Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

ANA PATRÍCIA GOMES VICENTE

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ÂMBITO DO CONTROLO DA DOR À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Coimbra, janeiro de 2023

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

ANA PATRÍCIA GOMES VICENTE

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ÂMBITO DO CONTROLO DA DOR À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Adriana Neves Coelho, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, janeiro de 2023

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível de concretizar graças ao contributo de um conjunto de pessoas, que direta ou indiretamente, através da sua disponibilidade e apoio não permitiram que a motivação diminuísse.

No entanto, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas em particular:

Aos meus pais, meu porto de abrigo, que me permitem ver para além da tempestade sempre. Por terem muita paciência quando as coisas correm menos bem, por nunca me deixarem desistir e por embarcarem comigo nesta aventura.

A todo o (meu) serviço de Medicina II do Centro Hospitalar de Leiria, o meu obrigada pelos contributos, pelas palavras de apoio quando necessário, pela paciência e por compreenderem o gosto pelos cuidados paliativos.

À Professora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira e à Professora Adriana Neves Coelho, obrigada pela disponibilidade constante perante os meus contactos, por acalmarem os momentos de incerteza com uma palavra amiga e por todas as partilhas de conhecimentos ao longo deste percurso.

A todos os colegas enfermeiros que contactei ao longo deste estudo, pela disponibilidade demonstrada, pelos contributos que possibilitaram a realização desta investigação e pela compreensão e apoio na colheita de dados, muito obrigada.

À minha avó Aldina, minha estrela, que é luz constante nas minhas caminhadas e me guia nos momentos mais difíceis.

A todos vós, OBRIGADA!

"A medicina paliativa é aquela que cuida daqueles em que a luz da vida, a pouco e pouco, se vai apagando. A medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade." João Lobo Antunes (2010)

RESUMO

Introdução: As intervenções não farmacológicas constituem um importante e vantajoso recurso no controlo da dor em cuidados paliativos como adjuvantes úteis à analgesia farmacológica e como recursos de baixo custo e com reduzidos efeitos secundários. Contudo, dada a reduzida evidência relativa à sua utilização específica pelos enfermeiros, foi realizado o presente estudo de investigação que pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de intervenções não farmacológicas no controlo da dor, à pessoa em situação paliativa?

Objetivo: Descrever as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de intervenções não farmacológicas para controlo da dor à pessoa em situação paliativa.

Metodologia: Estudo qualitativo de cariz fenomenológico com recurso a entrevista semi-estruturada a enfermeiros que cumpriam o critério de inclusão: experiência mínima de um ano na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e na implementação de INF para controlo da dor. Foram selecionadas dez participantes com recurso à técnica de amostragem de "bola de neve".

Resultados: As participantes concetualizam a dor, como dor total e reconhecem importante a monitorização da dor em tempo útil e a implementação precoce de intervenções não farmacológicas, de forma complementar à terapêutica e centrada na pessoa. Estas intervenções (cognitivo-comportamentais, de suporte emocional, físicas e outras) são descritas como benéficas para o doente, família e sociedade nomeadamente com a redução do consumo de analgésicos. As enfermeiras reconhecem a existência de limitações como a descrença na eficácia destas intervenções e salientam fatores promotores que permitem colmatar estas dificuldades como o trabalho em equipa e o investimento na formação pelos profissionais.

Conclusão: As intervenções não-farmacológicas implementadas em complementaridade com a terapêutica, trazem inúmeros benefícios nomeadamente no controlo da dor. Dado o aumento no interesse pessoal e profissional no que diz respeito à implementação de INF, é importante o esforço por parte das entidades responsáveis no sentido de investir

na capacitação dos profissionais. Dadas as particularidades deste contexto e das pessoas com necessidades paliativas, mais estudos devem ser realizados neste âmbito.

Palavras-chave: cuidados paliativos; dor; enfermagem; intervenções não farmacológicas; terapias complementares.

RESUME

Introduction: Non-pharmacological interventions are an important and advantageous resource for pain control in palliative care as useful adjuvants to pharmacological analgesia and as a low-cost resource with reduced side effects.

However, since the lack of evidence regarding their implementation by nurses, the present study was conducted with the purpose to answer the following research question: What are the nurses' experiences regarding the implementation of non-pharmacological interventions to control pain to the person in a context of palliative care?

Objective: Describe the experiences of nurses in the context of the implementation of non-pharmacological interventions with the objective of providing pain control to the person in a context of palliative care.

Methodology: Qualitative study of a phenomenological nature using a semi-structured interview with nurses who fit the inclusion criteria: minimum experience of one year in providing care to people in a context of palliative care and in the implementation of non-pharmacological interventions for pain control. Ten participants were selected using the "snowball" sampling technique.

Results: The participants conceptualize pain, as "total pain" and recognize the importance of monitoring pain and implement non-pharmacological interventions individually, in an early stage, as a complement to therapeutics. These non-pharmacological interventions (cognitive-behavioral, emotionally supportive, physical and others) are described as benefic for the patient, family, and society namely with the reduction in the consumption of analgesics. Nurses recognize the existence of limitations namely the disbelief about their efficacy and underline promoting factors to help overcome these difficulties like teamwork and investment in training by professionals.

Conclusion: The non-pharmacological interventions implemented in addition with therapeutics bring numerous benefits, namely in pain control. Given the increase interest, personal and professional, about the implementation of these interventions, it is important that the responsible entities do an effort to invest in training of professionals. Given the

particularities of this context and the people with palliative needs, more studies should be carried out in this area.

Keywords: palliative care; pain; nursing; non-pharmacological interventions; complementary therapies.

ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

ACES - Agrupamento de centros de saúde

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ARS - Administração Regional de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados paliativos

DGS - Direção Geral da Saúde

EAPC - European Association for Palliative Care

ECSCP - Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

EIHSCP - Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

EUA - Estados Unidos da América

HRW - Observatório dos Direitos Humanos

IAHPC - Associação Internacional de Cuidados Paliativos

IASP - Associação Internacional do Estudo da dor

IF - Intervenções farmacológicas

INE - Instituto Nacional de Estatística

INF - Intervenções não farmacológicas

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEDCP - Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TCC - Terapia cognitiva/comportamental

TENS - Estimulação elétrica nervosa transcutânea

TERV - Terapia de Exposição à Realidade Virtual

UCP - Unidades de cuidados paliativos

UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ULS - Unidades locais de saúde

WHPCA - Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

WPCA - Aliança Mundial de Cuidados Paliativos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo cooperativo de CP com intervenção nas crises (Capelas et al., 2016) 27

Figura 2 - Conceito de dor total proposto por Cicely Saunders (1964) (Castro et al., 2021).....33

Figura 3 - Esquema central da experiência vivenciada pelas enfermeiras.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes (n=10) 46

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **19**
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO **21**
1.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO 21
1.1.1 Referencial histórico 23
1.1.2 Princípios e filosofia 24
1.1.3 Modelos de organização dos Cuidados Paliativos em Portugal 27
1.2 PRINCÍPIOS GERAIS DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS 30
1.3 IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS 37
1.4 MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM 39
1.4.1 Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba 40
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO **43**
2.1 OBJETIVO E QUESTÃO ORIENTADORA DA INVESTIGAÇÃO 43
2.2 TIPO DE ESTUDO 44
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 44
2.4 PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS 46
2.4.1 Ambiente da entrevista 47
2.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS 48
2.6 CRITÉRIOS DE VALIDADE E RIGOR 51
2.7 ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS 53
3. APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS ACHADOS **55**
3.1 CONCEÇÃO DE DOR 56
3.2 IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS 58
3.3 BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS 62
3.4 LIMITAÇÕES À IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS 64
3.5 FATORES PROMOTORES 70
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **73**
CONCLUSÃO **87**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **89**

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista

APÊNDICE II – Questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes

APÊNDICE III – Declaração de consentimento informado livre e esclarecido ao participante

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, resultante dos avanços tecnológicos e científicos, tem promovido uma crescente necessidade de Cuidados paliativos (CP) (Henneghan & Schnyer, 2015; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA], 2014).

Apesar do aumento das unidades de CP, de forma a providenciar o máximo de conforto e dignidade possíveis às pessoas doentes e famílias que se deparam com esta situação (WHPCA, 2014), estas continuam a experienciar desconforto (Coelho et al., 2016).

Paralelamente a esta necessidade, surge também a problemática da dor. A dor, sendo uma experiência subjetiva e universal, nas suas múltiplas vertentes, pressupõe uma abordagem multidisciplinar dirigida à sua complexidade. A dor, e em particular a dor crónica, tem impacte na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Com efeito, no âmbito das suas competências e nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, esta constitui um dos focos de atenção do enfermeiro, contribuindo para a satisfação da pessoa, promoção do bem-estar e desenvolvimento das suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Urge, neste âmbito referir a relevância das intervenções não farmacológicas (INF), que constituem um importante recurso no controlo da dor em CP (Coelho et al., 2017), como adjuvantes úteis à analgesia farmacológica e como recursos de baixo custo e com reduzidos efeitos secundários (Coelho et al., 2018).

A evidência existente revela que constituem um importante contributo para o aumento do conforto e da satisfação para a pessoa em situação paliativa (Coelho et al., 2018; Leong et al., 2015). Enquanto INF que se constituem como intervenções autónomas de Enfermagem, faz sentido o interesse numa perspetiva focalizada nos enfermeiros que as implementam.

Assim, tendo sido realizada previamente uma *scoping review* que identificou como lacuna na literatura a escassa evidência científica relativa à implementação das INF no controlo da dor no contexto de cuidados paliativos, procedeu-se à realização de um estudo que dê

resposta à questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de intervenções não farmacológicas no controlo da dor, à pessoa em situação paliativa?

Definiu-se como objetivo: descrever as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de intervenções não farmacológicas para controlo da dor à pessoa em situação paliativa.

No que concerne à metodologia a implementar, foi realizado um estudo qualitativo de cariz fenomenológico com recurso à entrevista semi-estruturada aúdio-gravada e posteriormente realizada uma análise de dados com recurso ao *software* Nvivo.

Este documento encontra-se estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento é constituído por quatro capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico com a explicitação de alguns conceitos pertinentes para a investigação. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento metodológico, apresentando o desenho e as principais linhas orientadoras do estudo, o terceiro capítulo engloba a apresentação e descrição dos achados e o quarto capítulo a discussão dos mesmos à luz do conhecimento atual. Este estudo é ainda constituído por Referências Bibliográficas e Apêndices/Anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Inicia-se este capítulo com uma descrição do desenvolvimento histórico dos CP, seguida de uma contextualização e da respetiva definição. Posteriormente, é realizada uma descrição dos princípios e filosofia dos CP e dos seus modelos de organização em Portugal. Relativamente ao conceito de dor, são enunciados os seus princípios gerais, onde se inclui o controlo da dor especificamente em contexto de CP e a intervenção do enfermeiro nesta área. Por fim, é realizada uma descrição relativa à implementação de INF e a inclusão de um modelo teórico de enfermagem.

1.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. Todos os progressos científicos, tecnológicos e sociais alcançados contribuíram para o aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva prolongada (Barbosa & Neto, 2010). Os avanços na área da saúde, aliados ao aumento da esperança média de vida, têm promovido uma crescente necessidade de CP (Henneghan & Schnyer, 2015; WHPCA, 2014).

Os dados estatísticos traduzem o aumento do número de anos de vida saudável à nascença de 52,4 (2004) para 57,8 (2019) relativamente ao sexo feminino, e um aumento ainda superior nos homens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019). Indicam ainda o aumento da incidência de doenças crónicas, uma vez que, de 2014 a 2019, houve um acréscimo de 3 milhões de pessoas portadoras de uma doença crónica somando um total de 18 milhões de pessoas no ano de 2019 (INE, 2019).

É importante ressalvar que, apesar de todos os progressos notáveis alcançados até então, ser portador de uma doença crónica incapacitante associada a outras comorbilidades, não é sinónimo de viver com melhor qualidade de vida (Silva, 2014).

Apesar de nos últimos cinco anos se verificar uma redução da percentagem da população com limitações na realização de atividades de vida diária devido a problemas de saúde, de 36,1% em 2015 para 32,1% em 2020, Portugal continua a ser um dos países em que

este indicador atinge uma maior expressão (33,0% em 2019, 24,0% para a União Europeia). Considera-se que, dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de vida saudável, menos 3,0 que a média europeia (INE, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente forem integrados no plano terapêutico da pessoa, não só melhorando a sua qualidade de vida como a das suas famílias, mas também permitindo reduzir hospitalizações desnecessárias e a (sobre)utilização de serviços de saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Em Portugal Continental, os CP já percorreram um importante caminho com os Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP 2017-2018 e PEDCP 2019-2020), estabelecendo conceitos e prevendo a distribuição de recursos no território nacional. No entanto, embora já se assista a uma distribuição geográfica alargada destes, muitos portugueses com necessidades de CP ainda não têm facilidade de acesso aos mesmos.

Defende-se hoje que o acesso a estes cuidados deve ser determinado pelas necessidades da pessoa e da sua família e não apenas pelo prognóstico, sendo que é nessa linha que a evolução futura deve prosseguir (CNCP, 2021).

De acordo com dados estatísticos do INE (2020), para a população adulta, estima-se que em Portugal, no ano de 2020, entre 81.553 a 96.918 pessoas necessitaram de cuidados paliativos, considerando que entre 69-82% dos doentes que faleceram necessitavam desta tipologia de cuidados. É possível verificar um aumento ligeiro relativamente aos biénios anteriores que é consistente com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa, independentemente do aumento paralelo da doença crónica (CNCP, 2021).

Muitas das equipas existentes ainda têm dotações de recursos humanos abaixo dos mínimos necessários, bem como apresentam necessidades formativas por colmatar. Embora sendo ainda um componente relativamente novo, os CP são, cada vez mais, reconhecidos como uma parte essencial dos sistemas de saúde (Rocha, 2017).

A OMS (2002) considera os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias face aos problemas associados às doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento com recurso à

identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em Portugal, em 2012, foi aprovada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – Lei nº52/2012 de 5 de setembro que define CP nos termos da alínea a) da Base II como " cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor (...)" (Assembleia da República, 2012).

Os CP não se baseiam em protocolos, mas sim em princípios. Não remetem para a terminalidade, mas para a doença que ameaça a vida, implicando a prestação de cuidados desde o diagnóstico até à morte, de forma a expandirem o campo de atuação. Os CP não se coadunam com a impossibilidade de cura, mas sim com a possibilidade ou não de um tratamento modificador da doença. Consideram uma abordagem multidimensional, sendo a família integrada mesmo após a morte do doente, no período de luto (Carvalho & Parsons, 2012).

1.1.1 Referencial histórico

Os CP às pessoas na fase final da sua vida têm sido realizados desde os mais remotos tempos da História, essencialmente associados a ordens religiosas numa tentativa de ajudar aqueles negligenciados pela sociedade. Ainda que de grande importância, eram essencialmente cuidados gerais e caritativos, que não podem ser equiparados aos cuidados que surgiram a partir do Movimento dos *Hospices* no século XX, com Cicely Saunders (Capelas et al., 2014).

