiva dos autores supracitados, não obstante estas barreiras, é imperativo que se faça uma boa gestão e avaliação da dor dos doentes, por parte dos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros, uma vez que a OE (2008) preconiza que o enfermeiro é responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, a tomada de decisão na sua prática clínica deve pautar-se por uma abordagem sistémica, sustentando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos. Assim, torna-se importante nos cuidados de enfermagem a avaliação e o controlo da dor, no caso específico deste trabalho, na pessoa idosa.

As intervenções autónomas dos enfermeiros são essenciais para a gestão e controlo da dor na pessoa idosa. Tendo por base esta premissa, Rababa (2021) realizou um estudo descritivo comparativo, tendo como objetivo comparar a prevalência de barreiras para avaliação e controlo da dor em idosos percebidas pelos enfermeiros segundo o seu nível de autonomia. Os enfermeiros participantes apresentaram baixos níveis de autonomia clínica, cujas intervenções autónomas eram de sua exclusiva iniciativa e responsabilidade, ou seja, os enfermeiros assumiam a responsabilidade pela prescrição, execução e avaliação.

Cuidar de uma pessoa idosa com dor impõe mais do que uma mera abordagem, determina uma intervenção muito mais complexa e abrangente que envolva todos estes componentes. A dor requer dos enfermeiros uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades peculiares para a sua avaliação, contribuindo para a garantia de cuidados mais humanizados. As várias intervenções autónomas de enfermagem - medidas não farmacológicas, podem ajudar a pessoa idosa com dor, destacando-se: estabelecer relação

de empatia com a pessoa idosa que sente dor; ensinar-lhe a resposta da dor e medidas para o alívio da dor; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; reduzir os estímulos nocivos; explicar-lhe que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída; oferecer apoio, tranquilização e compreensão, intervenções que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura (Barreira & Gomes, 2008).

A literatura científica na área da dor recomenda a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais. As escalas possibilitam a identificação da intensidade da dor da pessoa, bem como implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas, e avaliar a sua eficácia (Teixeira & Durão, 2016). Souza e Corgozinho (2016) consideram que este é um desafio constante para os enfermeiros, ou seja, a adaptação de cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada pessoa idosa, para que os dados subjetivos relatados se possam traduzir o mais objetivamente possível. Assim, sugerem a utilização de protocolos padronizados para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências da pessoa cuidada. O enfermeiro detém a função de colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar na delimitação e implementação de um plano de intervenção para o controlo da dor, de acordo com os objetivos da pessoa cuidada, transmitindo-lhe dados pertinentes sobre a individualidade da pessoa, devendo também colaborar no ajuste do plano terapêutico, em conformidade com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis (OE, 2008, p.17).

As intervenções autónomas de Enfermagem são, de acordo com o n.º 2 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril,

“autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, Regulamento n.º 752/2021, 12 de agosto de 2021, p. 156).

O n.º 4 do artigo 9.º do referido Diploma estatui que os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais

“organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção (...). Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do individuo, família, grupos e comunidade” (OE, Regulamento n.º 752/2021, 12 de agosto de 2021, p. 156).

Assim, as intervenções autónomas de Enfermagem são, em conformidade com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício da Prática Enfermagem (2015), as ações que são executadas pelos enfermeiros, “sob sua única e exclusiva iniciativa

e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

A dor na pessoa idosa tende a ser crónica e principalmente osteoarticular, embora de origem mista (Sirsch et al., 2015). A prevalência de dor crónica em pessoas idosas que vivem na comunidade é estimada em 25%-76% e em 83%-93% em pessoas que vivem em lares de idosos (Sáez-López et al., 2015), devido em parte à dificuldade de avaliar e tratar a dor na população idosa. Esta prevalência é semelhante à de pessoas idosas com demência noutras partes da Europa (Achterberg et al., 2020). Gerir a dor em pessoas idosas é complexo, sobretudo quando estas apresentam demência, porque a sua capacidade de reconhecer e expressar a dor pode ser afetada e porque a dor às vezes manifesta-se através de comportamentos que podem ser mal interpretados ou negligenciados como sinais de dor (Karlsson et al., 2015).

A dor pode desencadear ou aumentar os sintomas neuropsiquiátricos, como a agitação, a inquietação e a depressão. Frequentemente, os enfermeiros associam esses sintomas mais à demência do que à dor e, conseqüentemente, os idosos são tratados com antipsicóticos em vez de analgésicos (Regier & Gitlin, 2018). A insuficiente gestão da dor em pessoas idosas, particularmente nas que apresentam declínio cognitivo, está associada a distúrbios do sono, incapacidades funcionais, quedas, depressão, comprometimento cognitivo, ansiedade, inquietação, diminuição da atividade física, isolamento, polimedicação e desnutrição (Montoro-Lorite & Canalias-Reverter, 2018; Schofield, 2018). Portanto, o eficaz controlo da dor é necessário em pessoas idosas para se tentar diminuir o impacto da dor na sua saúde e bem-estar.

Para que a dor seja gerida e controlada de forma eficaz, esta deve ser considerada como o quinto sinal vital e deve ser avaliada sistematicamente em todas as pessoas idosas através de escalas validadas e adaptadas ao seu estado e às suas características. Em 1996, a *American Pain Society* (APS) declarou a dor como “o quinto sinal vital” com o objetivo de melhorar o tratamento da dor e, portanto, deve ser avaliada juntamente com os outros quatro sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória). Desde então, muitos protocolos de controlo da dor passaram a basear-se nesta conceção e incluíram a avaliação da dor na monitorização da rotina dos sinais vitais, usando diferentes abordagens para a avaliação da dor (Minaya-Freire et al., 2021). No seu estudo retrospectivo, as mesmas autoras, avaliaram a prática de enfermagem na gestão e controlo da dor em pessoas idosas com demência, recorrendo a registros eletrónicos de saúde (EHR), atendidas na Unidade de Geriatria Aguda de um hospital universitário em Espanha, no início de 2018. Os resultados mostram que a intensidade da dor era avaliada na admissão em 88% dos

utentes, com uma mediana de 1,9 vezes por dia de internamento. Um número desproporcional de avaliações (39%) ocorreu no último turno. Obtiveram uma mediana de 1 medicamento por dia. A dor foi registada em 28% dos planos de cuidados, com intervenções não farmacológicas registadas em 12% dos casos. As autoras concluíram que existe variabilidade na prática de enfermagem ao nível da gestão e controlo da dor em pessoas idosas com demência. O diagnóstico de admissão correlacionou-se com o plano de administração de analgésicos, com o número de medicamentos administrados e com o número de registos de enfermagem sobre a dor.

A dor crónica, tal como já referido, é um problema significativo para as pessoas idosas, cujos efeitos na sua qualidade de vida deve ser um foco das intervenções autónomas de enfermagem (Nawai, 2019). Tendo por base estes pressupostos, a mesma autora, no seu estudo, objetivou usar o Modelo de Adaptação de Roy para descrever a dor crónica e apresentar uma *scoping review* sobre a teoria de médio alcance da dor crónica em pessoas idosas. Duas medidas de resultados foram encontradas na sua revisão sistemática: os desfechos primários relatados em todos os artigos foram a redução da dor devido às intervenções autónomas dos enfermeiros. Os desfechos secundários relatados em todos os estudos foram a melhoria da função física, qualidade de vida, distúrbios do sono, bem-estar espiritual e saúde psicológica relacionada com as intervenções autónomas de enfermagem para o controlo da dor entre pessoas idosas. A maioria das intervenções foi associada ao Modelo de Adaptação de Roy. De acordo com o conceito de avaliação de estímulos deste modelo, emergiram estudos relacionados com o conceito de estímulos focais, representados pela avaliação da intensidade da dor, com recurso a escalas adaptadas. Os enfermeiros recorreram a várias terapêuticas não-farmacológicas, como o relaxamento, a meditação, sobretudo religiosa, a massagem, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), caracterizadas como terapêuticas alternativas, podem ser úteis quando utilizadas de forma individualizada e adaptada a cada situação específica, técnicas de medicação *mindfulness* como uma intervenção para lidar com a dor crónica, estratégias comportamentais, incluindo a terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, distração, treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação, aplicação de frio e aplicação de calor, toque terapêutico, conforto e exercício físico adaptado.