Cicely Saunders, uma das figuras pioneiras da criação do movimento de CP modernos, introduz uma filosofia de cuidados assente no alívio sintomático com a criação do *St. Christopher's Hospice* em 1967, 1º *hospice* da era moderna em Londres, em que o alívio do sofrimento possibilita uma melhor adaptação do doente e da sua família à fase terminal, e depois em 1969 com o programa de CP domiciliários. Este movimento "levou ao aparecimento de instituições prestadoras de cuidados de saúde que aliavam a capacidade técnica e científica de um hospital com um ambiente acolhedor de um lar denominando-se estes como CP" (Capelas et al., 2016, p.16).

Na década de 70, surgem os primeiros serviços de CP no Japão, Noruega, Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Polónia e Suécia. Relativamente a organizações internacionais surge a *International Association for the Study of Pain* e a *Japanese Association for Clinical Research on Death and Dying.* Paralelamente, acontece em Montreal o primeiro congresso internacional na área, o *1st Internacional Congress on the care of the terminally III.* Surge também pela primeira vez o termo CP por Balfour Mount, no *Royal Victoria Hospital*, no Canadá, devido ao estigma que o termo *hospice* tinha na população de língua francesa (Capelas et al., 2016).

Este movimento dos CP que se implementou rapidamente nos EUA, no Canadá e só mais tarde no resto da Europa, surge em Portugal apenas no início da década de 90 com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão (Marinho, 2013). Contudo, verificou-se que a visão paliativa perante a doença incurável foi detetada em textos médicos portugueses no século XVI. Este dado mostra-nos a demora significativa da implementação dos CP em Portugal, comparativamente com a realidade de outros países europeus (Carvalho & Parsons, 2012; Marinho, 2013; Neto, 2006; Rocha, 2017).

1.1.2 Princípios e filosofia

Os CP regem-se por princípios reafirmados em 2002 pela OMS que consistem em promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis (considerando a relevância da adoção de medidas não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica e com aspetos psicossociais e espirituais); afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida (colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida); não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado ao doente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o doente viver tão ativamente quanto possível até ao momento da sua morte; e oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e a enfrentar o luto. Adicionalmente, preconiza uma abordagem multiprofissional focada nas necessidades do doente e dos seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o decurso da doença. Estes cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas stressantes (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2017; DGS, 2005; Rocha, 2017).

Este sistema de estruturação de cuidados, assente numa intervenção multidisciplinar, apoia a resposta de cuidados holísticos e diferenciados ao doente e à família (OMS, 2002; Rocha, 2017). São cuidados prestados em todos os contextos de saúde, do domicílio ao hospitalar, ao longo do ciclo vital, no decurso do diagnóstico, tratamento, cura ou morte até ao luto, no apoio à família (Rocha, 2017).

Apesar de existir legislação que regulamenta estes cuidados, ainda nos deparamos com grandes assimetrias no acesso aos mesmos, não só entre diferentes países, mas também no mesmo país, de região para região. Numa tentativa de colmatar esta problemática surgem documentos como é exemplo a carta de Praga que se demonstra essencial para o alargamento e melhoramento dos cuidados de saúde a um maior número de pessoas.

A carta de Praga, num esforço conjunto entre a Associação Europeia de CP (EAPC), a Associação Internacional de CP (IAHPC), a Aliança Mundial de CP (WPCA) e o Observatório dos Direitos Humanos (HRW), defende que é urgente promover o acesso aos CP como um direito humano (EAPC, 2012). "O acesso aos CP é uma obrigação legal, como é reconhecida pelas convenções das Nações Unidas, e tem sido reclamado como um direito humano por associações internacionais, baseando-se no direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental" (EAPC, 2012, p.1). Este documento permite uma aproximação à promoção e defesa da implementação destes cuidados nos sistemas europeus de saúde (Neto, 2013).

"Os CP são um direito humano e, só por si, originam impacto real na qualidade de vida dos doentes e da sua família; impacto positivo na equipa e nos outros profissionais de saúde das instituições e na forma como abordam as doenças crónicas; na prestação de cuidados compreensivos e na redução das mortes no hospital" (Capelas et al., 2016, p.16).

Apesar da eficácia comprovada, a acessibilidade aos CP é limitada ou inexistente em muitos países. Assim, a EAPC, a IAHPC, a WPCA e o HRW sugerem aos governantes que desenvolvam políticas de saúde que respondam às necessidades dos doentes com doenças terminais ou limitadoras da vida; assegurem o acesso a fármacos indispensáveis a todos os que deles necessitem; garantam que os profissionais de saúde recebem e possuem formação e treino em CP e controlo da dor nos cursos pré e pós-graduados e assegurem a integração dos CP em todos os níveis do sistema de saúde (EAPC, 2012).

Torna-se também importante salientar os pilares fundamentais dos CP: controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Capelas et al., 2016; DGS, 2005; Neto, 2010; OE, 2011).

Os CP não podem deixar de integrar o controlo rigoroso dos sintomas, e incluir a correta abordagem das outras dimensões que causam sofrimento ao doente e à sua família (Neto, 2017). Importa referir que um inadequado controlo sintomático, para além de provocar o agravamento do sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença. É neste enquadramento ético-clínico que se deve avançar para o controlo/gestão dos sintomas tendo em consideração o correto modelo de decisão e ponderando sempre as intervenções em função dos objetivos de cuidados, dos valores do doente e dos benefícios gerados (Neto, 2017).

No que diz respeito à comunicação, para os doentes em situação paliativa, o relacionamento humano representa a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis de enfrentar. De forma a atender a estas necessidades, é necessário que os profissionais de saúde considerem a relação interpessoal empática e compassiva como base para as suas ações e condutas. Mais do que habilidades técnicas para cuidar do doente e de providenciar informações sobre a doença e o tratamento, os doentes que experienciam uma doença avançada, esperam que a relação com os profissionais seja alicerçada na compaixão, humildade, respeito e empatia. Desta forma, a implementação na prática destes conceitos subjetivos é possível com o uso adequado de habilidades de comunicação (Carvalho & Parsons, 2012).

Relativamente ao apoio à família, esta deve ser integrada nos planos de ação dos profissionais com o mesmo empenho que consideram a pessoa doente. O processo de doença, além da pessoa, afeta fortemente os seus familiares, necessitando também eles de serem escutados, orientados, apoiados e integrados ao longo da prestação de cuidados no desenrolar do processo de doença (Gonçalves, 2016).

A família deve ser ativamente incluída nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela o próprio objeto de cuidados durante a doença e o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação pelos profissionais (DGS, 2005).

O trabalho em equipa é também entendido como um ponto essencial. A abordagem multidisciplinar e interdisciplinar por parte da equipa de saúde à pessoa doente e à sua família traz grandes benefícios para quem é alvo dos cuidados. Enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, técnicos auxiliares de saúde e assistentes espirituais fundem o seu conhecimento e experiência prática, pesam os benefícios e prejuízos para a pessoa

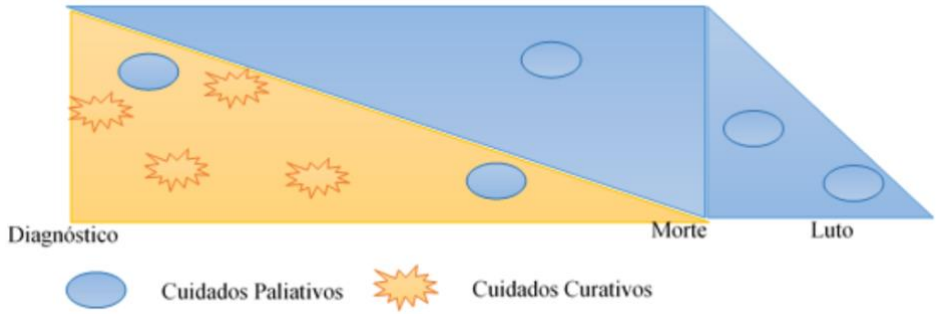
doente e para a sua família nos seus diferentes níveis de existência, desenvolvendo e promovendo uma maior qualidade nos cuidados prestados e uma maior qualidade de vida para a pessoa doente e família.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP, vem perspetivar para Portugal a integração dos princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos em todos os serviços clínicos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), prestados por todas as suas equipas, promovendo e garantindo que estas adquirem as competências básicas necessárias para uma abordagem paliativa de excelência. Estas equipas devem trabalhar em interligação próxima e com apoio das equipas especializadas, que serão as detentoras de qualificações profissionais, formação teórica e prática e dimensionamento para permitir o aporte otimizado de cuidados centrados no doente e na família (CNCP, 2021).

O modelo de cuidados que mais potencia os princípios e filosofia dos CP, atualmente preconizado, é o modelo cooperativo com intervenção nas crises (Figura 1) que defende, desde o diagnóstico de uma doença crónica, evolutiva e potenciadora de sofrimento, uma permanente articulação entre a intervenção curativa e a paliativa.

Figura 1

Modelo cooperativo de CP com intervenção nas crises



Nota. (Capelas et al., 2016)

1.1.3 Modelos de organização dos Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal, desde 2012 que a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro), define a responsabilidade estatal, consagrando o direito e regulando o acesso dos cidadãos aos CP. Assim, com a implementação desta legislação, estabelece-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) sob a tutela do Ministério da Saúde.

Por sua vez, a coordenação da RNCP fica assegurada pela CNCP, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, através dos respetivos Coordenadores Regionais da RNCP.

O Decreto-Lei nº 173/2014, de 19 de novembro, clarifica que as unidades e equipas em CP deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas redes. Em Portugal, a RNCP encontra-se regulada pela Portaria nº 165/2016 de 14 de junho que efetua alterações à Portaria nº 340/2015, de 8 de outubro (Rocha, 2017).

Os CP como um direito humano, é reconhecido na Lei nº 52/2012 publicada em Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, que regula o acesso dos cidadãos a estes cuidados, define a responsabilidade do Estado em matéria de CP e cria a RNCP, a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde. A Lei nº 31/2018, publicada em Diário da República n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18 estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.

De acordo com a CNCP (2021), consoante a complexidade clínica, consideram-se generalistas os CP prestados e disponibilizados em todos os níveis de cuidados de saúde; especializados, os cuidados prestados por equipas especializadas com formação e experiência avançada.

Por sua vez, os CP especializados podem integrar diversas valências, de acordo com a Lei nº 52/2012 publicada em Diário da República nº 172/2012, Série I de 05-09-2012: unidades de Cuidados Paliativos (UCP), equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP). As UCP correspondem a um serviço específico de tratamento em situação aguda complexa podendo estar integradas num hospital. Podem ainda ter diferentes valências assistenciais: internamento, apoio intra-hospitalar, consulta externa/hospital de dia e apoio domiciliário. As EIHSCP prestam aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados a outros profissionais e serviços hospitalares, assim como aos doentes e às suas famílias. Por sua vez, as ECSCP prestam cuidados especializados a doentes e às suas famílias/cuidadores, no domicílio. Para além disso, asseguram formação, apoio e aconselhamento diferenciado em CP às unidades de cuidados de saúde primários, às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais da RNCCI.

Assim, dadas as estimativas das necessidades gerais de CP, de acordo com o PEDCP 2021/2022 e em congruência com os critérios elaborados pela EAPC, relativamente às ECSCP, preconiza-se uma equipa por cada agrupamento de centros de saúde (ACES) ou unidades locais de saúde (ULS), com o número de profissionais adaptados às características sociodemográficas da região. Atualmente, de um total de 54 equipas pretendidas, segundo administração regional de saúde (ARS), estão constituídas 27, na sua grande maioria ainda a funcionar sem a dotação de recursos humanos considerada necessária para um serviço de qualidade (CNCP, 2021).

No que diz respeito às EIHSCP e de acordo com a meta estabelecida no PEDCP 2017/2018 de uma equipa por ULS e por centro hospitalar/hospital, apesar de existirem já em Portugal Continental 43 equipas em 2020 (com consulta externa funcionante), todas continuam a necessitar de investimento em recursos humanos, instalações e equipamentos. Relativamente às EIHSCP pediátricas especializadas, prevê-se que até ao final do presente ano, todas devam estar em funcionamento (uma por Centro Hospitalar Universitário) a cumprir as dotações de recursos humanos e infraestruturas e também de plano formativo (CNCP, 2017, 2021).

Relativamente às UCP, para a população adulta, estimou-se para o ano de 2021 uma necessidade de cerca de 441 camas com a referência de 40-50 camas por 1.000.000 habitantes em Portugal (CNCP, 2021). No entanto, considerando o aumento de pessoas com necessidades paliativas, associado à prevalência da doença crónica, estudos apontam para que o número de camas necessário corresponda ao dobro (Radbruch & Payne, 2009; CNCP, 2021). Ainda de acordo com o PEDCP 2021/2022, é possível constatar que apenas as regiões do Centro e Algarve têm disponibilidade de camas em número próximo às necessidades estimadas (CNCP, 2021). Na proposta de dotação de recursos de CP para Portugal Continental, prevê-se a criação de 15 camas de pediatria em UCP com a referência de uma unidade por ARS.

No sentido de dar continuidade ao trabalho já percorrido até ao momento, foram definidas novas linhas estratégicas e aprimoradas algumas já preconizadas anteriormente com o objetivo de alcançar áreas mais carenciadas de investimento e de tentar acompanhar a disseminação no SNS dos CP. Assim, de uma forma global, pretende-se que todas as estruturas do SNS disponibilizem o acesso a uma abordagem paliativa de qualidade; integração dos CP pediátricos no SNS; adequação dos recursos assistenciais especializados em CP; centralização dos cuidados na pessoa/(re)integração da família e

reforço da rede social; formação e capacitação dos profissionais de saúde; certificação e monitorização das esquipas especializadas de CP; melhoria dos sistemas de informação; investimento na informação e sensibilização da população para os CP; e promoção do desenvolvimento da investigação científica na área dos CP.

Apesar de ser um caminho ainda com muito para percorrer, muitos avanços foram feitos para melhorar a cobertura dos CP no SNS, como por exemplo a resolução da Assembleia da República nº 131/2021 que recomenda ao Governo o reforço urgente da rede nacional e da formação em CP (Assembleia da República, 2021).

Para além do necessário aumento da cobertura dos CP no SNS, é também emergente investir na formação no âmbito do controlo sintomático, nomeadamente a dor, pois esta afeta o bem-estar do doente e em última instância da sua família.

1.2 PRINCÍPIOS GERAIS DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

A palavra dor, etimologicamente tem origem no inglês médio, anglo-francês "*peine"* (dor, sofrimento), no latim "*poena"* (pena, punição) e no grego *"poin-e"* (pagamento, pena, recompensa) (Marinho, 2013; Rajaa et al., 2020; Santana et al., 2020).

A primeira definição recomendada pelo Subcomitê de Taxonomia e adotada pelo Conselho da Associação Internacional do estudo da dor (IASP), em 1979, definia a dor como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão". Essa definição foi amplamente aceite por profissionais de saúde e investigadores, e adotada por diversas organizações, governamentais e não-governamentais, incluindo a OMS (Santana et al., 2020, p.2).

Ao longo de algumas décadas, com a publicação de estudos importantes na área relativamente à definição e classificação da dor e, inclusivamente, com a inclusão da dor crónica na classificação internacional de doenças (CID) pela IASP e OMS, houve necessidade de, em 2018, reavaliar a definição previamente apresentada (Santana et al., 2020).

Assim, em 2020, surge o novo conceito de dor definido pela IASP, que se descreve como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial" (Raja et al., 2020, p.2).

Esta definição considera a dor com dois componentes indissociáveis. O sensorial determinado neurofisiologicamente e o emocional baseado no estado afetivo, experiências passadas, estadio de desenvolvimento e inúmeros outros fatores de ordem pessoal, cultural e espiritual (Batalha, 2016).

Esta definição é ainda complementada por seis notas explicativas: 1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais; 2. Dor e nociceção são fenómenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurónios sensitivos; 3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor; 4. A descrição de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitada; 5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; e 6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano sentir dor.

Ainda à luz do conhecimento atual, podem ser evidenciadas seis dimensões na dor: fisiológica (com os seus aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos como a transdução, transmissão, modulação, perceção, vias de transmissão, tipos e síndromes que podem variar na mesma doença ou no decurso da mesma), sensorial (com a discriminação do local, intensidade e qualidade da dor), afetiva (que abrange respostas emocionais negativas ou até positivas como a ansiedade, angústia, depressão, raiva, agitação, irritabilidade, sofrimento, medo e alívio), cognitiva (com a atribuição de significado à dor, atitudes e convicções que temos sobre a dor e os seus tratamentos, preferências, estratégias de *coping*, conhecimentos e limitações inerentes ao desenvolvimento cognitivo), comportamental (com manifestações comportamentais em relação à dor como a expressão facial, vocal, corporal, relação com os outros, consolabilidade, alterações do sono e atividades lúdicas e muitas outras) e sociocultural (com fatores ambientais, familiares, étnicos, culturais, espirituais, religiosos, sociais e contextuais) (Batalha, 2016).

Assim, pode concluir-se que a conceção multidimensional da dor tem implicações diretas na sua avaliação e controlo, reforçando a necessidade de uma intervenção interdisciplinar, multimodal e individualizada (Batalha, 2016).

Com a fundação da IASP, maior associação multidisciplinar internacional no campo da dor, em 1973, deu-se início à promoção da pesquisa e investigação sobre a mesma e, consequentemente, à melhoria dos cuidados prestados a pessoas com dor.
Portugal acompanhou este percurso e em 1991, constitui a associação portuguesa para o estudo da dor (APED). Em 2001, a DGS em colaboração com esta associação, reconhecendo a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal, implementa o primeiro documento estratégico: o plano nacional de luta contra a dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial em 26 de Março (DGS, 2017).
Este plano definiu o desenvolvimento de unidades de dor nos serviços de prestação de cuidados, preconizou que todos os profissionais de saúde deviam possuir conhecimentos gerais sobre a sua abordagem e determinou orientações genéricas para o controlo da dor aguda no período peri-operatório e para o controlo da dor crónica. Para além disso, estabeleceu orientações genéricas para a autoajuda no controlo da dor através das intervenções farmacológicas (IF) e não farmacológicas (Sousa, 2009).

Após a constatação da necessidade de efetuar um controlo eficaz da dor, a DGS publicou a circular normativa de 14 de Junho de 2003 que instituiu a dor como 5º sinal vital, com a recomendação da avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde (DGS, 2003). Esta circular faz ainda referência às escalas que podem ser utilizadas para a avaliação da intensidade da dor, apresentado algumas instruções para a sua correta utilização (Marinho, 2013).

No sentido de dar seguimento ao PNLCD, em 2008, a DGS emitiu uma nova circular normativa, o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) com o objetivo de uniformizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento (DGS, 2017; Sousa, 2009). A este, segue-se em 2013, a publicação do Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor e em 2017, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.

Com este último, a DGS deu continuidade à visão e missão dos planos anteriores: dar substância e coerência à promoção de estratégias prioritárias que visam o reforço da capacidade organizativa e a implementação de modelos de boas práticas na abordagem da dor e extensível a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.
Cicely Saunders foi pioneira no estudo e reflexão relativa à multidimensionalidade do conceito de dor, abrangendo não só os sintomas físicos, mas o sofrimento mental, o

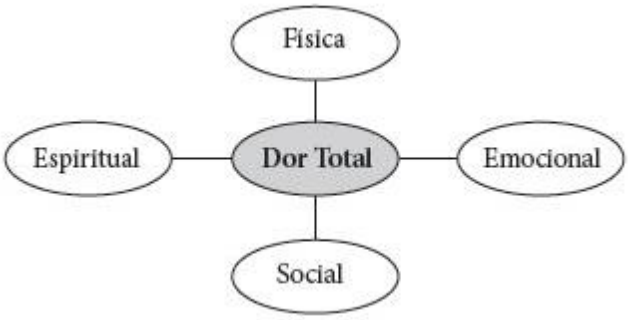
contexto social e biográfico em que se insere a pessoa, dando sempre ênfase à importância da escuta e compreensão da experiência do sofrimento a partir de uma abordagem holística (Castro et al., 2021).

As suas considerações reforçam a importância de uma abordagem que englobe diferentes aspetos inerentes ao ser humano, de forma não reducionista. Assim, em 1964, Cicely Saunders introduz o conceito de "Dor Total" (Figura 2) considerando as diversas dimensões da pessoa implicadas na dor.

A abrangência desse conceito permite compreender que a dor é maior que as sensações físicas e a sua compreensão pode ser a chave para promover o acesso a outras dimensões implicadas no sofrimento (Castro et al., 2021).

Figura 2

Conceito de dor total proposto por Cicely Saunders (1964)



Nota. (Castro et al., 2021)

Apesar da abordagem dos CP ter como meta promover o conforto e a dignidade dos doentes e suas famílias, muitos destes, enfrentando doenças avançadas, ainda experimentam desconforto por se continuar a priorizar o conforto físico em detrimento de outros aspetos inerentes ao processo de doença (Castro et al., 2021; Coelho et al., 2016).

Um dos pilares dos CP corresponde ao controlo sintomático, uma vez que a qualidade de vida está diretamente relacionada com um controlo eficaz dos sintomas. Este controlo sintomático passa por reconhecer, avaliar e intervir adequadamente nos diversos sintomas que podem surgir e afetar o bem-estar da pessoa. É importante ter em consideração que,

independentemente do sintoma, este corresponde sempre a um conceito multidimensional (Gonçalves, 2016).

O sintoma corresponde a uma perceção somato-psíquica em resposta a um estímulo nóxico, real ou potencial. Este é subjetivo e só pode ser descrito pelo próprio, sendo essa descrição modulada por aspetos como o estado de ânimo, significado, ambiente e grau de adaptação emocional à situação. Em CP, os sintomas têm elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e da sua família, são múltiplos e combinados, evolutivos e de caráter multidimensional com causas multifatoriais (Freire, 2017).

A dor, como um dos principais sintomas em CP, comporta esse caráter multidimensional uma vez que não se refere exclusivamente a uma sensação devido à estimulação nocicetiva, mas implica a existência de um fator emocional, pois adquire um caráter subjetivo juntamente com um componente somático-psíquico da pessoa (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2019).

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo e é indispensável à excelência dos cuidados de saúde. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos.

Na prática clínica, a falta de sistematização na sua avaliação conduz, frequentemente, a um subtratamento, apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos. Nesse sentido, os profissionais de saúde que prestam cuidados em contexto de CP, devem não só estar despertos para os fatores desencadeantes, atenuantes e psicossociais, mas também estabelecer precocemente vias de comunicação claras para um diagnóstico, implementação de estratégias de controlo da dor e posterior avaliação da sua eficácia (Carvalho & Parsons, 2012).

De acordo com o *National Hospice Study*, os cinco principais sintomas em CP são: anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação (Freire, 2017). Um único sintoma pode ter mais do que um fator etiológico na sua génese pelo que a tarefa de avaliação e controlo sintomático se assume complexa para o profissional (Barbosa et al., 2016).

Seguindo os princípios gerais do controlo sintomático, nomeadamente: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; antecipar as medidas terapêuticas; adotar uma estratégia terapêutica mista com recurso a IF e não farmacológicas; monitorizar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;

adequar a via de administração; estabelecer planos com o utente e família e reavaliar periodicamente; pode tornar a avaliação dos sintomas uma tarefa mais eficaz e simplificada (Ribeiro & Tiago, 2018).

Os familiares ou pessoas significativas podem ser também um importante recurso na tentativa de colmatar o desafio de avaliar um sintoma, nomeadamente a dor na pessoa, uma vez que podem fornecer informações acerca da sua perspetiva da presença ou ausência de dor com base no conhecimento de comportamentos que a pessoa adota (Ribeiro & Tiago, 2018).

No que diz respeito à sua frequência, a dor está presente em cerca de 40% dos doentes em estadios iniciais da doença, atingindo até 70-80% em estadios mais avançados e a sua prevalência varia entre 70-80% em tumores sólidos, exacerbando se associados a metastização óssea. Considera-se que em 70% dos casos é decorrente da progressão da própria doença e os restantes 30% estão relacionados com tratamentos e outras patologias associadas (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2019).

Assim, o controlo eficaz da dor é um dever de todos os profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde. Reconhece-se a necessidade não só de um maior desenvolvimento do estudo da dor mas também a necessidade de formação dos profissionais para que apresentem uma resposta mais adequada e dirigida à pessoa doente (Sousa, 2009).

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, planear e implementar as intervenções necessárias.

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As primeiras são prescritas, executadas e avaliadas pelo enfermeiro, sendo de sua exclusiva iniciativa e responsabilidade (OE, 2008). As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro profissional de saúde, como é o caso das prescrições farmacológicas, em que o papel e responsabilidade do enfermeiro passa por assegurar a sua administração e monitorizar os seus efeitos.

Enquanto profissional de saúde privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o doente, o enfermeiro tem uma posição importante para promover e intervir no controlo

da dor. Os cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo os mesmos ser devidamente documentados (Sousa, 2009).

No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro tem como foco de atenção a dor, contribuindo para a satisfação do doente, o seu bem-estar e o autocuidado (OE, 2001, 2008, 2012).

De acordo com o guia orientador de boa prática da dor, o enfermeiro deve ter em consideração os princípios na sua avaliação e controlo:

> Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor; a dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica; A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas; perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida; a competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua; a avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação; o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada; os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor; a tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família; a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida; os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado; os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional; os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor e os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor. (OE, 2008, p.13)

Cuidar do doente com dor pode ser uma experiência desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. Tendo em atenção que a dor é uma experiência única e individual, não há um tratamento único para todos os doentes em todas as situações, podendo ser útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado (Elkin et al., 2005).

O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes, de modo a contribuir para o bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente. O enfermeiro deve envolver o doente e/ou cuidador em todo o processo de cuidados de controlo da dor, planeando intervenções individualizadas de acordo com o conhecimento que tem do mesmo, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar (Sousa, 2009).

1.3 IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor recomenda que o plano de tratamento da dor inclua medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: a reeducação do doente, a estimulação elétrica transcutânea, técnicas de relaxamento e biofeedback, a abordagem cognitivo-comportamental, exercício ativo e passivo, entre outras (DGS, 2001).

De acordo com um estudo realizado por Sousa (2009), o controlo da dor é mais eficaz quando envolve intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor. Segundo esta autora, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

Num outro estudo realizado por Matos et al. (2018), a utilização isolada dos recursos farmacológicos demonstrou-se insuficiente no âmbito do controlo da dor, pelo que as estratégias não farmacológicas constituem um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com o regime medicamentoso.

O estudo realizado por Coelho et al. (2018), sugere que a implementação de INF teve impacte não só na diminuição da dor, mas também na diminuição do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e no aumento do estado de conforto através da imaginação guiada. Por sua vez, o próprio doente demonstrou um feedback positivo referindo conforto físico e um sentimento de liberdade.

Adicionalmente, de um estudo realizado na Zâmbia (Munkombwe et al., 2020) emergiram quatro categorias na perspetiva das vivências das enfermeiras em contexto de CP: 1: é necessário dedicar tempo a conhecer o utente e a construir uma relação de confiança para a implementação de INF; 2: as INF só são eficazes se forem selecionadas de forma individualizada; 3: incluir a família como parceira na prestação de cuidados e compreender a relevância de amigos ou da igreja pode interferir no resultado obtido; 4: é necessário reconhecer a existência de algumas barreiras como a disponibilidade de equipamento, a dependência de fatores económicos e a cooperação do utente e das crenças como desafios à implementação destas intervenções.

Assim, com base na literatura referenciada, a aplicação de INF no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, pode ser um recurso extremamente útil na gestão de sintomas e inclusivamente no controlo da dor. No entanto, também é percetível a necessidade de realizar um maior investimento nesta área.

Em congruência com o Plano Nacional de Luta contra a Dor e uma vez que a gestão da dor é um dos fatores considerado mínimo e indispensável para a qualidade de vida, a OE, recomenda que o enfermeiro utilize, como boa prática, INF em complementaridade com a terapêutica farmacológica (OE, 2008).

As INF podem ser definidas como a aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos. Assim, a OE recomenda que o enfermeiro tenha um papel ativo na promoção de cuidados direcionados para a eliminação ou redução da dor utilizando INF em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica. Adicionalmente, sugere a seleção das intervenções considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008).

De acordo com a OE, é possível classificar as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional (OE, 2008).

As intervenções físicas compreendem a aplicação de frio e de calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea (TENS). Estas intervenções são aplicadas com objetivos diversos, tais como promover o relaxamento muscular, libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor, minimizar a atrofia e a desmineralização ou mesmo promover a mobilidade física pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.

Por sua vez, as intervenções cognitivo-comportamentais incluem a terapia cognitiva/comportamental (TCC), a restruturação cognitiva, o treino de habilidades de *coping*, o relaxamento com imaginação e a distração. As intervenções incluídas nesta classificação têm como objetivos ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos, ajudá-la a desenvolver habilidades e estratégias para controlar/gerir a dor e o stress e aumentar o seu foco não só nas sensações de bem-estar, mas também na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.

Finalmente, as intervenções de suporte emocional incluem o toque terapêutico, como um processo intencional de repadronização do campo energético, durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos; e o conforto, que corresponde a uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Ambas têm como objetivo promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar não só a dor mas também outros sintomas que trazem desconforto (OE, 2008).