As intervenções de enfermagem para o tratamento da dor crónica em pessoas idosas, de acordo com Gonçalves (2015), são a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental, o relaxamento, a entrevista motivacional, a educação, o *biofeedback* e a massagem. O exercício físico e o relaxamento, incluídos num tratamento multimodal da dor, também revelam contribuir para a obtenção de resultados positivos na melhoria deste quadro. Braz et al. (2011) referem que os enfermeiros podem recorrer às massagens, intervenções

corpo-mente, como a meditação, o relaxamento e o *biofeedback*, o que implica que estes profissionais adquiram conhecimento sobre estas formas de terapia, tendo também em consideração as evidências do seu uso e que informem as pessoas com doença reumática e as orientem sobre tais formas de tratamento.

O enfermeiro distingue-se pela sua formação, pela abordagem holística que apresenta num contexto multiprofissional de atuação, assim como pelas componentes éticas e deontológicas que orientam o seu agir. As boas práticas de enfermagem pressupõem a agregação das dimensões científica, técnica e humana de maneira a dar suporte às respostas humanas e necessidades de uma pessoa ou grupo concreto, procurando sempre a satisfação do alvo dos cuidados (Nunes, 2018).

No âmbito das intervenções não farmacológicas para o alívio e gestão da dor nos idosos, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, através de um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem, que compreendem as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, assentando em contributos da investigação em enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1998).

Alicerçado nestes postulados, com esta *scoping review* pretende-se dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor na pessoa idosa, sendo este um contributo para uma prática profissional baseada em evidências científicas, o que se traduzirá em ganhos de competências ao nível da Enfermagem Comunitária.

2.1.2. Metodologia

A metodologia seguida foi de *scoping review*, considerada o método mais apropriado para realizar este estudo. Optou-se por esta tipologia de revisão como estratégia para identificar e resumir os principais conceitos subjacentes ao tema em estudo, a fim de responder à pergunta específica e identificar lacunas. Com critérios de inclusão, menos restritivos, formulou-se a seguinte pergunta de partida, baseada nos elementos PCC (*Population, Concept and Context*; População, Conceito e Contexto):

- Quais as intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa?

Esta questão deixa a população bastante “aberta” e implica que qualquer enfermeiro será adequado para a inclusão, desde que seja em contexto de controlo da dor na pessoa idosa. A intervenção também fica “aberta” a qualquer tipo de intervenção autónoma de enfermagem no âmbito do controlo da dor e não estipula que haverá qualquer tipo de medição dos resultados ou comparação envolvidos. O “conceito” desta *scoping review* (intervenções

autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa) também é amplo e pode abranger qualquer tipo de resultado. Na suprarreferida questão, o “contexto” também é deixado em “aberto”, portanto as evidências podem vir de qualquer país.

Nesta *scoping review* realizou-se a metodologia de revisão de literatura interpretativa, tendo em conta as seguintes etapas: (a) a identificação da questão inicial de pesquisa, (b) a identificação dos estudos relevantes, (c) a seleção de estudos a serem incluídos na *scoping review*, (d) extração de dados e (e) resumo dos resultados (Brie et al., 2020).

A *scoping review* tem grande utilidade para sintetizar evidências de pesquisa e são frequentemente usadas para categorizar ou agrupar a literatura existente num determinado campo em termos da sua natureza, características e quantidade. Este tipo de revisão da literatura baseia-se mais em tópicos e as análises de mapeamento são mais baseadas em perguntas. De acordo com Brie et al. (2020), as *scoping review* são avaliações preliminares da dimensão e objetivo potencial da literatura da pesquisa disponível. Visa identificar a natureza e a extensão das evidências da pesquisa.

Critérios de inclusão e de exclusão

Para se poderem selecionar os estudos para esta *scoping review*, definiram-se os critérios de inclusão e de exclusão, conforme o quadro seguinte.

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Pessoa idosa (idade ≥65 anos)	Pessoa com idade <65 anos
Intervenções/conceito	Intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa	Estudos que avaliem as intervenções autónomas dos enfermeiros noutros contextos
Contexto	Intervenções autónomas dos enfermeiros	Estudos que não respondam à questão de investigação
Disponibilidade do estudo em <i>full-text</i> .		
Idiomas: Inglês; Português		

Busca dos estudos e extração de dados

Uma estratégia sistemática de busca foi usada como parte desta *scoping review*. Foram pesquisados vários bancos de dados para mapear a evidência disponível sobre as intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa, datados entre janeiro de 2016 a setembro de 2021: Pubmed; CINAHL (via EBSCO); B-On.

Foram utilizados termos MeSH, consultados no MeSH Descriptor Data 2021 <https://meshb.nlm.nih.gov/search>. Os descritores principais são: “aged”; “elderly”; “senior”; “older people”; “geriatric”, “pain management”, “pain relief”, “pain control”, “pain reduction”, “managing pain”, “home care services”, “home health care”, “home healthcare”, “community health nursing”, “home health nursing”. Todos estes descritores foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR.

No que se refere às intervenções autónomas de enfermagem, verificou-se que esta é uma terminologia standardizada: Standardized Nursing Terminology MeSH Descriptor Data 2021: MeSH Heading - Standardized Nursing Terminology; Entry Term(s): ICNP Terminology, International Classification for Nursing Practice, NANDA-I, NANDA-International, NANDA-International Terminology, NIC Terminology, NOC Terminology, Nursing Interventions Classification, Nursing Outcomes Classification Terminology, Nursing Terminology.

Quadro 2. Estudo identificados a partir da introdução dos descritores

Search	Query	Results
Pubmed	("nursing"[Subheading] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR Nursing [Text Word]) AND Practice[All Fields]	91
CINAHL (EBSCO)	"aged or elderly or senior or older people or geriatric AND pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain AND home care services or home health care or home healthcare or community health nursing or home health nursing" "aged or elderly or senior or older people or geriatric AND pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain AND complementary therapies or alternative therapies"	125
B-On	"aged or elderly or senior or older people or geriatric AND pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain AND home care services or home health care or home healthcare or community health nursing or home health nursing" "aged or elderly or senior or older people or geriatric AND pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain AND complementary therapies or alternative therapies"	91