Como outras intervenções podem ser incluídas a aromoterapia, o reiki, entre outras. A aromaterapia corresponde à utilização de técnicas de inalação, administração oral e/ou tópica de óleos essenciais (massagens, banhos, compressas impregnadas), dependendo da ação pretendida. Esta abordagem complementar tem por base a complexa relação entre o sistema nervoso, o olfato e o resto do organismo (Ferreira, 2014).

Por sua vez, o *reiki* corresponde a uma técnica japonesa que é utilizada na redução do *stress* e promoção do relaxamento com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio do corpo (físico, mental e espiritual). É realizado por um profissional especializado através da colocação das mãos sobre a pessoa. Esta técnica baseia-se na ideia de que a energia flui através de nós e pode ser utilizada para estimular o processo de cura (Freitag et al., 2015).

1.4 MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Para o desenvolvimento da Enfermagem, como ciência e profissão, é fundamental que as teorias, a pesquisa e a prática clínica estejam interligadas (Bousso et al., 2014). A escolha de teorias adaptadas à investigação pretendida justifica-se não só pela necessidade de fundamentar os cuidados, mas também pela sua aplicabilidade na população contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados (Bousso et al., 2014).

Assim, no âmbito do presente estudo emerge a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

1.4.1 Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A teoria do Conforto de Katharine Kolcaba apresenta conceitos com significado para a enfermagem e com fácil aplicabilidade na prática. Uma vez que o alívio da dor contribui para a promoção do conforto, considera-se uma teoria com contributo significativo para a presente investigação.

À luz desta teoria, o conforto pode ser definido como a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (Kolcaba, 1997).

No que diz respeito aos tipos de conforto, o alívio refere-se ao estado no qual a pessoa tem satisfeita uma necessidade específica; a tranquilidade refere-se a um estado mais duradouro e contínuo de calma ou satisfação; e a transcendência, a condição em que se atinge o nível mais elevado de conforto com a superação dos problemas ou da dor.

No que concerne aos contextos, o contexto físico, diz respeito às sensações corporais; o contexto psicoespiritual, abrange a consciência interna de si próprio, incluindo o significado da vida; o contexto sociocultural, diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; e o contexto ambiental, engloba as condições do meio, como a luz, barulho ou temperatura (Kolcaba, 2001).

A teoria do Conforto pode ser dividida e descrita em três partes (Kolcaba, 2001, 2003). A parte I considera o conforto um resultado holístico desejável na prática da enfermagem, sendo por isso importante que os enfermeiros avaliem as necessidades de conforto dos utentes e implementem intervenções para satisfazer as mesmas. A parte II refere que o conforto incentiva os utentes a envolverem-se, consciente ou inconscientemente, com comportamentos que os movem em direção a um estado de bem-estar. Na parte III da teoria, os comportamentos de "busca de saúde" estão relacionados ao que se denomina integridade institucional. A integridade institucional é definida como a qualidade das organizações de saúde em termos de ser provedores de cuidados de saúde completos, sólidos, íntegros, profissionais e éticos (Kolcaba, 2003).

De acordo com Kolcaba (2003), a prestação de cuidados de conforto envolve pelo menos três tipos de intervenções: 1) intervenções de conforto padrão, implementadas para ajudar a pessoa a manter ou a recuperar a função física e evitar complicações; 2) intervenções tipo *coaching* implementadas com o objetivo de aliviar a ansiedade e promover a

esperança, 3) intervenções de “alimento de conforto para a alma” nas quais se incluem, designadamente as INF como a massagem, a musicoterapia ou a imaginação guiada.

Segundo a mesma autora (1991, 2003), a intervenção holística de conforto pode ser utilizada para satisfazer várias necessidades de conforto em simultâneo. Se considerarmos o conceito de dor total, enunciado anteriormente, que perceciona a dor na sua multidimensionalidade com influência de aspetos emocionais, sociais e espirituais, torna-se fundamental que os profissionais de saúde implementem em complementaridade IF e não farmacológicas no sentido de favorecer o seu alívio (Roenn et al., 2008; Vendrusculo-Fangel et al., 2018).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Na fase inicial desta investigação foi possível constatar que a evidência existente relativa às INF implementadas por enfermeiros em contexto de CP, no âmbito do controlo da dor, se encontrava dispersa na literatura. Dada a importância da intervenção do enfermeiro junto da pessoa e o seu papel no controlo da dor, quer através de IF, quer não farmacológicas, foi realizado previamente um protocolo (Vicente et al., 2022) e posteriormente uma *scoping review* para mapear a evidência relativa à temática e foi possível constatar que, dada a lacuna existente na literatura relativamente ao tema e a importância amplamente descrita sobre os benefícios das INF, mais estudos de cariz quantitativo e qualitativo deveriam ser realizados. Nesse sentido, foi desenhado o presente estudo de investigação direcionado à temática.

Neste capítulo explicitam-se os procedimentos adotados, bem como as razões da sua escolha. Inicialmente apresenta-se a questão de investigação e o objetivo delineado e posteriormente expõem-se as opções metodológicas concebidas de acordo com o desenho traçado: o tipo de estudo, a população e amostra, o processo de recolha e análise dos dados, os critérios de validade e rigor definidos e os aspetos éticos e formais.

2.1 OBJETIVO E QUESTÃO ORIENTADORA DA INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação define o percurso metodológico e orienta o mesmo para a obtenção de resultados adequados ao problema em estudo e é, por isso, um aspeto importante para o seu desenvolvimento (Sousa, 2018).

Neste sentido, definiu-se como questão orientadora: Quais as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de INF no controlo da dor, à pessoa em situação paliativa?

Sendo o objetivo descrever a realidade vivenciada pelos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados no âmbito da implementação de INF para controlo da dor, procurou-se então desvelar as suas perspetivas sobre esta vivência do cuidar, em contexto de CP.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Atendendo à questão de investigação e ao objetivo do estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa. Esta escolha prendeu-se com a natureza subjetiva da problemática em estudo.

Sendo objetivo do estudo descrever as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de INF para controlo da dor em cuidados paliativos, considerou-se entre os métodos qualitativos existentes, o fenomenológico a opção adequada, já que a fenomenologia procura compreender a experiência vivida pelas pessoas, isto é, compreender os significados que estas atribuem às suas experiências (Morse & Field, 1996). O método fenomenológico procura dar a conhecer o significado dos fenómenos humanos vividos através da análise das descrições do sujeito. Este método não procura revelar uma relação causal, mas sim a natureza do fenómeno tal como a pessoa o vivencia. É um movimento deliberado de afastamento da quantificação e teste das hipóteses (Mendes, 2007).

Neste estudo foram seguidas as orientações do método fenomenológico proposto por Giorgi (1994, 1997, 2000, 2003, 2010) que tem as suas raízes na fenomenologia descritiva. A escolha da fenomenologia descritiva prendeu-se sobretudo com o objetivo de utilizar uma descrição dos dados, de forma a desocultar a experiência vivida. Desta forma, o fenómeno é o que se revela tal como é em si mesmo, como uma essência que se revela numa intuição. Contrariamente, se o estudo considerasse a corrente fenomenológica interpretativa ou hermenêutica, o investigador não partiria da intuição da consciência, mas sim da compreensão da existência do ser no mundo (Sá et al., 2019).

Na opção pelo método definido por Giorgi esteve subjacente o facto de ser a sua área de interesse o fenómeno humano enquanto experienciado e vivenciado (Mendes, 2007), constituiu uma escolha conducente com o objetivo do presente estudo.

Giorgi (1994, 1997, 2000, 2003, 2010) defende que o método fenomenológico permite aos investigadores estudar de forma científica o complexo processo do fenómeno da experiência humana, uma vez que está orientado para a experiência e para o significado que esta tem para a pessoa que o vivenciou.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foram os enfermeiros em contexto de CP. Foi necessário determinar os critérios de inclusão dos participantes tendo em consideração a problemática e o objetivo de investigação proposto.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se que deveriam ter experiência mínima de um ano na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e na implementação de INF para controlo da dor.

Definidos os critérios de inclusão, procedeu-se à seleção dos participantes. Neste processo foi utilizado o método de amostra intencional. Este método baseia-se no conhecimento específico dos participantes de um determinado fenómeno com a finalidade de partilhar o que sabem (Streubert & Carpenter, 2011). De acordo com estes autores, designa-se por amostra intencional a seleção de participantes ricos de informação para estudar o fenómeno em profundidade, de quem se pode obter informação de importância essencial para a finalidade da investigação.

Para a identificação dos participantes recorreu-se à técnica de amostragem de "bola de neve". O primeiro participante foi selecionado através do estabelecimento do contacto com pares que indicaram colegas que exerciam a profissão em locais onde eram implementadas INF e tinham experiência na sua implementação. Tratou-se de uma amostra autogerada, contando com a colaboração voluntária dos membros iniciais e subsequentes (Costa, 2018). Optou-se por recorrer a esta técnica para identificar de forma mais célere os participantes adequados, dado que, perante o contexto pandémico e as restrições decorrentes implementadas, seria mais difícil aceder aos enfermeiros que integravam os critérios de inclusão definidos.

A amostra foi constituída por dez participantes. Exerciam a sua atividade profissional em diferentes contextos: unidades de internamento de cuidados paliativos, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e consulta da dor. Todas os participantes tinham como experiência profissional um mínimo de um ano na prestação de cuidados a pessoas em situação paliativa e na implementação de INF para controlo da dor, cumprindo-se assim os critérios de inclusão.

Conforme a caracterização sociodemográfica apresentada na Tabela 1, todas as participantes eram mulheres, o que poderá ser justificado com base nos dados estatísticos publicados pela OE (2021), em que, referente a esse ano, de cerca de 80 000 enfermeiros a exercer em Portugal Continental cerca de 82% eram do sexo feminino.

No que se refere à idade, cerca de 80% das entrevistadas tinham entre 26 e 35 anos. Relativamente à experiência profissional, cerca de 50% das participantes (n=5) tinham uma experiência profissional até 5 anos, com uma média de 8,8 ± 7,03 anos. Por sua vez, no que diz respeito à situação profissional, 100% das entrevistadas (n=10) referiram trabalhar por conta de outrem. Finalmente, relativamente ao "grau académico", 40% das participantes tinham mestrado e 20% doutoramento (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização dos participantes (n=10)

Atributos		**Participantes**	
		N	%
Idade	< 30 anos	4	40
	30-35 anos	4	40
	35-40 anos	1	10
	> 40 anos	1	10
	Média ± Desvio padrão	32,3 ± 6,51	
	Moda	28	
Experiência Profissional	1-5 anos	5	50
	5-10 anos	3	30
	> 10 anos	2	20
	Média ± Desvio padrão	8,8 ± 7,03	
	Moda	5	
Situação profissional	Trabalhador por conta própria	0	0
	Trabalhador por conta de outrem	10	100
	Trabalhador /Estudante	0	0
	Reformado/Aposentado	0	0
	Desempregado	0	0
Grau académico	Licenciatura	3	30
	Mestrado	4	40
	Pós-licenciatura de especialização	1	10
	Doutoramento	2	20

2.4 PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Sendo o objetivo do estudo descrever as vivências dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados à pessoa em situação paliativa, refletiu-se sobre as descrições das

experiências vividas e dos significados atribuídos às mesmas (Kvale, 1996). Neste contexto, impôs-se como técnica de recolha de dados a entrevista.

Na investigação qualitativa, a entrevista representa um instrumento básico que se destina a suscitar conceções e opiniões dos participantes (Batista et al., 2017). As entrevistas dão a conhecer a subjetividade do indivíduo através dos seus relatos uma vez que retratam o modo como a pessoa observa, vivencia e analisa o seu tempo histórico, os seus momentos e o meio social onde se insere. Assim, permitem descrever a lógica das relações integradas numa dimensão coletiva na linguagem própria do sujeito (Batista et al., 2017; Duarte, 2004).

No que concerne ao tipo de entrevista, foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Ryan et al. (2009) descreve que esta tipologia é mais flexível, pois apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato. Foi realizado um guião tendo em conta a questão orientadora e o objetivo central do estudo **(Apêndice I).** Na condução das entrevistas houve a preocupação de adaptar as perguntas consoante as características dos entrevistados e de não controlar o conteúdo de forma rígida, uma vez que, poderia anular o seu caráter qualitativo (Bogdan & Biklen, 1994).

Como instrumento de recolha de dados, para além da entrevista, utilizou-se um questionário para caracterização dos participantes **(Apêndice II).**

2.4.1 Ambiente da entrevista

Todas as entrevistas foram realizadas através da aplicação *Zoom,* fora do horário de trabalho das participantes e de acordo com as suas preferências. Optou-se por escolher a aplicação *Zoom* de forma a conseguir conduzir as entrevistas no espaço de tempo previsto para a realização do trabalho e, simultaneamente, alcançar o maior número de enfermeiros que cumprissem os critérios de inclusão previamente definidos. Para além disso, esta metodologia possibilitou reduzir os custos associados à deslocação e evitar constrangimentos uma vez que, perante a pandemia por COVID-19, a realização das entrevistas de forma presencial, poderia ser um fator impeditivo.

As entrevistas realizadas foram áudio-gravadas, com o consentimento das participantes, através da própria aplicação *Zoom* que permitiu, através de um código de acesso enviado por email, que estas fossem realizadas em fórum privado, para que as entrevistadas se sentissem mais confortáveis em falar abertamente sobre a temática e facilitasse a recordação das suas vivências. Como referem Streubert e Carpenter (2011) é boa prática

conduzir as entrevistas num local e num momento que seja mais conveniente para os participantes pois, quanto mais confortáveis estiverem, mais provável é que partilhem informação importante.

As entrevistas decorreram durante os meses de fevereiro, março, abril e maio de 2022, com uma duração média de vinte minutos por entrevista.

Todo o processo de recolha dos dados foi realizado pela mesma investigadora de forma a evitar diferenças significativas na condução da entrevista e todas as transcrições foram revistas por um segundo investigador de forma a verificar o pressuposto de estabilidade proposto por Giorgi que passa pelo processo de auditoria. De acordo com Loureiro (2006) esta estratégia de apreciação dos achados do estudo permite que "outros investigadores sejam capazes de seguir o processo de investigação e possam chegar a conclusões semelhantes tendo em conta os dados recolhidos, a perspetiva e a situação" (p.30).

Para além disso, e como corrobora Ramos (1989) "o investigador não pode extrair significados corretos unilateralmente e, sem a validação conseguida por auditoria, poderia existir um lapso na lógica e uma interpretação errónea da informação" (p.60).

Ao longo das entrevistas, a investigadora adotou uma atitude de disponibilidade, sensibilidade e flexibilidade perante as participantes pois, como refere Benoliel (1988) a entrevista "não é uma troca interpessoal controlada pelo entrevistador, mas uma transação de natureza recíproca que implica uma mudança de papéis sociais" (p. 211).