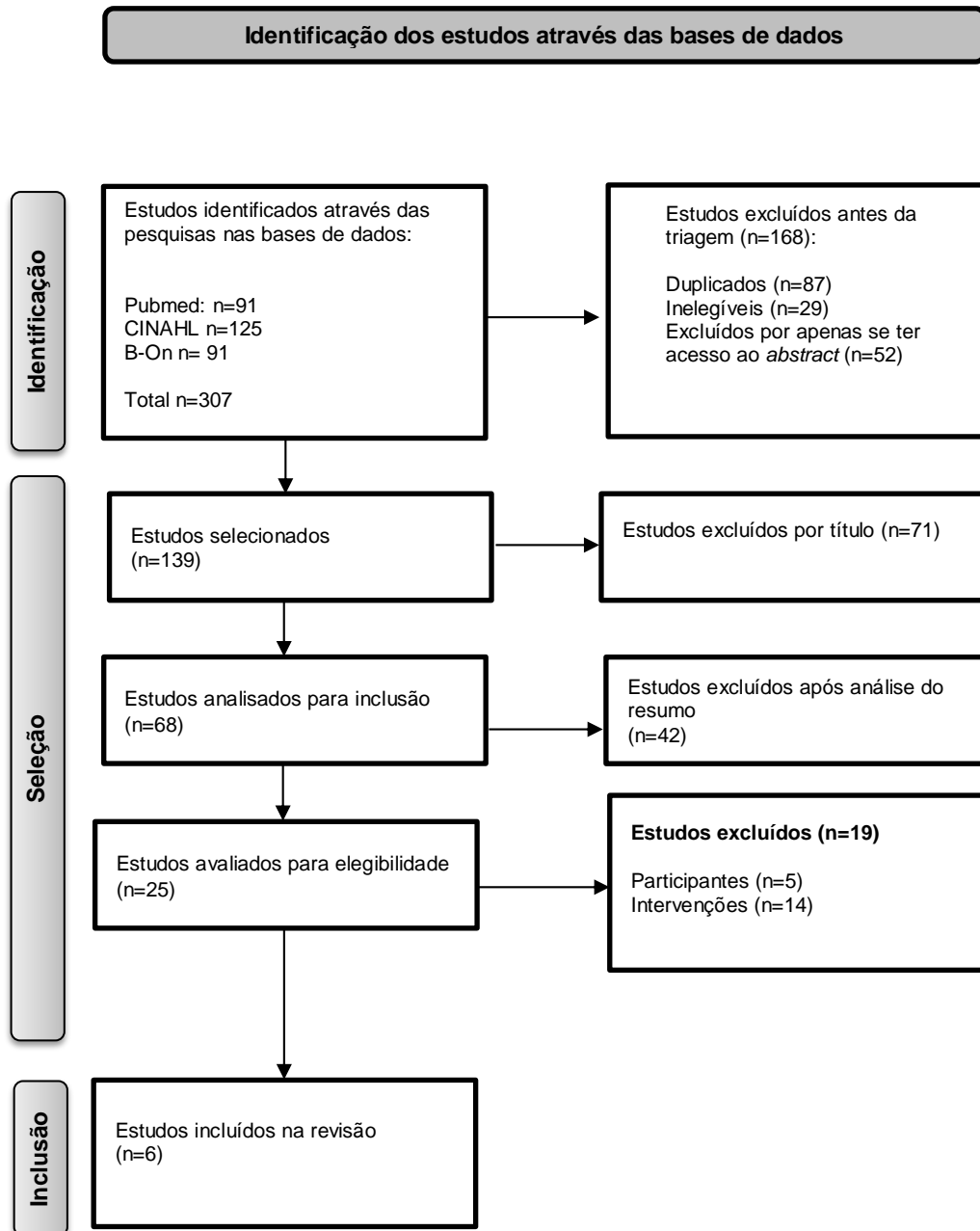
Posteriormente à realização da pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos. Para avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes. Não foi necessária a inclusão de um terceiro revisor, pois houve consenso. Após a remoção dos duplicados, a biblioteca dos artigos foi distribuída pelos revisores para seleção independente e, após esse procedimento, as bibliotecas foram reconciliadas para análise da concordância da seleção.

Na pesquisa efetuada nas bases de dados obteve-se como resultado 307 estudos. Para apresentar o número de artigos incluídos e dando cumprimento aos critérios de inclusão recorreu-se ao fluxograma PRISMA referente às 3 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção e inclusão. O diagrama de fluxo PRISMA (cf. figura 3) resume, visualmente, o processo de seleção. Inicialmente regista o número de artigos encontrados e, em seguida, torna o processo de seleção transparente, descrevendo as decisões seguidas nas várias etapas da revisão sistemática. O número de artigos é registado nas diferentes etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (Page et al., 2021).

Assim, detalhou-se a quantificação dos artigos após a pesquisa avançada nas bases de dados: CINAHL n=125; PubMed n=91; B-On=91, totalizando 307 estudos. Destes 87 foram eliminados por estarem duplicados nas bases de dados; 29 por serem ilegíveis e 52 por apenas se ter acesso ao *abstract*. Após o processo de identificação dos artigos, passou-se à sua seleção, fazendo-se uma leitura dos títulos de 139 artigos, tendo-se excluído 71. Posteriormente excluíram-se 68, dos quais se excluíram 42 após análise do resumo, ficando para elegibilidade 25, que foram analisados integralmente. Decorrente desta leitura, excluíram-se 19 artigos, porque os participantes não eram apenas enfermeiros, mas incluíam médicos, assistentes de enfermagem e cuidadores informais; excluíram-se 14 uma vez que apenas abordavam as barreiras que os enfermeiros encontram na gestão da dor na pessoa idosa, avaliavam conhecimentos dos enfermeiros, desenvolvimento de um instrumento psicometricamente sólido para medir os conhecimentos de enfermagem e pessoal de cuidados a idosos sobre a experiência, avaliação e gestão da dor nas pessoas idosas para utilização em lares de idosos, sem discriminarem as intervenções autónomas de enfermagem, como tal, não davam resposta à questão de investigação. Ficaram incluídos 6 artigos.

Figura 1. Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo (Diagrama PRISMA)

Figura 3. Fluxograma PRISMA



Fonte: Adaptado de Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic reviews. *BMJ*; 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

2.1.3. Apresentação dos Resultados

Os principais resultados da análise dos estudos selecionados (N=6) estão agrupados e organizados em tabelas individuais, facilitando, assim, a sua compreensão e a comparação entre eles, nomeadamente: autor/ano de publicação; desenho do estudo; participantes e principais resultados. Faz-se uma síntese descritiva dos aspetos mais relevantes que cada um dos estudos incluídos reveste, para se dar resposta à questão de investigação: “Quais as intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa?”

Tabela 1 – Resumo da análise do estudo de Pu et al. (2018)

E1 - Pu et al. (2018).	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com metanálise
Participantes	Idosos com demência
Objetivo(s)	Verificar as intervenções autónomas dos enfermeiros no controlo da dor na pessoa idosa com demência
Principais Resultados	Os resultados mostraram que as intervenções autónomas de enfermagem foram: intervenções psicossociais, que reduziram significativamente a intensidade da dor em idosos, conjuntamente com a medicação para a dor. As intervenções autónomas de enfermagem incluíram a Terapia Cognitiva/Comportamental (TCC), implicando a combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> . As análises de subgrupos indicaram que a estimulação sensorial e as intervenções individuais mostraram uma redução da dor em idosos com demência. Os resultados sugerem que as intervenções psicossociais podem ser potencialmente eficazes e como alternativas para a gestão da dor em pessoas idosas com demência. As escalas de avaliação da dor mais utilizada foram a Escala visual analógica (EVA) e a Escala PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>).

Tabela 2 – Resumo da análise do estudo de Pringle, et al. (2021)

E2 - Pringle et al. (2021).	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Idosos residentes em lares
Objetivo(s)	Avaliar as intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor em idosos institucionalizados com deficiência cognitiva
Principais Resultados	Os enfermeiros avaliavam a intensidade da dor com recurso à Escala PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>) e a Escala visual analógica (EVA). Para a gestão da dor, os enfermeiros combinavam as medidas farmacológicas (analgésicos) com as não farmacológicas. Mais de metade dos estudos apresentava o recurso a intervenções não farmacológicas: massagem, aromaterapia, exercício (movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade), relaxamento com imaginação (diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, para aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade), apoio psicológico e terapia de humor, aplicação de frio/calor (diminuição da inflamação e promover o relaxamento muscular). Os estudos indicam uma redução da dor nos idosos.