No final, cada entrevista foi codificada de modo a que apenas a investigadora conseguisse identificar as participantes. À medida que iam sendo realizadas, as entrevistas foram posteriormente transcritas pela investigadora, optando-se pelo registo integral das narrativas de forma a possibilitar a reflexão sobre o seu conteúdo e melhorar alguns aspetos na entrevista seguinte.

Quando se verificou que a saturação dos dados foi alcançada, isto é, quando não surgiram novos temas e os dados se repetiam, deu-se por terminada a recolha de dados à décima entrevista.

2.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados, iniciado após a transcrição das entrevistas, foi realizado tendo por base o método proposto por Amedeo Giorgi. O referido método é constituído

por quatro passos essenciais de forma a garantir a determinação das essências do fenómeno que emergem das análises (Giorgi, 1994, 1997, 2000, 2003, 2010):

1) O primeiro passo consistiu na leitura das transcrições completas, até se obter o sentido do todo, neste caso em particular, das entrevistas transcritas. Segundo Giorgi (1997) a abordagem fenomenológica focaliza-se no contexto total da experiência vivenciada, e como tal, inicia-se com a leitura de toda a entrevista transcrita, tendo presente uma atitude de redução fenomenológica (em que se colocam de parte as preposições teóricas, culturais ou experienciais). Esta fase não envolveu ainda uma análise sistemática, mas sim uma reflexão sobre os dados para apropriação da ideia geral da experiência vivida por cada pessoa. O objetivo foi apreender o sentido do todo. Contudo, Giorgi (1997) recomenda que nesta etapa "não sejam tematizados quaisquer aspetos da descrição, apenas determinados como as partes se constituem no sentido de destacar o que é relevante para análise" (p.245).

2) O segundo passo consistiu na realização de subsequentes leituras das transcrições com o objetivo de identificar e discriminar as unidades de significado. Estas definem-se como "termos simplesmente descritivos que significam que um determinado significado que está contido na unidade de texto separada é relevante para o estudo" (Giorgi, 1997, p. 246). Este autor sublinha ainda que "as unidades de significado não existem nas transcrições por elas mesmas e, são sim constituídas pela atitude e atividade do investigador" (Giorgi, 1997, p. 246).

Cada unidade de significado é delimitada por uma mudança no conteúdo temático. Assim, as entrevistas transcritas foram relidas de novo, de forma demorada, e de cada vez que se identificaram transições de significado nas transcrições, estas foram assinaladas entre elas com uma barra oblíqua (/). No final desta etapa, obtiveram-se uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.

3) No terceiro passo, a linguagem comum das unidades de significado identificadas na etapa anterior, foi transformada em linguagem científica, apropriada para o fenómeno em estudo e de acordo com a perspetiva disciplinar. Assim, as unidades de significado foram reescritas, permanecendo, contudo, fiéis aos significados expressos pelas entrevistadas.

Nesta etapa, com o principal objetivo de organização e transformação das unidades de significado, a partir do processo reflexivo da variação imaginativa, o investigador tem a

necessidade de transformar a linguagem do dia-a-dia expressa pelas participantes, numa linguagem científica e, portanto, mais rigorosa para o discurso.

Esta transformação, realizada a partir do processo reflexivo da variação imaginativa, permitiu determinar a essência da estrutura fenomenal da experiência, de forma a aumentar o rigor científico do estudo, mas mantendo o significado inicial expresso pelas participantes. O objetivo foi, portanto, desvelar e articular o sentido psicológico vivenciado pelas participantes em relação ao objeto de estudo da investigação (Giorgi & Sousa, 2010).

4) No quarto passo de análise, as unidades de significado transformadas, foram sintetizadas numa descrição das estruturas essenciais e gerais da experiência vivida pelas participantes, relativamente ao fenómeno em estudo. Como refere Giorgi (1997) "as estruturas podem ser entendidas como as essências e as suas relações. Estas expressam como o fenómeno em estudo converge ou faz sentido" (p.248) e "o resultado final da análise científica fenomenológica não é só a estrutura essencial, mas antes a estrutura em relação às variadas manifestações de uma identidade essencial" (Giorgi, 1997, p. 249).

De acordo com Giorgi e Giorgi (2003) a estrutura do fenómeno em estudo é constituída por aspetos essenciais referentes às experiências vivenciadas. Esta estrutura foi comunicada a outros investigadores com o intuito de ser analisada criticamente para confirmação (Mendes, 2007).

Assim, foram extraídas expressões do texto correspondentes à transcrição das entrevistas onde as entrevistadas verbalizaram aspetos relacionados com o objetivo do estudo, estruturando deste modo, as unidades de significado. Utilizando as unidades de significado como ponto de partida, procurou-se atribuir-lhes significados, sem alterar a descrição da experiência. Numa fase posterior, elaboraram-se unidades de significado transformadas, não utilizando as palavras textuais das entrevistadas, mas sim o seu significado. Desta forma, recorrendo à estrutura essencial foi possível descrever rigorosamente o significado atribuído ao fenómeno em estudo.

Como instrumento de suporte à análise dos dados foi utilizado o *software* Nvivo 12 *Plus*. Este *software* de análise de dados qualitativos, possibilitou gerir de uma forma estruturada os aspetos relacionados com a análise, nomeadamente a seleção de excertos do texto e a sua inclusão nos temas e o acesso de forma rápida e precisa às entrevistas codificadas (Gibbs, 2009).

2.6 CRITÉRIOS DE VALIDADE E RIGOR

O rigor na investigação passa por apresentar estritamente as experiências dos participantes nos estudos e desta forma sugerir a atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta (Mendes, 2007).

Neste estudo foram seguidos os quatro critérios de rigor referidos por Lincoln e Guba (1985, 2013) que sustentam o rigor da investigação qualitativa: credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade.

A credibilidade diz respeito à precisão dos achados, tal como são descritos por aqueles que vivenciaram a experiência (Loureiro, 2006). Está relacionada com a validade interna da pesquisa e refere-se à confiança que pode ser depositada na veracidade dos seus resultados (Velloso & Tizzoni, 2020). Para incrementar a credibilidade, Lincoln e Guba (1985) propõem algumas técnicas:

1) Relativamente à "verificação pelos membros" que consiste na confirmação/validação dos resultados pelos participantes, esta técnica é utilizada em vários estudos de investigação qualitativa. No entanto, não foi utilizada no presente estudo dado que Giorgi (2010) discorda da utilização da mesma. Giorgi e Sousa (2010) argumentam que o papel dos participantes diz respeito à descrição sobre o que experienciaram perante determinada situação, mas não no que diz respeito ao significado das suas experiências. Segundo os autores e corroborado por Hill et al. (1997) a sua validação não pode estar limitada a uma confirmação empírica, nem mesmo pelos sujeitos que realizaram as descrições através da atitude natural. "Os dados das análises fenomenológicas, levadas a cabo pelo investigador, têm de ser validados intersubjetivamente, pelo que qualquer leitor crítico, que seja conhecedor do método, poderá verificar, corrigir e validar os dados da investigação" (Giorgi & Sousa, 2010, p. 126).

2) Outra estratégia para incrementar a credibilidade deste tipo de abordagem diz respeito ao prolongamento do estudo, que se refere à realização de entrevista até se atingir a saturação dos dados (Lincoln & Guba, 2013). Foi uma estratégia implementada uma vez que, no presente estudo, a recolha de dados decorreu até ao momento em que nenhuma informação nova sobressaiu das entrevistas realizadas, isto é, até ser atingida a saturação dos dados.

3) Por último, a estratégia de triangulação de investigadores foi também utilizada, dado que o processo de análise foi realizado por duas investigadoras.

Relativamente à transferibilidade, esta relaciona-se com a possibilidade de transferência dos resultados de uma pesquisa qualitativa para outros contextos, com outros participantes (Velloso & Tizzoni, 2020). Na sequência de algumas estratégias para implementar a transferibilidade da investigação fenomenológica propostas por Loureiro (2006), no presente estudo foram apresentados uma grande quantidade de excertos ricos e densos do discurso das entrevistadas, adequados ao tema/subtema que descrevem, permitindo ao leitor entender a forma como o fenómeno foi interpretado e apresentado. De acordo com Loureiro (2006) "um exemplar rico e denso de conteúdo é aquele que está adequado, com clareza e rigor, ao tema que descreve, utilizando a linguagem do participante, e que transmite ao leitor a base para entender a forma como o fenómeno é interpretado e apresentado pelo investigador" (p.29).

Foi também relevante para assegurar a transferibilidade a elaboração de uma representação esquemática onde, através da redução fenomenológica e do processo de variação livre imaginativa, se apresentou a organização estrutural dos elementos essenciais do fenómeno em estudo de modo a facilitar a sua compreensão. Por último, foi proporcionada informação sobre os participantes e o contexto em que decorreu o estudo.

A dependência diz respeito a se os achados podem ser considerados como resultado de um processo consistente e confiável (Lincoln & Guba, 1985, 2013). Assim, todo o processo e o próprio método de investigação foram submetidos à consideração de duas investigadoras, no que se denomina por auditoria, e foi descrito todo o processo de análise realizado para que outros investigadores sejam capazes de, utilizando o mesmo método, chegar a conclusões semelhantes, tendo em consideração as informações recolhidas.

Por último, a confirmabilidade diz respeito ao conjunto de etapas que nos levam a determinar em que medida os resultados são o produto do foco da investigação e não uma interpretação arbitrária e enviesada do próprio investigador (Loureiro, 2006). Segundo o autor, "um percurso adequado deve permitir a um auditor devidamente treinado determinar se as descrições, interpretações e recomendações podem ser localizadas até à sua fonte" (p. 30). Para assegurar a confirmabilidade, tal como recomendam Lincoln e Guba (1985, 2013) foi realizado um processo de auditoria e de triangulação de investigadores.

2.7 ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS

Com vista ao cumprimento da exigência e responsabilidade ética, como referido anteriormente, foi submetido um formulário de pedido de parecer e apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra **(Anexo I).**

A participação das entrevistadas foi voluntária, sendo a mesma formalizada com a assinatura digital de um documento de consentimento informado no qual constam informações sobre o teor do estudo e da sua participação **(Apêndice III)**. Relativamente à recolha dos dados, as entrevistas via *Zoom* foram realizadas de forma individual e gravadas em suporte áudio (após autorização expressa das participantes) em sala privada com recurso a um ID enviado para o email pessoal de cada uma das entrevistadas de forma a garantir a privacidade na sua realização. O anonimato dos participantes e confidencialidade no tratamento, análise e divulgação dos dados recolhidos foi igualmente salvaguardado ao longo de todo o processo de investigação através da codificação das entrevistas (E1-E10), não tendo sido utilizada nenhuma informação que identificasse os participantes e tendo apenas a investigadora, acesso às gravações codificadas. Foram salvaguardados os direitos dos participantes, nomeadamente o de retirarem a autorização da sua participação a qualquer momento, e foi assegurado que após as provas públicas de discussão da dissertação as gravações seriam destruídas.

3. APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS ACHADOS

Este capítulo contempla a apresentação e descrição das estruturas essenciais relativas às experiências vivenciadas pelas enfermeiras na implementação de INF no controlo da dor, em contexto de CP.

Da análise das vivências das participantes emergiram como temas principais: a conceção de dor, a implementação das INF, fatores promotores, benefícios da implementação das INF e limitações à implementação das INF.

As participantes concetualizam a dor, como dor total e reconhecem que é importante avaliá-la e monitorizá-la em tempo útil. No processo de gestão da dor defendem a necessidade da implementação precoce de INF. Como referem, perante uma dor total, muitas vezes presente, num contexto de CP, é necessário que o enfermeiro realize um ajuste dos seus cuidados e considere as diferentes dimensões da pessoa e não só a física. Sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, defendem que as intervenções têm de ser centradas na pessoa.

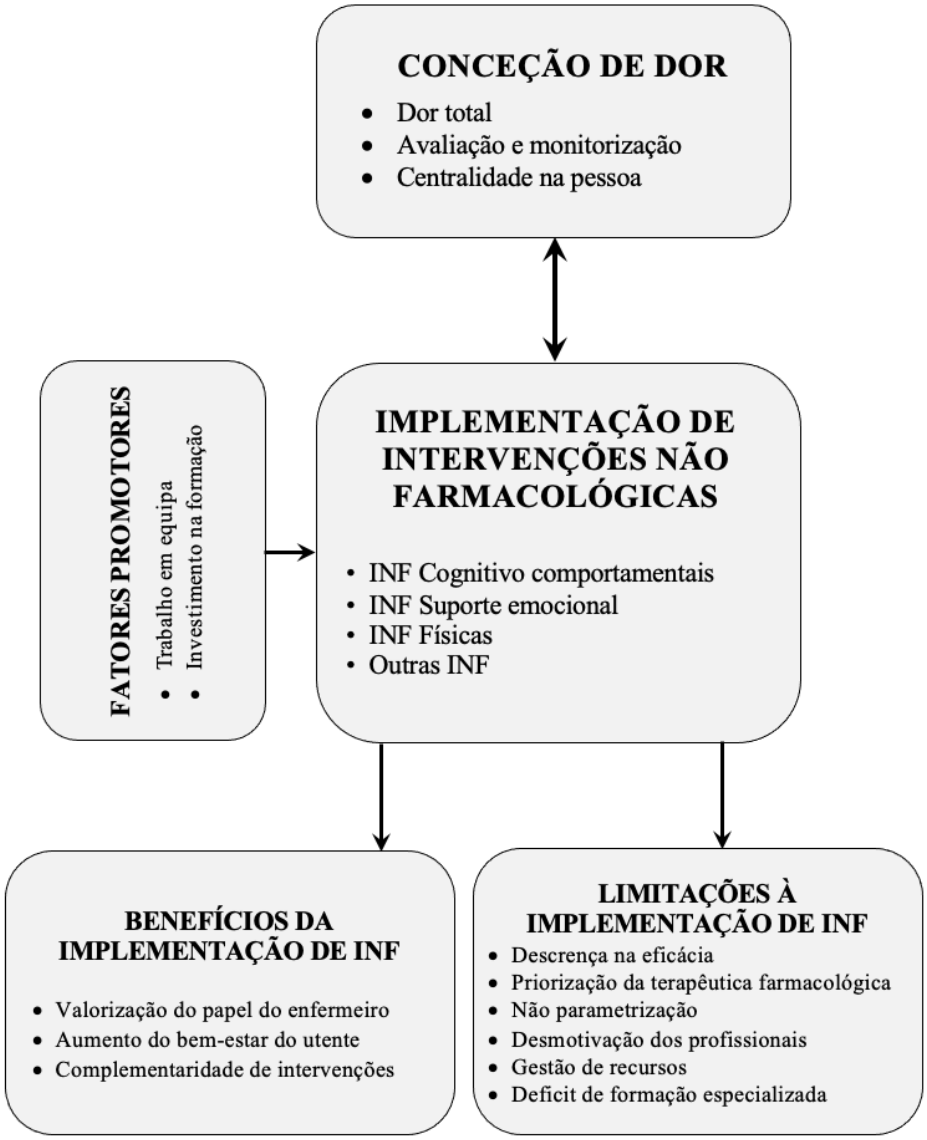
A implementação de INF compreende as intervenções cognitivo-comportamentais, de suporte emocional, físicas e outras. Na avaliação da implementação destas intervenções as participantes reconhecem que as mesmas têm benefícios para o doente, família e sociedade em geral, na medida em que levam à redução do consumo de analgésicos. As enfermeiras expressam que no seu quotidiano de trabalho sentem algumas limitações nomeadamente: a priorização da terapêutica farmacológica, a descrença na eficácia, os recursos, entre outras.