Tabela 3 – Resumo da análise do estudo de Nawai (2019)

E2 - Nawai et al. (2019).	
Tipo de estudo	Scoping Review
Participantes	Idosos
Objetivo(s)	Aplicar o Modelo de Adaptação de Callista Roy para uma melhor gestão da dor crónica em idosos, como intervenção autónoma de enfermagem
Principais Resultados	Os desfechos primários relatados em todos os estudos foram a redução da dor devido às intervenções farmacológicas em conjugação com as intervenções não farmacológicas, o que diminuía a intensidade da dor, como: posicionamentos, massagem, exercícios adaptados para promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função, bem como minimizar a atrofia, desmineralização, alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores. Os desfechos secundários relatados em todos os estudos foram a melhoria da função física, qualidade de vida, distúrbios do sono, bem-estar espiritual e saúde psicológica relacionada com as intervenções de controlo da dor nos idosos.

Tabela 4 – Resumo da análise do estudo de Stöckigt et al. (2019)

E2 - Stöckigt et al. (2019).	
Tipo de estudo	Estudo exploratório qualitativo
Participantes	Idosos
Objetivo(s)	Verificar a eficácia do <i>Intentional Touch</i> (InTouch)
Principais Resultados	Os enfermeiros que trabalham em cuidados geriátricos receberam formação especializada no InTouch para redução da dor crónica. Foram incluídos seis idosos com dor crónica e seis enfermeiros. Enfermeiros e os idosos descreveram igualmente o relaxamento, o bem-estar e uma sensação de calor durante a intervenção. Os idosos não relataram qualquer dor durante a intervenção. Após a intervenção, os idosos sentiram um alívio da dor, tendo descrito sentimentos positivos e os enfermeiros sentiram-se fortalecidos com esta intervenção autónoma para a redução da dor em idosos. Os resultados deste estudo sugerem que o InTouch promove o relaxamento, o bem-estar e o alívio da dor em pessoas idosas que sofrem de dor crónica e pode contribuir positivamente para a relação terapêutica. Foram utilizadas as escalas de avaliação da intensidade da dor: <i>Abbey Pain Scale</i> , para avaliação da intensidade da dor aguda ou crónica para doentes com demência avançada residentes em lares ou unidades de internamento de longa duração; <i>Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate</i> (PACSLAC), para a avaliação da dor em pessoas com demência; Escala visual analógica (EVA).

Tabela 5 – Resumo da análise do estudo de Hunter et al. (2019)

E2 - Hunter et al. (2019).	
Tipo de estudo	Estudo de revisão da literatura
Participantes	Idosos
Objetivo(s)	Verificar as intervenções autônomas de enfermagem na gestão eficaz da dor em idosos em cuidados continuados integrados.
Principais Resultados	Como medidas de intervenções autônomas de enfermagem para a gestão da dor em idosos sobressaíram a aplicação de técnicas não-farmacológicas: o toque, musicoterapia, aplicação de frio/calor, variedade de exercícios de movimento, distração, relaxamento com recurso a imagens, exercícios de respiração, A implementação destas intervenções traduziu-se na diminuição do uso de opiáceos e ao aumento da eficácia na gestão da dor em idosos. A intensidade da dor foi avaliada com recurso à Escala visual analógica (EVA), a <i>Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate</i> (PACSLAC) e o inventário <i>Survey of Pain Attitudes</i> (SOPA-B), sendo considerado como o melhor instrumento para avaliação das atitudes dos doentes com dor crónica não oncológica.

Tabela 6 – Resumo da análise do estudo de Tang et al. (2019)

E2 - Tang et al. (2019).	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Idosos
Objetivo(s)	Verificar as intervenções autônomas de enfermagem na gestão/controlo eficaz da dor em idosos.
Principais Resultados	Os idosos tinham uma média de idade 66,75, com estudos a registarem essencialmente o uso de medicamentos por parte dos participantes. Os estudos adotaram diferentes escalas de classificação da dor; sendo as mais comumente utilizadas a escala visual analógica, escalas de classificação numérica e o <i>Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index</i> (WOMAC). As intervenções autônomas de enfermagem para a gestão/controlo da dor em idosos foram: acupressão, acupunctura, visualização de imagens, Qi Gong, estimulação periosteal, Tai Chi e massagem, para facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular. A acupunctura e a estimulação periosteal resultaram em reduções significativas da dor. A intensidade da dor dos idosos diminuiu após a implementação das intervenções. As alterações na intensidade da dor variaram de -3,13 a -0,65 numa escala de classificação numérica de zero a dez, na qual zero indica ausência de dor e dez representa a pior dor.

Na tabela 7 apresentam-se as intervenções autônomas de enfermagem presente nos estudos e tendo por base a DGS (2008), explicitando-se a definição e os objetivos das mesmas.

Tabela 7. Intervenções autónomas de enfermagem para a gestão da dor em idosos

	Intervenção	Definição	Objetivos	Autores
Cognitivo-comportamentais	Treino de habilidades de coping	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar o idoso no desenvolvimento de habilidades para controlar/gerir a dor e o stresse.	Pu et al. (2018) Hunter et al. (2019)
	Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização de imagens e meditação, aromoterapia, apoio psicológico, terapia de humor, musicoterapia, acupressão, acupuntura, Qi Gong, Tai Chi	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.	Pu et al. (2018) Pringle et al. (2021) Hunter et al. (2019) Tang et al. (2019)
Físicas	Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio; aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.	Pringle et al. (2021) Hunter et al. (2019)
	Exercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade; estimulação periosteal	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.	Pu et al. (2018) Pringle et al. (2021) Nawai et al. (2019) Hunter et al. (2019)
	Massagem	Ato de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular	Pringle et al. (2021) Nawai et al. (2019) Tang et al. (2019)
Suporte/Estimulação emocional	Toque terapêutico	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o enfermeiro utiliza as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.	Nawai et al. (2019) Pu et al. (2018)
	Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.		
	InTouch	Toque físico suave com o objetivo de facilitar as queixas e aumentar o bem-estar da pessoa com dor, funcionando como estimulação sensorial.	Stöckigt et al. (2019)	

2.1.4. Discussão dos Resultados

Os estudos incluídos nesta *scoping review*, como se constatou, são maioritariamente estudos secundários, sendo o E2 de Stöckigt et al. (2019) um estudo exploratório qualitativo, ou seja, um estudo primário. Verificou-se que os enfermeiros avaliam a intensidade da dor com recurso a vários instrumentos, nomeadamente: Escala visual analógica (EVA), a Escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), *Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate* (PACSLAC), o inventário *Survey of Pain Attitudes* (SOPA-B), escalas numéricas e *Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index* (WOMAC). A este propósito importa referir que a gestão da dor é determinada como norma de boa prática em enfermagem, devendo a sua presença e a sua intensidade sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. É que o sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003). Deste modo, a escolha dos instrumentos de avaliação da dor devem atender “ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais” (OE, 2008 p. 16). Por conseguinte, “a aquisição e atualização de conhecimentos sobre Dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente” (OE, 2008, p.19). A mesma entidade afirma que a “efetividade do controlo da Dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da Dor” (OE, 2008, p. 20).