O trabalho em equipa e o investimento na formação são considerados fatores promotores na implementação das INF, motivando a sua utilização pelos enfermeiros.

Em forma de síntese, apresenta-se na figura 3 o diagrama que representa as experiências vivenciadas pelas enfermeiras na implementação de INF no controlo da dor.

Figura 3

Estrutura central da experiência vivenciada pelas enfermeiras



3.1 CONCEÇÃO DE DOR

A dor, segundo as enfermeiras entrevistadas, tem de ser entendida numa dimensão total, que vai para além da dimensão física da pessoa. Esta, designada por dor total, está muitas vezes associada ao sofrimento psicológico que a pessoa vivencia e que o próprio doente muitas vezes não reconhece que tem.

> *"Os nossos doentes têm habitualmente uma dor total associada também às angústias que vivenciam e às experiências de vida que lhes trazem um grande sofrimento..." (E5)*

> *"Dependendo do local da nossa dor ou da patologia, há uma causa emocional inerente e muitas vezes os doentes não têm consciência disso porque no fundo o nosso corpo somatiza as emoções." (E9)*

Perante uma dor total, apesar de complexas, as INF são muito importantes dado que atuam não só na dimensão física, mas também na dimensão psicológica da pessoa, permitindo a realização de um controlo da dor mais eficaz.

"A abordagem não farmacológica da dor tem muito que se lhe diga, porque não podemos considerar só a dor física, temos também a vertente psicológica que podemos considerar na dor total" (E8)

"A ansiedade é um fator importantíssimo no controlo da dor e é por isso que as INF acabam por ser muito importantes" (E4)

É importante que na sua tomada de decisão, o enfermeiro reconheça a dor como dor total e valorize a dor da pessoa, identificando as suas características e a eficácia das intervenções implementadas.

"(...)têm de ser importantes para o enfermeiro e que ele deve ter em atenção para a sua tomada de decisão: (...) entender que a dor tem uma dimensão de dor total para além da dor física e nesse contexto entender também que efetivamente a dor existe mesmo e que quando tem a componente física: o que a causa, o que a agrava, o que a alivia, o que já foi tentado e não surtiu efeito." (E2)

Para as enfermeiras entrevistadas, o controlo e alívio da dor é uma dificuldade sentida, sendo fundamental valorizar os sinais de alerta, as queixas da pessoa e o contexto associado.

"Penso que a questão do controlo e alívio da dor é um problema que começa mesmo antes de existir uma dor efetiva, porque não se valorizam sinais de alerta que a pessoa vai dando, não se realiza uma monitorização eficaz da dor, não se valorizam as queixas iniciais" (E1)

Reconhecem ainda que existem muitas falhas na correta monitorização da dor, na sua realização numa fase precoce e na capacitação do doente sobre a dor e as suas características.

"...existem muitas falhas na correta e atempada monitorização da dor previamente e após a administração da terapêutica, na capacitação do doente para transmitir a dor que sente..." (E2)

"Da minha experiência, considero que o problema que também se coloca logo numa fase inicial é relativamente à monitorização efetiva da dor (...) e ainda na valorização da dor efetiva do doente" (E7)

As enfermeiras referem que, sendo a pessoa o foco da prática clínica, existe uma desvalorização da conceção de dor como uma experiência subjetiva e individual. Enfatizam que as intervenções devem ser centradas na pessoa e, portanto, ajustadas à sua singularidade.

> *"Sabemos que a dor é subjetiva e cada um a vivencia de forma diferente, portanto também deve ser tratada de forma individual na medida em que as soluções que se encontram devem ser ajustadas à pessoa" (E10)*

3.2 IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

De entre as INF implementadas, as enfermeiras entrevistadas fazem alusão às intervenções cognitivo-comportamentais, de suporte emocional, físicas e a outras INF.

No que se refere às INF cognitivo-comportamentais salientam a imaginação guiada como uma INF vantajosa para o doente, ainda que habitualmente utilizada por equipas externas ao serviço, nomeadamente, pela equipa da dor.

> *"Tenho conhecimento que a equipa da dor utiliza também a imaginação guiada e sei que tem muitas vantagens para o doente" (E10)*

Uma das vantagens salientada relativamente a esta intervenção diz respeito à mudança na perspetiva do doente no que concerne ao seu limiar de dor, promovendo o seu relaxamento numa fase de sofrimento.

> *"Da experiência que tenho de imaginação guiada, tenho um exemplo de uma pessoa a quem fizemos e ela tinha picos de dor frequentes e não diminuiu o número de SOS que administrámos, mas diminuiu o impacto que a dor tinha nela, quase como se aumentasse o limiar da dor e de forma muito relaxada ela conseguia atravessar essa fase muito mais facilmente" (E5)*

Uma das enfermeiras faz referência inclusivamente à utilização da imaginação guiada com recurso aos óculos de realidade virtual, em complementaridade com as IF nos posicionamentos e mobilização, e em doentes com úlceras de difícil resolução, diminuindo a sua dor e facilitando o processo de cicatrização.

> *"É utilizada muito também nos posicionamentos e na mobilização (...) Não só como mecanismo de distração, mas por exemplo, um senhor que tinha uma úlcera de pressão extremamente difícil de cicatrizar porque ele não tolerava os tratamentos, sempre com muita dor e muito inquieto, experimentámos complementar a medicação administrada com algum*

tempo prévio à realização do tratamento com os óculos de realidade virtual e o resultado foi excecional: conseguimos cicatrizar a ferida num mês" (E7)

Uma das participantes refere que a imaginação com recurso aos óculos de realidade virtual é eficaz como método de distração na medida em que conduz a pessoa para uma nova realidade, atuando na dor total com a diminuição da ansiedade do doente.

"A utilização dos óculos de realidade virtual é mais eficaz porque acaba por conseguir mais facilmente transportá-los para outro contexto (...) Introduzimos-lhe a opção de utilizar os óculos como forma de distração também porque o próprio ambiente hospitalar aumentava ali a componente ansiosa e que acabava por se refletir na dor total" (E7)

As participantes consideram a presença e o diálogo com o enfermeiro técnicas de distração, importantes como complemento às IF.

"Também considero muito importante a nossa presença, também como técnica de distração" (E10)

"Precisam de uma atenção especial que não se consegue só com medicação, mas sim com um conjunto de intervenções (...) conversar ajuda muito na distração. E é por isso que acho que é um grande complemento" (E5)

Relativamente às INF de suporte emocional, as enfermeiras consideram serem intervenções na sua maioria realizadas sem que o próprio enfermeiro lhe atribua intencionalidade porque já estão enraizadas na sua prática e, apesar de as implementarem, continuam a não reconhecer os seus benefícios.

"Na presença incluímos o próprio conforto à pessoa e o toque terapêutico que podem parecer atitudes "banais", mas (...) que na realidade são cuidados que os enfermeiros fazem de forma intuitiva" (E5)

"Todos nós promovemos e aplicamos as INF, mas de forma intuitiva, e apesar de as aplicarmos, continuamos a não reconhecer o seu benefício" (E3)

A presença do enfermeiro e a escuta ativa são importantes na exploração das preocupações e inquietações do doente, que indiretamente têm impacto na intensidade da sua dor.

"Também a nossa presença e a escuta ativa, tentar perceber o que os preocupa e algumas situações que têm pendentes e que querem ver resolvidas com a família, porque lhes traz muita ansiedade e inquietude e que acabam por se manifestar também a nível físico" (E8)

"A própria presença do enfermeiro também é muito importante e funciona como uma técnica não farmacológica porque às vezes permite por exemplo reconciliar pais e filhos e eles também se sentem mais à vontade e acabam por ficar mais confortáveis" (E9)

Segundo as enfermeiras, é importante que o enfermeiro antecipe estas necessidades da pessoa, disponibilize algum do seu tempo a ouvir as suas preocupações, de forma a proporcionar uma sensação de tranquilidade emocional e promovendo o fortalecimento da relação de confiança que estabelece com o doente.

"(...) uma doente que eu senti que ela queria conversar e precisava de desabafar sobre algum assunto então quando me sentei ao pé dela estive a ouvi-la no fundo, porque eu pouco falei e a doente ficou muito mais tranquila, mais serena e com menos dores. No fim ela dizia-me: "Eu não percebo o que é que me fez, o facto é que estava com um mal-estar, uma angústia e imensas dores que agora não tenho (..) e é importante no nosso dia-a-dia termos tempo para os ouvir, é fundamental, porque só assim conseguimos fazer as terapias também porque ganham confiança em nós" (E9)

De acordo com o descrito pelas enfermeiras, as INF físicas, nomeadamente os posicionamentos, são eficazes não só no alívio da dor, mas também no controlo de outros sintomas, como a dispneia. Estando estes sintomas muitas vezes interligados, a ação destas intervenções atua na promoção do conforto e bem-estar geral do doente.

"Os posicionamentos de conforto, no caso não só do alívio da dor, mas também no alívio da dispneia porque um sintoma descontrolado interfere com todos os outros e acaba por ser um ciclo" (E3)

"Mas o conforto a nível físico e a redução da dor, é muito eficaz também por exemplo com o posicionamento, porque em patologias que afetam mais a parte respiratória, é certo que alguns doentes ficam mais confortáveis sentados e é um cuidado mínimo que não altera o tempo que despendemos nos nossos cuidados e que afeta de forma positiva o bem-estar físico da pessoa" (E8)

As participantes reconhecem que são intervenções em que os enfermeiros têm interesse em realizar formação.

"Grande parte da equipa fez formação sobre massagem, terapia com calor e frio (termoterapia) e sobre a utilização das correntes elétricas periféricas (TENS)" (E2)

De acordo com as entrevistadas, a massagem e a termoterapia são intervenções integradas nos cuidados diários ao doente e implementadas previamente à execução de procedimentos que possam causar ou aumentar a intensidade da dor.

"Como a massagem, é hábito nosso nos cuidados de final de tarde, apoiarmos o doente com algumas medidas nomeadamente a hidratação da pele ou a massagem de afloramento" (E2)

"O que utilizamos muito então é a termoterapia, a massagem (...) Temos em atenção também a aplicação destas técnicas previamente à prática de situações potenciais de dor" (E4)

Segundo as mesmas, estas têm em consideração as técnicas que os doentes já implementavam no domicílio, pois estes sabem o que lhes proporcionava maior alívio da sintomatologia.

"Às vezes com dor total é muito importante a aplicação do quente e do frio. É importante porque por norma o próprio doente já colocava em prática este método no domicílio para alívio da sintomatologia e sabe como funciona melhor para si" (E4)

Como outras INF as enfermeiras apontam o reiki, a aromoterapia e a musicoterapia, com resultados positivos e que os doentes aceitam incluir nos seus cuidados.

"Nós temos uma colega que é mestre de reiki e tem formação de aromoterapia e também aplica muito no nosso serviço, assim como a musicoterapia ou intervenções mais direcionadas para as crenças e para aspetos religiosos" (E5)

"Implementamos também o reiki e é uma intervenção espetacular e muito bem aceite pelos doentes" (E4)

As enfermeiras descrevem a aromoterapia como uma técnica vantajosa que possibilita a redução dos custos em saúde com a diminuição da administração de fármacos e que, sendo mais dirigida para a minimização da ansiedade, tem efeitos benéficos no controlo da dor total.

"Tive também a possibilidade de contactar com a implementação da técnica de aromoterapia por uma colega e era interessante reconhecer a sua ação no controlo da dor apesar de a técnica em si ser mais dirigida à redução do processo de ansiedade" (E3)

"A utilização da aromoterapia seria muito benéfica, quer no hospital, quer na escola e nos lares, porque não seria necessária tanta medicação (...)muitas vezes substituí a metoclopramida por um óleo essencial, o mesmo para cefaleias, para aftas e até em casos de obstipação" (E9)

Esta intervenção atua na promoção do conforto, possibilitando ao doente satisfazer a necessidade da alimentação e cumprir o regime terapêutico prescrito.

"Doentes que acabavam por não comer quase nada, e tinham a medicação prescrita na mesma, mas mesmo assim tinham muita dificuldade em alimentar-se, e após questionar o

médico, aplicava o óleo e o doente acabava por comer consideravelmente, tal não era o alívio que proporcionava" (E9)

A musicoterapia constitui uma estratégia eficaz de distração da dor, promovendo o relaxamento do doente e possibilitando a diminuição do recurso a medidas mais invasivas para a realização de algumas intervenções.

"Relativamente à musicoterapia, os doentes gostam muito, acaba por ser uma distração muito eficaz da dor que sentem, e aquele momento que estão a ouvir é notório que lhes faz muito bem e é uma mais-valia" (E6)

As enfermeiras consideram importante ser uma intervenção implementada por um profissional com formação diferenciada.

"Tivemos musicoterapeuta no serviço durante um ano e nota-se muita diferença quando a questão é técnica e dominada por um profissional, mas na gestão da dor nós conseguimos perceber quando a música é utilizada no intuito de distração" (E2)

3.3 BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

As enfermeiras entrevistadas descrevem vários benefícios decorrentes da implementação de INF não só para o profissional, mas também para a pessoa alvo dos cuidados.

As enfermeiras referem que tanto o próprio doente como a sua família revelam abertura para a implementação de INF ou para a realização de ensinos sobre algumas técnicas e reconhecem as melhorias que as mesmas proporcionam no seu bem-estar.

"Tanto os doentes como as famílias são muito recetivos quando se implementam estas intervenções, reconhecem o seu benefício(...)" (E8)

"Quando é realizado algum ensino ao doente, também por exemplo com técnicas de respiração ou posicionamento, é muito bem aceite pelos doentes porque é como se eles se sentissem incluídos no seu trajeto e sentem-se úteis" (E10)

As enfermeiras referem que os familiares não têm tanta perceção dos benefícios destas intervenções porque quando a família está presente a priorização dos cuidados se centra em proporcionar privacidade ao doente e à família em detrimento da realização de INF.

"Relativamente às famílias, acho que elas não têm tanta perceção da eficácia destas intervenções porque habitualmente quando a família está presente, é quando aplicamos menos as INF, porque, também dadas as restrições que temos tidos relativamente às visitas, o

momento alto do dia é sempre a presença dos familiares então a equipa tenta deixar que usufruam esse momento ao máximo" (E4)

Adicionalmente, referem que os doentes valorizam as INF e os contributos das mesmas no alívio e controlo da dor, e tomam inclusive a iniciativa de as solicitar.

"As pessoas valorizam muito as INF, se tomarmos a iniciativa de colocar uma música relaxante, os doentes numa próxima vez já são eles a pedir para colocar novamente" (E4)

Outro dos benefícios apontado pelas participantes é a valorização do papel do enfermeiro uma vez que as INF correspondem a intervenções autónomas de enfermagem. Reconhecem ser fundamental que o enfermeiro seja incluído nas decisões nomeadamente na gestão da dor.

"A complementaridade destas formações que realizámos podem ser da autonomia do enfermeiro e são muito válidas na gestão da dor sobretudo na dor total", "As INF são a nossa ferramenta de trabalho autónoma e é muito importante, por exemplo, que a tabela prescrita pelo médico seja discutida com o enfermeiro" (E2)

O aumento do bem-estar geral do doente, com a redução dos níveis de ansiedade e de sofrimento associados ao processo de dor, é outro dos benefícios apontado pelas enfermeiras.

"O objetivo é adaptar as músicas (...), é um projeto muito interessante e que provoca mesmo o relaxamento, diminui os níveis de ansiedade que associamos ao pico de dor, ficam menos apelativos e muito mais motivados" (E5)

"Sendo um ambiente agradável para o doente, que estava consciente e orientado até ao fim, e com a presença da esposa, diminuímos muito aquela angústia, o sofrimento e o medo da morte" (E8)

Na perspetiva das entrevistadas, a implementação de INF no controlo da dor permite diminuir o recurso à sedação ou à utilização de analgesia prescrita, quando aplicadas em complementaridade.

"Não utilizando estas estratégias havia a necessidade de o doente ser sempre sedado (...) A nossa abordagem à dor compreende muito adjuvantes e muitas vezes acabamos até por diminuir a dose de opióide prescrita" (E2)

As enfermeiras reconhecem que a utilização de INF de forma complementar à terapêutica, possibilita uma otimização do controlo da dor, sendo mais eficaz comparativamente à administração da medicação de forma isolada.

"Depois muitas vezes a própria medicação não é suficiente e, portanto, no intermediário em que consegues otimizar melhor a dor é preciso estar com o doente, explorar outras opções nem que seja só a técnica de distração, conversar, a termoterapia ou a massagem que são pequenos detalhes complementares que depois fazem a diferença para otimizar o controlo da dor" (E5)

"E as INF direcionadas para o controlo da dor e também da ansiedade, muitas vezes resultam melhor do que apenas a administração de uma terapêutica" (E3)

De acordo com as entrevistadas, os cuidados realizados por enfermeiros com formação especializada pressupõem as IF como primeira linha de intervenção, mas em complementaridade com INF.

"Relativamente aos profissionais com formação diferenciada, nós ativamo-la para o controlo da gestão da dor e numa dor moderada a intensa a primeira linha de intervenção é a terapêutica farmacológica, mas associamos-lhe uma medida não farmacológica complementar como a gestão do ruído, do ambiente com a luminosidade, o reposicionamento, a termoterapia" (E2)

3.4 LIMITAÇÕES À IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

Paralelamente aos benefícios apontados, as entrevistadas consideram também a existência de algumas limitações à implementação de INF.

As enfermeiras reconhecem a descrebilização da implementação destas intervenções na prática influenciada pela descrença na sua eficácia pela equipa de enfermagem e outros profissionais.

"Na maioria das vezes que não implementam uma técnica complementar à terapêutica, nem se pode dizer que seja por desconhecimento das intervenções não farmacológicas que existem, mas por falta de sensibilidade ou porque não acreditam na sua eficácia" (E3)

"O facto de a parte médica e alguns dos colegas não valorizarem a implementação destas intervenções por não acreditarem na sua eficácia, apesar de ser uma prática que tem fundamento, entristece porque é uma desvalorização do nosso trabalho e das nossas intervenções autónomas" (E9)

Referem existir elementos renitentes à inclusão das INF no controlo da dor e consideram ainda muito presente a crença existente de não ser possível aliviá-la sem incluir terapia farmacológica.

"Existe muito ainda a descrença no alívio da dor sem implicar terapia farmacológica" (E1)

"Por exemplo, quando falámos em medicina tradicional chinesa, que uma colega implementava e tinha formação específica nessa técnica, não era aceite por toda a equipa" (E3)

Na opinião das participantes, a prioridade do enfermeiro assenta essencialmente na utilização de IF, considerando-as prioritárias na abordagem à pessoa com dor.

"Na realidade ainda considero que a nossa prioridade é muito a administração da terapêutica em SOS e só ao fim de algum tempo em que nos apercebemos que a dor não reduz e que a medicação não está a fazer efeito é que ponderamos associar uma intervenção não farmacológica" (E5)

As enfermeiras reconhecem que esta priorização das IF constitui uma falha nos cuidados prestados tendo em consideração o investimento em formação sobre INF realizado pelos profissionais.

"Apesar de a equipa ter alguma formação, não só em reiki ou aromoterapia, mas também em massagem, acho que ainda damos demasiada prioridade à medicação, mas também acho que cada vez reconhecemos mais que isso é uma falha na nossa prestação de cuidados" (E5)

As enfermeiras reiteram que seria importante encaminhar precocemente a pessoa para outras intervenções que complementassem as IF, possibilitando um controlo da dor mais eficaz.

"(...) focamos muito naquilo que ainda temos para administrar como SOS e não consideramos numa fase mais precoce encaminhar por outra vertente" (E7)

"Quando reflito depois sobre isso, reconheço que talvez se a intervenção não farmacológica tivesse sido utilizada logo num primeiro momento em complementaridade com a medicação provavelmente teria sido muito mais eficaz" (E5)

A não parametrização das INF constitui uma limitação à sua implementação pois não é realizado um registo das intervenções aplicadas e não são estudados e divulgados os resultados obtidos. As enfermeiras reconhecem que, de forma pessoal e profissional, tais práticas constituem uma desvalorização das intervenções autónomas de enfermagem.

"A título mais pessoal entristece-me e acho que desvaloriza as nossas intervenções autónomas de enfermagem a questão de não se registar o trabalho que é feito nesta vertente. Não se publicam estudos que valorizem as nossas ações, não se contribuiu para disseminar investigação científica na área" (E1)

"Continuamos a não reconhecer o seu benefício e a não divulgar o trabalho aplicado, o que em última instância acaba por ser uma desvalorização da importância das nossas intervenções autónomas" (E3)

Reconhecem ainda que tais factos não trazem visibilidade ao papel do enfermeiro, existindo uma grande discrepância entre as intervenções implementadas e o registo efetivamente realizado.

"De facto, o nosso trabalho fica muito escondido, porque se formos a ver os registos o que está em foque são as atividades mais básicas e o que temos feito é basicamente colocar em notas gerais para tentar dar evidência àquilo que é efetivamente realizado" (E5)

"Considero que em termos de registos também é pouco evidenciado o trabalho e a relação terapêutica que se estabelece com o doente e em termos de dados, é extremamente escasso o que se regista em comparação com o que é efetivamente implementado" (E3)

Outra das limitações à implementação das INF é a desmotivação dos enfermeiros por sentirem que dependem desnecessariamente de outras equipas ou profissionais de saúde para a implementação destas intervenções.

"Acho que também é desanimador o facto de dependermos sempre um pouco de outras equipas porque indiretamente acabamos por não ter uma intervenção autónoma efetiva. Mesmo relativamente à massagem, habitualmente solicita-se a colaboração da fisioterapia para esse género de intervenção e poderia ser uma técnica implementada pela enfermagem porque até existem profissionais de enfermagem com formação específica" (E7)

Esta dependência de equipas externas e o consequente atraso da implementação de INF para controlo da dor é fator desmotivante, uma vez que estas poderiam ser aplicadas de forma autónoma pelos enfermeiros.

"Porque a equipa da dor é excelente e tem intervenções excecionais junto do doente, mas nem sempre tem disponibilidade de vir no dia quando é realizado o pedido de colaboração ou depois quando é contactada posteriormente porque o doente já tem a dor descontrolada novamente. E acho que a nossa equipa também depende demais da intervenção deles, porque nós também temos as nossas intervenções autónomas de enfermagem, porque é que não aplicamos mais vezes de forma autónoma?" (E10)

As enfermeiras referem desmotivação associada a falta de suporte e incentivo por parte dos colegas e enfermeiros gestores que se traduz na diminuição da frequência de implementação de INF.

"Claro que esta falta de incentivo e de apoio não só por parte das instituições, mas até dos próprios colegas traz alguma desmotivação e, na minha opinião, diminui a sua implementação na prática clínica" (E1)

"Também falta muito o espírito de inovação e de motivação entre a equipa porque nós estamos tao formatados em cumprir determinadas metas e objetivos, e na verdade até implementamos determinadas intervenções (...), mas mesmo da parte das chefias não há essa motivação e valorização nesse sentido" (E5)

Adicionalmente, afirmam que as INF são implementadas essencialmente por outros técnicos, sendo um fator desmotivador uma vez que sentem que a implementação de intervenções de enfermagem fica muito aquém daquilo que poderia ser implementado.

"Havia outros técnicos que acabavam por cumprir mais essas intervenções como a psicóloga, a terapeuta ocupacional, porque o nosso trabalho era cumprir as técnicas propriamente ditas, a medicação, o tratamento de feridas, as higienes, acaba por ser um bocadinho redutor e dá muito a ideia que os outros profissionais acabam por investir mais no doente por assim dizer" (E6)

"Em termos de intervenções mais complexas como a imaginação guiada, era a psicóloga que colocava em prática com o doente quando a equipa considerava que a medicação não estava a fazer o efeito pretendido e então ponderavam-se outras técnicas, mas de facto não era implementado pela equipa de enfermagem, e isso também acaba por nos desmotivar" (E8)

As crenças e valores dos profissionais constituem outra das limitações à implementação de INF, uma vez que interferem no que cada um valoriza como prioritário, criando algumas disparidades no próprio serviço.

"Relativamente às INF, no contexto do serviço, que implementamos no controlo da dor a verdade é que não é transversal a toda a equipa, essa é a minha noção", "Considero que interferem mais as crenças e os valores de cada um e o que cada um reconhece como importante" (E3)

Segundo as enfermeiras, a presença destas crenças e valores, traduz-se numa maior dificuldade em evoluir e implementar estas práticas.

"A aromoterapia foi sempre uma técnica que utilizei apesar de alguma resistência que encontrei pelas equipas (...), porque não demonstravam abertura, não davam o benefício da dúvida sejam por crenças e valores ou medo do desconhecido e esta desvalorização é negativa no meu ponto de vista e em vez de caminharmos para o todo, ficamo-nos pela parte" (E9)

O preconceito social é outra das limitações apontadas pelas participantes à implementação regular de INF, sendo transversal ao decorrer do tempo.

"Há 25 anos, quando tirei o curso base ainda não se falava muito de intervenções não farmacológicas e ainda era um pouco tabu" (E9)

"Mas acho que há cada vez mais pessoas envolvidas nesta área e considero que existe ainda um preconceito social de procurar coisas diferentes e isso também é um obstáculo a que se realize mais vezes" (E5)

A gestão dos recursos humanos e técnicos foi referida pelas enfermeiras como uma limitação, na medida em que a própria organização estrutural e institucional minimiza as oportunidades de implementação de INF.

"Acho que a forma como os cuidados de saúde estão organizados também não dão muito espaço para esta inovação, para pensar para além daquilo que é protocolo por assim dizer e nós priorizamos outras coisas efetivamente" (E5)

"Devido também ao tempo, às circunstâncias, aos rácios e também à formação do pessoal médico e não médico nomeadamente enfermagem, o controlo da dor vai muito para uma perspetiva mais farmacológica" (E8)

Relativamente aos recursos humanos, constituem uma limitação à implementação de INF, ainda que os enfermeiros se sintam motivados em utilizá-las.

"Reconheço que existem algumas limitações para este tipo de intervenções, nomeadamente recursos, uma vez que a carga horária se mantém a mesma, com o mesmo número de elementos e nem sempre existe a disponibilidade para executar uma técnica mais específica como por exemplo a imaginação guiada, porque é um processo mais complexo e que requer algum tempo com o doente. Por muito que a equipa tenha vontade de as implementar, nem sempre isso é possível" (E3)

Para além dos recursos humanos, é feita referência aos recursos técnicos como uma limitação:

"A gestão do ambiente acaba por ser, atualmente, um desafio maior porque os quartos individuais foram reduzidos e tendo sempre mais do que um doente por quarto dificulta o processo", "Uma vez que o processo de dor muitas das vezes está associado a um processo de ansiedade, a gestão do ambiente interfere nesse sentido com a redução da luminosidade, a gestão do ruído e a manutenção da privacidade mesmo sendo um quarto partilhado" (E3)

O deficit de formação especializada na área é outra das limitações apontadas pelas participantes. Estas consideram que a formação inicial em enfermagem se revela insuficiente para as necessidades desta tipologia de doentes.

"Porque a escola também nos prepara pouco a este nível", "Reconheço que no dia-a-dia, não fomos formatados na escola para que utilizemos as INF como prioritárias ou como complementares" (E2)

"Considero que é uma área um bocadinho descurada no curso base, e despertava-me interesse também a nível pessoal" (E8)

A possibilidade de terem frequentado muito cedo formação na área das INF despertou para a relevância da introdução das terapias complementares na gestão da dor levando alguns enfermeiros, inclusivamente, a realizar formação mais atualizada e inovadora.

"Ao nível dos CP, na minha prática e de alguns colegas, muito cedo fomos convidados e fomos ficando despertos para a necessidade das INF e até complementares à gestão da dor e integrámos há cerca 18 anos um primeiro curso sobre a gestão do stress e da dor no profissional e no doente, onde grande parte da equipa fez formação sobre massagem, terapia com calor e frio (termoterapia) e sobre a utilização das correntes elétricas periféricas (TENS) e desta equipa houve ainda uma percentagem destes que seguiram para formações mais especializadas, outros foram fazendo outras áreas modulares"(E2)

As enfermeiras consideram também a existência de um deficit de formação específica relativamente à dor, sendo um conteúdo importante na tomada de decisão do enfermeiro.

"Sinto que grandemente há falta de formação sobre a efetiva monitorização da dor porque até se monitoriza no início, mas não se remonitoriza no tempo adequado que é o pico da ação, falta de formação sobre o que é a dor (a dor total) e os seus componentes e a sua fisiopatologia" (E2)

"Há aqui um conjunto de situações que têm de ser importantes para o enfermeiro e que ele deve ter em atenção para a sua tomada de decisão: primeiro ter formação sobre dor(...)" (E2)

Ainda relativamente à formação, as enfermeiras identificam a existência de lacunas ao nível da formação sobre as INF. Apesar de terem conhecimento da sua existência, o deficit de formação impede que sejam implementadas.