Como referem Mota et al. (2020, p. 212), “a gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, a registos sistemáticos e à valorização da sua importância”. Neste sentido, os mesmos autores fazem referência a algumas barreiras à avaliação da dor:

“a própria presença de dor, uma vez que reduz o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação; o estado mental da pessoa, designadamente o grau de ansiedade, pois pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação; a confusão, que pode dever-se ao próprio estado fisiológico do doente (hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central), alterações na alimentação e no estado de nutrição, transformações ao nível do ambiente e da rotina do doente, traumatismo e faixa etária; estado físico do doente, a escassez de tempo, o uso de linguagem técnica; a cultura, um fator influenciador da valorização e da expressão da dor; o ambiente, designadamente a presença de

ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade; a imperícia na aquisição da história clínica do doente” (Mota et al., 2020, p. 212).

Ainda na perspetiva dos autores supracitados, não obstante estas barreiras, é imperativo que se faça uma boa gestão e avaliação da dor dos doentes, por parte dos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros, uma vez que a OE (2008) preconiza que o enfermeiro é responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, a tomada de decisão na sua prática clínica deve pautar-se por uma abordagem sistémica, sustentando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos. Assim, torna-se importante nos cuidados de enfermagem a avaliação e o controlo da dor.

Verificou-se que são várias as intervenções autónomas de enfermagem para a gestão da dor em idosos, pautando-se pelo recurso a terapêuticas não-farmacológicas: Cognitivo-comportamentais, treino de habilidades de *coping* (Pu et al., 2018; Hunter et al. (2019), através das quais os enfermeiros ajudam o idoso no desenvolvimento de habilidades para controlar/gerir a dor e o stresse; relaxamento com imaginação para diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização de imagens e meditação, aromaterapia, apoio psicológico, terapia de humor, musicoterapia, acupressão, acupunctura, Qi Gong, Tai Chi, como forma de aumentar o foco nas sensações de bem-estar do idoso, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade (Pu et al., 2018; Pringle et al., 2021; Hunter et al., 2019; Tang et al., 2019); intervenções físicas, como: aplicação de frio e aplicação de calor, para redução da inflamação e promoção do relaxamento muscular (Pringle et al., 2021; Hunter et al., 2019); medidas físicas: exercício, com movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade, estimulação periosteal, estas intervenções promovem a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função, minimizando a atrofia e a desmineralização. Assim, ocorreu um alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores (Pu et al., 2018; Pringle et al., 2021; Nawai et al., 2019; Hunter et al., 2019); massagem para facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular (Pringle et al., 2021; Nawai et al., 2019; Tang et al., 2019); intervenções de suporte/estimulação emocional: toque terapêutico e conforto, para promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto aos idosos (Nawai et al., 2019; Pu et al., 2018). No estudo de Stöckigt et al. (2019), os enfermeiros aplicaram o InTouch, que consiste num toque físico suave com o objetivo de facilitar as queixas e aumentar o bem-estar da pessoa com dor, funcionando como estimulação

sensorial. Estas intervenções/técnicas são caracterizadas como terapêuticas alternativas, podem ser úteis quando utilizadas de forma individualizada e adaptada a cada situação específica.

Controlar a dor e promover o conforto são dois fatores de extrema importância nos cuidados de enfermagem. Por tal, o enfermeiro deve planejar intervenções autónomas que consigam um alívio satisfatório da dor na pessoa idosa, com recurso a medidas não farmacológicas. Neste sentido, cabe-lhes adotar estratégias de prevenção e controlo da dor junto da pessoa idosa alvo dos cuidados, maximizando o seu bem-estar numa vertente holística (DGS, 2013). Ritto et al. (2012) também referem que o tratamento da dor deverá compreender as estratégias de tratamento não farmacológico, onde o enfermeiro pode atuar de forma autónoma ou em complementaridade com as medidas farmacológicas. Segundo Araújo (2014), as medidas não farmacológicas são, maioritariamente, de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas às pessoas com doença reumática e seus familiares/cuidadores.

Os objetivos das intervenções não farmacológicas são diminuir o medo, a angústia e a ansiedade, reduzir a dor e proporcionam aos idosos uma sensação de controlo e alívio. Para se decidir a técnica não farmacológica mais eficaz de alívio da dor, o enfermeiro tem de ter em consideração a idade do idoso, o nível de desenvolvimento, a sua condição clínica e experiências anteriores, grau atual de dor e/ou dor prevista. As medidas não farmacológicas de alívio da dor são normalmente categorizadas em: (i) intervenções físicas (sensoriais), tipicamente específicas do doente e inibem a entrada nociceptiva e a perceção da dor. Algumas medidas que podem reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida do idoso são a massagem, o posicionamento, o tratamento quente e frio, acupuntura e relaxamento muscular progressivo, entre outras; (ii) intervenções psicológicas: a dor contínua pode levar ao desenvolvimento de um estado e comportamento desadaptativos que pioram as funções do dia-a-dia, aumentam a angústia ou intensificam a experiência dolorosa. Os idosos com dor tendem a mostrar maior vulnerabilidade a uma variedade de doenças psiquiátricas, incluindo transtornos depressivos e de ansiedade e transtorno de stresse pós-traumático. É provável que a relação entre depressão e dor seja bidirecional, de modo que a presença de um transtorno depressivo foi identificada como um fator de risco chave na transição da dor aguda para a dor crónica em pessoas idosas. As intervenções psicológicas mais comumente usadas são: a terapia cognitivo-comportamental, a redução do stresse com base no treino de habilidades de *coping*, a terapia de aceitação e compromisso, imaginação guiada e *biofeedback* (Ahmed et al., 2018).

A literatura científica refere que, na gestão da dor na pessoa idosa, é necessária uma perspetiva multidimensional tendo em conta as cognições, emoções e capacidade de

enfrentamento de cada idoso. Portanto, o cuidado de enfermagem deve focar adicionalmente o domínio existencial da vida do idoso com dor para se poder intervir de acordo com uma abordagem de cuidado holística (Dezutter et al., 2013). McDonald et al. (2018) referem que a incidência de dor crônica nos idosos tem tendência a aumentar, sendo uma das causas mais comuns a artrite, o que requer uma abordagem biopsicossocial para o tratamento da dor em vez de uma abordagem puramente medicamentosa, sendo importante observar as mudanças nos estilos de vida, o que também pode contribuir para o agravamento da síndrome dolorosa. Os mesmos autores reforçam também a importância da avaliação e reavaliação da dor, uma vez que esta não pode ser subestimada, o que requer intervenções autônomas de enfermagem.

A corroborar, Shropshire et al. (2019) mencionam que há significativas no alívio da dor na pessoa idosa com recurso a intervenções autônomas de enfermagem e na percepção de conforto no idoso a quem são utilizadas medidas farmacológicas em coadjuvação com as não farmacológicas, As intervenções não farmacológicas mais comuns são os exercícios, a terapia térmica, a atividade espiritual/religião, terapia ocupacional e a musicoterapia. Os mesmos autores referem que as evidências mostram que os idosos sujeitos a intervenções não farmacológicas e farmacológicas, sobretudo analgésicos, apresentam maiores scores de conforto percebido e menores scores de dor do que aquelas que apenas foram sujeitas a analgésicos. O recurso a intervenções não farmacológicas e o conforto devem ser mais potenciados pela equipa de enfermagem em qualquer contexto da sua atuação. Os objetivos das intervenções autônomas de enfermagem na gestão da dor na pessoa idosa são diminuir o medo, a angústia e a ansiedade, reduzir a dor e permitir à pessoa uma sensação de controlo e de bem-estar, traduzindo-se em melhor qualidade de vida. Ao decidir-se sobre a técnica não farmacológica mais eficaz, tem de se ter em consideração a idade da pessoa, a sua história clínica, as experiências anteriores e a intensidade da dor atual (Hicks et al., 2019).

Os estudos também demonstram que estas intervenções podem ser utilizadas como forma complementar as intervenções farmacológicas na gestão da dor, sendo ainda intervenções autônomas de enfermagem. A falta de conhecimento, a falta de treino e a falta de tempo configuram-se como algumas das barreiras atribuídas pelos enfermeiros à sua utilização. Assim, a formação contínua para atualizar conhecimentos sobre as intervenções não-farmacológicas é uma estratégia para ultrapassar essas barreiras, visando a sua implementação na prática dos enfermeiros na pessoa idosa. Por outro lado, a gestão da dor envolve quer a avaliação e monitorização, quer a implementação de intervenções interdependentes e autônomas de enfermagem, farmacológicas e não-farmacológicas.

2.1.5. Conclusões

Chegando-se ao fim deste percurso, procura-se refletir não só acerca do objetivo inicialmente proposto, traduzido na questão de investigação, como também de todo o processo investigativo, apresentando no final as limitações do estudo e as implicações para a prática.

A *scoping review* efetuada permitiu constatar que, mais do que um sintoma, a dor é uma doença em si. É um evento orgânico subjetivo, difícil de avaliar e o seu controlo é o objetivo do tratamento complementado com as intervenções autónomas de enfermagem. O idoso que sofre de dor possui alterações biológicas, psicossociais e psicossomáticas. Como tal, são indispensáveis intervenções diferenciadas e autónomas de enfermagem à pessoa idosa com dor.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária necessita de um vasto conhecimento acerca de quando ocorre a dor e como a mesma afeta o idoso, para poder ajudá-lo segundo o paradigma biopsicossocial. A dor é uma experiência subjetiva e não existem formas objetivas para avaliá-la. Sempre que possível, a existência e a intensidade da dor devem ser mensuradas pelo autorrelato do idoso, obedecendo à definição de que a dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz que é, existindo sempre que ela disser que sim.

A dor configura-se como uma experiência indissociável do ser humano, que afeta a sua qualidade de vida, o seu bem-estar e a realização das atividades de vida diária. Esta pode ser classificada de acordo com a duração temporal e a sua fisiopatologia. Deste modo, existe dor aguda ou crónica, dor nociceptiva, neuropática ou psicogénica. O tratamento da dor é, assim, necessário, para além do tratamento farmacológico, as intervenções não farmacológicas que merecem especial atenção, uma vez que complementam a terapêutica farmacológica, instituindo-se como intervenções autónomas de enfermagem.

Na prática clínica e de acordo com o contexto, o enfermeiro tem o dever de realizar a avaliação da dor mediante as escalas disponíveis ou mediante a anamnese do utente e família, assim este deve agir de forma a promover intervenções que ajudem a aliviar os sintomas ou mesmo a sua supressão. É expectável que o enfermeiro ajude a pessoa a adaptar-se ao seu processo de saúde e, portanto, é imperativo que a atuação do enfermeiro seja neste campo, através de processos de aprendizagem autónomo. O reconhecimento da multidimensionalidade da dor no idoso obriga a uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar com frequência. Assim, cabe ao enfermeiro realizar uma metodologia de planeamento. No âmbito destes cuidados, a presença e a competência desenvolvida pelo enfermeiro na consulta de reumatologia constituirá uma mais-valia fundamental. Ainda no

âmbito das suas competências, o Especialista em Enfermagem Comunitária deve incentivar e contribuir para a implementação de projetos de investigação-ação que permitam aprofundar conhecimentos e, em simultâneo, desenvolver estratégias de ação que traduzam uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, para que haja uma efetiva gestão da dor.

Neste contexto, pesquisas futuras fornecerão aos enfermeiros, que prestam cuidados de saúde a idosos, conhecimentos que permitirão otimizar a gestão da dor, através de intervenções autónomas, e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida. Assim, sugere-se que os enfermeiros tenham mais formação ao nível da gestão da dor, o que pode passar pelas alternâncias de decúbito, a massagem, a diminuição dos estímulos ambientais (como o ruído e a luz), a promoção do sono (o sono inadequado leva a uma diminuição da tolerância à dor), a promoção da presença da família, a distração (recorrendo por exemplo à televisão), a musicoterapia, a aromaterapia, sendo estas últimas referidas como muito benéficas na gestão da dor. Os resultados obtidos apontam ainda para que no geral as intervenções não-farmacológicas sejam fáceis de implementar, seguras, económicas e não exigindo o dispêndio de muito tempo por parte do enfermeiro. São intervenções independentes, podendo, por isso, ser facilmente incorporadas na prática diária de cuidados dos enfermeiros. A gestão da dor na pessoa idosa é considerada um processo desafiador, devendo o enfermeiro desenvolver competências e habilidades para a avaliar e planear estratégias para o alívio da mesma. O modo como os enfermeiros valorizam a dor, fazem a sua avaliação e como a registam, tornando visível a evolução da sua intensidade e, por outro lado, a monitorização que fazem das respostas às medidas desenvolvidas, são dimensões fulcrais para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Gerir a dor do idoso, o avaliar e registar a sua intensidade, o intervir adequada e atempadamente, o reavaliar sistematicamente a resposta às intervenções, exige verdadeiramente o equiparar da dor a um sinal vital.

Como perspetivas futuras, pretende divulgar os resultados desta investigação junto dos enfermeiros, não só ao nível da instituição, mas também ao nível da comunidade científica, proporcionando reflexão, compreensão e sensibilização para a importância dos melhores cuidados a prestar à pessoa idosa, com recurso a intervenções autónomas de enfermagem.

No decorrer desta pesquisa foram encontradas algumas limitações: o número reduzido de estudos primários; a limitação do idioma escrito (português e inglês) que se refletiu na tradução dos descritores; a obtenção de artigos completos e hipoteticamente relevantes. Porém, estas limitações encontradas correspondem, na sua essência, às que muitos investigadores encontram na matriz das suas *scopings reviews*, o que não supre o valor do

trabalho realizado, sobretudo, porque as evidências dos estudos proporcionam novas atualizações de natureza técnico-científica a serem aplicadas futuramente nos cuidados a prestar à pessoa idosa com dor.

3. Avaliação por Competências

Com o início do ensino clínico e após todo um percurso de teoria até então, foi possível colocar em prática e perceber no local a aplicação de todas as competências apreendidas. Assim no que diz respeito ao estabelecer com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, este apresenta-se como uma ferramenta importante para melhorar a saúde da população e deve ter em vista as ações futuras, e neste ensino clínico em particular houve todo um planeamento no que diz respeito ao processo de vacinação dos utentes em geral e dos que se encontravam institucionalizados cuja vacinação é da responsabilidade da UCC. Ainda neste campo realizei também um levantamento de necessidade de investigação mais concretamente no âmbito dos utentes inseridos em ECCL, consegui perceber após a análise da referenciação dos mesmos e dos diagnósticos que a dor e a melhoria da mesma era um item comum e assim desenvolvi uma investigação acerca das Intervenções Autónomas do Enfermeiro no Controlo da Dor no Idoso, acredito que após o término deste trabalho consiga contribuir para a aplicação dessas intervenções na equipa com vista à melhoria da qualidade de vida dos utentes, da diminuição da dor e também da capacitação dos cuidadores informais melhorando assim o bem estar de ambos obtendo certamente ganhos em saúde.

Fui diariamente refletindo sobre a minha postura e atuação enquanto enfermeira e enquanto futura especialista em Enfermagem Comunitária, promovendo uma atitude zelosa e ética, bem como o trabalho em equipa colaborando com a mesma para a contribuição de uma maior organização dos serviços e visibilidade dos mesmos, ficando assim com uma visão mais clara acerca deste papel tão importante que devemos assumir desenvolvendo assim Competências do Domínio das Responsabilidade Profissional, Ética e Legal . Ser especialista em Enfermagem Comunitária é muito mais que cingir a nossa atuação aos cuidados de saúde primários, é sobre tudo ver o utente numa perspetiva holística, na sua saúde, doença e na comunidade onde está inserido. Cada vez mais deve ser reiterada a importância da articulação entre o meio hospitalar com os cuidados de saúde primários pois só assim obteremos os ganhos em saúde que tanto procuramos. O capacitar a comunidade para ser parte integrante do seu processo de saúde é extremamente importante, e se neste período de estágios muitas atividades da UCC estavam suspensas por causa da situação pandémica outras apareceram para desafiar, assim desenvolvi também competências no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade não só dos cuidados diretos ao utente e família, mas também numa envolvência biopsicossocial em consonância com toda a equipa multidisciplinar.

Houve atividades e programas que não tive a oportunidade de desenvolver como por exemplo o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Envelhecimento Ativo, que eram temas

importantes para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária nomeadamente a integração e orientação de programas de saúde no âmbito comunitário fazendo parte dos objetivos do Plano Nacional de Saúde no entanto vivenciei outras experiências que não estariam programadas, mas que são igualmente ricas e importantes nesta formação e nomeadamente na aquisição destas competências como o exemplo da vacinação, um dos grandes objetivos nesta fase pandémica foi o de vacinar o maior numero de utentes e colaboradores diretos pois só assim se conseguiria evitar a propagação da Covid 19 e proteger os que estão mais frágeis quer a nível de saúde quer a nível social. Consegui perceber o papel preponderante das enfermeiras tutoras especialistas em Enfermagem Comunitária e com grau de mestre que assumiram este planeamento e coordenação no âmbito da vacinação contra a Covid 19 . Neste âmbito houve também uma capacitação da comunidade/grupos para a realização deste plano de vacinação articulado uma vez mais com outras unidades funcionais nomeadamente as USF, e assim sendo essa competência acabou por ser adquiridas porque a vacinação passou a ser um dos grandes objetivos do programa nacional de saúde

No que diz respeito aos objetivos de estágio a que me propus todos eles foram cumpridos, foi um ensino clinico muito gratificante que me permitiu uma enorme aprendizagem e para isso contribuiu sem duvida a forma como fui acolhida por toda a equipa multidisciplinar, desenvolvendo assim uma conduta humana e relacional muito importante que me permitiu prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados na área da enfermagem comunitária, tendo em vista a melhoria de cuidados de saúde ao utente e sua família.

Considerações Finais

Este relatório constituiu uma tradução teórica de uma forma organizada e concisa do planeado para o estágio que decorreu na UUC Viseu bem como as atividades realizadas para a sua concretização.

Ao realizar um balanço deste estágio considero que atingi todos os objetivos a que me propus tendo tido a possibilidade de ampliar domínios, como a autonomia, a tomada de decisão, favorecendo os cuidados personalizados inerentes ao enfermeiro na prestação de cuidados na comunidade baseando a prática clínica na evidencia, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Realizei em várias situações a metodologia do planeamento em saúde tendo por base a avaliação prévia do estado de saúde da comunidade em que fui inserida nesta prática especializada. Considero que este superou as minhas expectativas, sinto que desenvolvi e aprofundei novas competências e conhecimentos inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre. Com o término deste estágio sinto que agarrei todas as oportunidades de crescimento que foram surgindo e todas elas foram importantes para o sucesso do mesmo.

Acrescento que tive a colaboração de toda a equipa, onde fui muito bem acolhida e com toda a certeza que contribuíram para o sucesso deste meu percurso.

Queria também salientar que a situação que estamos a viver acabou por condicionar todos os programas que são desenvolvidos na UCC, deparamo-nos, assim, com novas exigências na forma de atuar e de estar. Nós, enfermeiros, somos agentes da mudança e de adaptação a novas realidades e o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem este papel de promover a mudança no outro aumentando o seu nível de literacia, mantendo-se informado e atualizado para dia a pós dia fazer de cada um agente promotor de saúde.

Referências bibliográficas

- Ali, A., Arif, A. W., Bhan, C., Kumar, D., Malik, M. B., Sayyed, Z., Akhtar, K. H., & Ahmad, M. Q. (2018). Managing Chronic Pain in the Elderly: An Overview of the Recent Therapeutic Advancements. *Cureus*, 10(9), e3293. <https://doi.org/10.7759/cureus.3293>
- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Toye, C. et al. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15:5, 368–376.
- Anwar, K. (2016). Pathophysiology of pain. *Dis Mon.*; 62(9), 324-9. doi: 10.1016/j.disamonth.2016.05.015.
- Araújo, S.C.S.C. (2019). *A gestão da dor crónica na pessoa com demência avançada: saberes e práticas dos profissionais de saúde de uma estrutura residencial*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2211/1/Susana_Carvalho_Araujo.pdf
- Baranoski, S., & Ayello, E.A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidáctica- Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Barbosa, M.H., Bolina, A.F., Tavares, J.L., Cordeiro, A.L.P.C., Luiz, R.B., & Oliveira, K.F. (2014). Fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22(6), 1009-1016. doi: 10.1590/0104-1169.3552.2510
- Bicket, M.C., & Mao, J. (2015). Chronic Pain in Older Adults. *Anesthesiol Clin.*; 33(3), 577-90. doi: 10.1016/j.anclin.2015.05.011.
- Cabral, L. et al. (2010). A importância da Educação em Saúde aos cuidadores de idosos. Paraná. Brasil.
- Decreto-Lei nº 100/2019. (2019, setembro 6). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. [Portugal]. Diário da República, pp. (3-12) Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- DGS (2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa nº9 de 14/06/2003. 4 pp. Acedido em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf

- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação nº 015/2010. 17 pp. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- Diamond, A.W. & Coniam, S.W. (2007). *O controlo da dor crónica*. Lisboa; Climepsi Editores.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.asp..>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Autor. Acedido em <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor). Lisboa: Autor. Acedido em <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de->
- Dowd, T. (2018). Theory of Comfort. In Alligood, M.R. (9th ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 527-539). Missouri: Elsevier.
- Dziechciaż, M., Balicka-Adamik, L., & Filip, R. (2013). The problem of pain in old age. *Ann Agric Environ Med.*; 1, 35-8. PMID: 25000839.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A.P., & Freitas, P.T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*; 2(2), 17-20. Acedido em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>
- Guia orientador de estágios do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (2019), Escola Superior de Saúde de Viseu
- Guia orientador de estágios do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (2019), Escola Superior de Saúde de Viseu Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, (2014) Guia orientador de trabalhos escritos, acedido em Guia Orientador de Trabalhos Escritos (ipv.pt).
- Hicks, H., Edeburn, K., & Mages, Mc. (2019). Non-Pharmacological Pain Management Interventions to Decrease Pharmacological Need in a Long-Term Care Facility: A Quality Improvement Study. *Celebrating Scholarship and Creativity Day*; 66, 2-20. https://digitalcommons.csbsju.edu/ur_cscday/66
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). *Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping*

Review. Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 13, 1905–1926. doi:10.2147/jmdh.s286193

IASP (2011). *IASP Taxonomy.* Acedido em <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

ICSI (2011). *Assessment and Management of Chronic Pain.* Acedido em https://www.icsi.org/_asset/4kkxom/ChronicPainES.pdf

International Association for the Study of Pain (2018). Definition of pain. Vol. 3 - Issue 2 - p e643 doi: 10.1097/PR9.0000000000000643. Acedido em https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/04000/The_International_Association_for_the_Study_of.2.aspx

International Association for the Study of Pain (IASP) (2019). Chronic pain has arrived in the ICD-11. News bulletin. Acedido em <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340&navItemNumber=643>

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*; Vol. 3, 4, 237-240.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursmg*; 19, 1178-1184.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid-Range Theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research.* Ottawa: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research.* New York: Springer. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=KOLCABA,+K.+\(2003\)+-+Comfort+Theory+and+Practice:+A+Vision+for+Holistic+Care+and+Research.+New+York:+Springer.&ots=S952tOMbDi&sig=W_qTVerH9deLy0KvhheihMz-wl4&redir_esc=y#v=onepage&q=KOLCABA%2C%20K.%20\(2003\)%20-%20Comfort%20Theory%20and%20Practice%3A%20A%20Vision%20for%20Holistic%20Care%20and%20Research.%20New%20York%3A%20Springer.&f=true](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=KOLCABA,+K.+(2003)+-+Comfort+Theory+and+Practice:+A+Vision+for+Holistic+Care+and+Research.+New+York:+Springer.&ots=S952tOMbDi&sig=W_qTVerH9deLy0KvhheihMz-wl4&redir_esc=y#v=onepage&q=KOLCABA%2C%20K.%20(2003)%20-%20Comfort%20Theory%20and%20Practice%3A%20A%20Vision%20for%20Holistic%20Care%20and%20Research.%20New%20York%3A%20Springer.&f=true)

Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2^a ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Kolcaba, K. (2010). *An introduction to comfort theory*. In *The comfort line*. Acedido em <http://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K. (2010). *Comfort Line*. Katherine Kolcaba. Acedido em <http://www.thecomfortline.com>
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*; 19, 1178–1184.
- Kolcaba, K.Y., & Fisher, E.M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Crit Care Nurs Q*; 18, 66–76.
- Kolcaba, K.Y., & Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301–1310.
- Kolcaba, K.Y., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs*; 18, 46–62.
- Larner, D. (2014). Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*; Vol. 3, 707-717.
- Lima, J.V.F., Guedes, M.V.C., Silva, L.F., Freitas, M.C., & Fialho, A.V.M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha Enferm.*; 37(4), 1-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>.
- Lubbe, W., Ham-Baloyi, W., & Smit, K. (2020). The integrative literature review as a research method: A demonstration review of research on neurodevelopmental supportive care in preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*; Vol. 26, 6, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.04.006>
- Makris, U.E., Abrams, R.C., Gurland, B., & Reid, M.C. (2014). Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*; 312(8), 825-36. doi: 10.1001/jama.2014.9405.
- McDonald, D. D., Coughlin, S., & Jin, C. (2018). Older adults' response to analgesic adverse drug reactions: A pilot study. *Pain Management Nursing*, 19(4), 333–339. doi:10.1016/j.pmn.2018.01.008.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). Avaliação da Dor. In: Muller, André – Cuidados de Enfermagem e Dor (pp. 115, 159-180). (tradução de Maria M. Martins). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda..
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 021/2020, de 23 de dezembro de 2020: Campanha de Vacinação contra a COVID-19. Lisboa: Direção-Geral da

- Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212020-de-23122020-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 021/2020, de 23 de dezembro de 2020: Campanha de Vacinação contra a COVID-19. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212020-de-23122020-pdf.aspx>
- Muller, A., & Schwetta, M. (2008). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Nawai, A. (2019). Chronic Pain Management Among Older Adults: A Scoping Review. *SAGE Open Nursing*; Vol. 5, 1–17. doi: 10.1177/2377960819874259
- Noble, H., & Smith, J. (2018). Reviewing the literature: choosing a review design. *Evidence-Based Nursing*; 21, 39-41. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2018-102895>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pickering, G., & Morel, V. (2018). Memantine for the treatment of general neuropathic pain: a narrative review. *Fundam Clin Pharmacol.*; 32(1), 4-13. doi: 10.1111/fcp.12316.
- Pina, J., Veiga-Branco, M.A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec. nº5), 137-145.
- Portugal, SNS, BI-CSP (Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários), 2020, acedido em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20022/2182591/Pages/default.aspx>
- Portugal, SNS, BI-CSP (Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários), 2020, acedido: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20022/2182591/Pages/default.aspx>
- Pretorius, A., Searle, J. & Marshall, B. (2014). Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing*, Vol.12, 1-8.
- Pringle, J., Mellado, A.S.A.V., Haraldsdottir, E. *et al.* Pain assessment and management in care homes: understanding the context through a scoping review. *BMC Geriatr* 21, 431 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02333-4>
- Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2018). *Psychosocial interventions for pain management in older adults with dementia: a systematic review of randomised controlled trials*. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13929

- Ramos, A.C.S. (2016). *O controlo da dor e da dispneia nos últimos dias de vida da pessoa com doença oncológica: intervenções de enfermagem centradas na pessoa*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16507/1/Relatorio%20de%20est%C3%A1gio%20Andreia%20Ramos.pdf>
- Regulamento 428/2018. (2018, julho 16.) *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. (Portugal). Diário da República, Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Regulamento 428/2018. (2018, julho 16.) *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. (Portugal). Diário da República, Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Regulamento nº 135/2018 referente ao Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar descrito pela Ordem dos Enfermeiros, n.º 428/2018 publicado no Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07- 16
- Ribeiro, A.L.A. (2013). *A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica do Porto. Acedido em https://repositorio.ucp.pt/.../TESE_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Crono..
- Ribeiro, H.A.C. da (2017). *Particularidades da avaliação e tratamento da dor no idoso: contributo para a validação da Pain Quality Assessment Scale© e abordagem terapêutica na população idosa*. (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina. Acedido em <https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/82310/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Hugo%20Ribeiro.pdf>
- Ritto, C., & Rocha, F.D. (2017). *Avaliação da dor. Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Fundação Grünhental.
- Schneider, J., Algharably, E., Budnick, A., Wenzel, A., Dräger, D., & Kreutz, R. (2020). Deficits in pain medication in older adults with chronic pain receiving home care: A cross-

- sectional study in Germany. *PLoS ONE*; 15(2), e0229229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229229>
- Schwan, J., Sclafani, J., & Tawfik, V.L. (2019). Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin.*; 37(3), 547-560. doi: 10.1016/j.anclin.2019.04.012.
- Shega, J.W., Dale, W., Andrew, M., Paice, J., Rockwood, K., & Weiner, D.K. (2012) Persistent pain and frailty: a case for homeostenosis. *J Am Geriatr Soc.*; 60(1),113-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03769.x.
- Shropshire, M., Stapleton, S., Jin Kim, M., Dyck, M., & Mallory, C. (2019). Older people's use of non-pharmacological interventions for chronic, non-cancer pain and comfort. *Nurs Older People*; 31(6), 33-39. doi: 10.7748/nop.2019.e1110.
- Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação de Enfermagem*; 17-26. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Stöckigt, B., Suhr, R., Sulmann, D., Teut, M., & Brinkhaus, B. (2019). *Implementation of Intentional Touch for Geriatric Patients with Chronic Pain: A Qualitative Pilot Study. Complementary Medicine Research*, 1–10. doi:10.1159/000496063
- Tang, S. K., Tse, M., Leung, S. F., & Fotis, T. (2019). The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in community-dwelling older adults: a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 1488. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7831-9>

- Unidade de Cuidados Comunidade: UCC Viseu (2019). *Manual de acolhimento*.
- Wiffen, P.J., Derry, S., Moore, R.A., & Kalso, E.A. (2014). Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2014(4), CD005451. doi: 10.1002/14651858.CD005451
- Williams, A.M., Lester, L., Bulsara, C et al. (2017). Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE): developing and testing a measurement instrument. *BMJ Open*; 7, 1-9. e012999. doi:10.1136/bmjopen-2016-012999
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. Roca. São Paulo. Brasil

ANEXOS