"Acho que nos falta também formação na área, de uma forma geral porque muitas das intervenções que fazemos são intuitivas e já há algumas mais enraizadas como a termoterapia, mas parece que nos falta a formação de outras técnicas mais diferenciadas e que ainda são pouco aplicadas como a imaginação guiada" (E5)

"Acho que a equipa no geral está desperta para as diferentes intervenções que existem e sabem que existem, mas ainda falta muita formação para as aplicar" (E6)

Apesar de não haver um investimento por parte das instituições em capacitar os profissionais na área é possível perceber que as enfermeiras, a nível pessoal, procuram ter mais conhecimento e formação de forma a realizar uma prática fundamentada.

"Investimos em vários cursos nomeadamente naturopatia, reflexologia, auriculoterapia, acupuntura, shiatsu, e grande parte também em reiki" (E2)

"A escola também nos prepara pouco a este nível e as formações que existem são pagas pelo profissional de forma individual, que na maioria das situações têm de aplicar no horário de trabalho com todas as outras funções acumuladas" (E1)

3.5 FATORES PROMOTORES

As enfermeiras reconhecem o trabalho em equipa como um contributo importante na implementação destas intervenções de forma a enriquecer os cuidados prestados.

"É também importante reconhecer o contributo de outras áreas e outras categorias profissionais, é benéfico complementar e enriquecer os cuidados, por exemplo tendo em consideração a opinião da psicóloga ou da assistente social" (E3)

"A parte psicológica, que é uma componente também muito importante, em termos da ansiedade do doente (...) que depois inevitavelmente acaba por interferir com a dor, nesses casos pedem a colaboração de outros profissionais como a psicóloga ou a assistente social" (E10)

Adicionalmente, expressam como benéfico para o doente a manutenção do contacto com as equipas com quem este já tinha previamente estabelecido uma relação terapêutica e referem que esta partilha entre equipas em prol do bem-estar do doente, é muito importante.

"Num caso particular, um senhor manteve-se a ser seguido pelo grupo de bem-estar da dor e era seguido também por nós dos CP, mas era importante manter a relação já estabelecida com o grupo da consulta" (E2)

"A equipa está muito desperta para isso e é muito interessante porque aprendemos muito entre nós e partilhamos muito o que fazemos e transmitimos o que resulta melhor com cada um" (E4)

Como já referido, estando muitas vezes presente uma dor total, as enfermeiras consideram fundamental o apoio do capelão.

"Também trabalhamos em complementaridade com outros profissionais, por exemplo com a ajuda do capelão que alivia imenso o sofrimento destes doentes e que também tem formação em cuidados paliativos e os doentes ficam muito mais serenos" (E4)

As enfermeiras referem que tem sido realizado um investimento por parte dos profissionais no cuidado diferenciado na área dos CP e especificamente na aplicação de técnicas para a implementação de INF.

"Falou-me pela primeira vez no reiki e decidi tirar o primeiro nível e depois passado alguns anos retirei o 2º nível", "Fiz também curso de terapia multidimensional por intermédio de uma amiga também enfermeira, mas sempre achei que o toque era benéfico e nessa linha fiz também formações em massagem, reflexologia, auriculoterapia e aromoterapia" (E9)

"Agora recentemente tirei o curso básico de CP, porque senti necessidade também devido ao meu contexto de trabalho e no curso é que fiquei mais desperta para a quantidade de INF que existem. Era para vários profissionais de saúde, não só enfermeiros, e focava muito nos diferentes tipos de intervenções que existem e eu considero que foi muito importante" (E6)

Defendem a necessidade de realizar formação diferenciada como ganho pessoal, não só pelo enriquecimento em termos de conhecimento, mas também para fundamentar os cuidados prestados.

"O meu investimento na área, em cursos e formações complementares foi muito pessoal porque era uma área que eu não tinha experiência e não tinha muitos conhecimentos, também" (E8)

As enfermeiras reconhecem fundamental estudar a eficácia destas intervenções de forma a promover o aumento da sua utilização e defendem que cada vez mais há enfermeiros motivados em investir nas INF.

"A verdade é que nós mesmo não temos isso estudado em termos científicos, mas, da nossa equipa, há provas de estudos científicos desenvolvidos por eles do quanto estas medidas associadas à terapêutica têm diminuído a intensidade de dor referida pelo doente" (E2)

"Acho que era muito importante porque temos cada vez mais enfermeiros motivados e com interesse em investir em intervenções alternativas à terapêutica e a existência de fundamentação nas nossas intervenções seria um fator benéfico para promover a sua utilização mais frequente" (E1)

Relativamente ao investimento na parametrização, revelam existir uma motivação por parte das equipas em contrariar esta problemática, demonstrando interesse em investir na divulgação de estudos científicos e na promoção das intervenções realizadas.

"Mesmo em termos de registos tem sido uma luta, também fazemos muitas intervenções relacionadas com a esperança, com o relato de experiências de vida, com a angústia e isto são tudo intervenções que não estão ainda parametrizadas e tem sido um objetivo da equipa colocar isso também em evidência" (E5)

"A ideia é associar também a associação portuguesa de reiki ao processo, de forma que se comece a aplicar de forma mais consistente e regular e também fazer uma investigação para publicação dos resultados das intervenções" (E5)

As enfermeiras consideram importante o investimento na formação não só como contributo para o reconhecimento das intervenções autónomas de enfermagem, mas também devido à presença de doentes em situação paliativa em diversos contextos clínicos.

"Acho que de uma forma geral falta também muito investimento na formação para além daquilo que se considera a prestação de cuidados básicos e acho que seria uma forma de valorizar também as nossas intervenções autónomas de enfermagem" (E7)

"Acho que devíamos todos ter alguma formação neste sentido porque mesmo em serviços de medicina geral ou outra tipologia, temos doentes de cuidados paliativos, doentes que precisam destes cuidados" (E6)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fenomenologia procura a realidade, complexa e multifacetada, tal como é vivida pela própria pessoa, de tal forma que só a podemos perceber através da riqueza da descrição por si cedida e apresentada (Loureiro, 2006). Em enfermagem, este pressuposto pretende alcançar o entendimento sobre como determinado fenómeno se dá e é vivido pelo outro, o que sente e o que experimenta, de forma a responder às suas necessidades (Loureiro, 2002).

De forma a não enviesar a análise pura das descrições das participantes, até esta fase da pesquisa, suspenderam-se os nossos conceitos, conhecimentos, valores, juízos e expectativas acerca do assunto uma vez que, a perceção prévia sobre o fenómeno poderia influenciar o rigor metodológico aplicável a este estudo fenomenológico, relativamente não só ao seu desenho inicial, mas também à recolha, apresentação e descrição dos dados. Relativamente à discussão dos resultados, esta possibilita uma reflexão acerca dos achados que surgem das descrições das vivências das enfermeiras que participaram no estudo. Pretende-se realizar uma comparação dos achados com os resultados de outros estudos considerados pertinentes, com contextos e/ou metodologias semelhantes, numa perspetiva de revisão e reflexão da temática em estudo.

Esta compreensão das suas vivências e designadamente os desafios e a avaliação que perspetivam da implementação das INF, foi fundamental no âmbito do contributo que pode constituir para a implementação de boas práticas e para o aumento da implementação destas intervenções junto da pessoa, também como valorização das intervenções autónomas de enfermagem.

Dos discursos das enfermeiras entrevistadas aflora, primeiramente, a necessidade de entender a dor numa dimensão total, em que se considera não só a sua dimensão física, mas também as dimensões emocional, social e espiritual. De acordo com Castro et al. (2021), a dor física continua a ser tema de destaque em publicações científicas, em detrimento de outros aspetos intrínsecos à multidimensionalidade da dor.

De acordo com Clark (2018), esta multidimensionalidade do conceito de dor deve abranger não só os sintomas físicos, mas o sofrimento mental, o contexto social e

biográfico em que o doente está inserido e também as suas dificuldades emocionais, com ênfase na importância da escuta e compreensão da experiência do sofrimento numa abordagem holística. É neste sentido que as enfermeiras entrevistadas enaltecem a implementação das INF uma vez que permitem aliviar não só a dor física, mas também a ansiedade e o sofrimento muitas vezes inerente ao processo de doença. Sendo o conforto a meta principal na abordagem dos CP, esta compreensão da complexidade e singularidade inerentes ao conceito de dor total torna-se essencial no cumprimento de um cuidado individualizado ao doente em contexto de CP (Castro et al., 2021).

À semelhança da preocupação em considerar a dor na sua dimensão total, um estudo realizado por Waterkemper e Reibnitz (2010), alerta também para a necessidade de "ampliar a conceção de dor, (...) para além do contexto físico indo ao alcance de fatores psicológicos e sociais e compreendendo o contexto do fenómeno experienciado por cada pessoa" (p.87).

Da descrição das entrevistas realizadas, é possível perceber que o controlo da dor é uma problemática presente ainda antes de o doente verbalizar dor, pela dificuldade sentida em monitorizá-la numa fase inicial e na deteção de sinais de alerta. As enfermeiras reconhecem a dificuldade em realizar uma correta avaliação e monitorização da mesma, previamente à implementação de INF ou mesmo da administração de terapêutica farmacológica, não só devido à não valorização da dor como sendo subjetiva e individual, mas também à dificuldade em capacitar o utente para uma auto-monitorização da sua dor em tempo útil.

Um estudo realizado por Waterkemper e Reibnitz (2010), relata a preocupação dos profissionais em identificar as características do fenómeno da dor, sendo a subjetividade apontada como o maior obstáculo ao cumprimento da correta e eficaz monitorização. Segundo estes autores, as enfermeiras referem que "decifrar esta experiência através da voz de quem a sente é a maior dificuldade, pois não pode ser palpada" (p.88). Sugerem ainda que a correta monitorização da dor, requer do enfermeiro competências técnico-científicas para realizar este cuidado de forma mais eficaz, associando objetividade com subjetividade.

Também num estudo realizado por Sørbye et al. (2019), consideraram difícil a avaliação da dor uma vez que a maioria dos utentes apresenta défices na comunicação, mostrando-se os enfermeiros inseguros relativamente à correta avaliação da dor.

Manworren (2000) afirma que, apesar de o alívio da dor fazer parte do cuidar em enfermagem, os enfermeiros não têm conseguido aliviá-la adequadamente, quer pelo facto de não a valorizarem, quer por manterem a aceitação da mesma como fazendo parte da doença e do tratamento. E estas barreiras para o tratamento adequado da dor, à semelhança dos achados identificados no presente estudo, são determinadas pela falta de conhecimento sobre a sua avaliação e controlo e pela insegurança na sua monitorização precoce.

Estes achados apresentam-se, portanto, em congruência com outros estudos publicados em que os participantes descrevem dificuldades em definir a dor e enfatizam as suas características de subjetividade, complexidade e multidimensionalidade (Marinho, 2013).

As participantes do estudo reconheceram que seria benéfico e muito mais eficaz uma utilização complementar de INF e terapêutica prescrita de forma precoce à existência de um pico de dor e, nas suas perspetivas, uma das soluções passaria por um reconhecimento mais atempado dos sinais de alerta de cada pessoa no que diz respeito à dor.

Segundo a OE (2008) as INF classificam-se em: intervenções cognitivo-comportamentais, intervenções físicas e intervenções de suporte emocional. Designam-se por outras as intervenções que não se enquadram nestas classificações como é o caso da musicoterapia, aromoterapia, reiki, etc. Relativamente às INF cognitivo-comportamentais, pela descrição das entrevistas, pode perceber-se que as enfermeiras implementam maioritariamente o relaxamento com imaginação guiada e a distração, salientando-as como intervenções muito vantajosas para o doente. Com a implementação destas intervenções, relatam mudanças no bem-estar geral do doente, com a promoção do seu relaxamento e aumento do conforto.

Estes resultados são congruentes com os do estudo realizado por Coelho et al. (2018), em que foi implementado um programa de imaginação guiada num contexto de CP. Este estudo sugere que a INF proporcionou aumento do conforto, diminuição da dor e diminuição do ritmo cardíaco e da frequência respiratória.

A literatura existente reporta resultados vantajosos para o doente com a implementação da imaginação guiada no que concerne a distúrbios do sono, dor e fadiga (Nooner et al., 2016). Para além disso, reporta melhorias no controlo da dor em doentes submetidos a quimioterapia (Charalambous et al., 2016), em idosos com doença oncológica

(Shahriari et al., 2017) e pessoas diagnosticadas com fibromialgia (Coelho et al., 2018; Onieva-Zafra et al., 2015).

Num outro estudo realizado por (Lopes-Júnior et al., 2020) foi também avaliado o relaxamento muscular progressivo com imagem guiada interativa e a acupuntura em que, após períodos de stress desencadeados pela quimioterapia e radioterapia, se verificou uma diminuição na intensidade da dor.

As participantes consideram a utilização da imaginação guiada, inclusivamente com recurso aos óculos de realidade virtual, como complementar às IF, como adjuvante na cicatrização de feridas e também utilizada durante a mobilização e posicionamento do doente, uma vez que permite o alívio da dor pela distração da situação que lhe causa desconforto.

É escassa a evidência científica relativa à imaginação guiada com recurso aos óculos de realidade virtual direcionada ao contexto de CP, sendo essencialmente dirigida ao controlo da ansiedade. No entanto, os estudos referentes à designada Terapia de Exposição à Realidade Virtual (TERV) reportam-na como uma técnica terapêutica, que permite que a pessoa experimente uma sensação de presença num ambiente imersivo, tridimensional e interativo que minimiza o comportamento de anulação e facilita o envolvimento emocional (Gerardi et al., 2010; Filho & Tritany, 2022). Um estudo realizado por Ahmadpour et al. (2019) retrata a eficácia da TERV direcionada ao tratamento da dor aguda e crónica para distração da pessoa. Neste sentido, um estudo realizado por Filho e Tritany (2022), direcionado para CP, considerando a dor total, refere que a realidade virtual possibilita um ambiente seguro permitindo que o doente desenvolva estratégias de *coping* mais eficazes e fortaleça a sua capacidade de resiliência que se encontra alterada por processos de ansiedade, trauma, doença ou tratamentos.

Adicionalmente, a própria presença do enfermeiro e o diálogo com o doente funciona como uma técnica de distração da sua dor. Também num estudo realizado por Marinho (2013), os enfermeiros reportaram a distração como uma intervenção vantajosa para "tentar perceber qual o tipo de dor, que às vezes pode ser uma dor somatizada, por estarem sozinhos" (p.66) e com contributos na sua avaliação e monitorização pelo enfermeiro.

Relativamente às intervenções de suporte emocional, estas compreendem o toque terapêutico e o conforto (OE, 2008). São na sua maioria intervenções dirigidas para a escuta ativa e para o diálogo que permitem ao enfermeiro intervir na dimensão psicológica

do doente e assim atuar na sua dor total. De acordo com Picollo e Fachini (2018), a capacidade de saber ouvir e interpretar as necessidades relatadas, bem como aquelas que permanecem subentendidas de acordo com a situação, faz com que os enfermeiros transmitam segurança ao doente.

Corroborando os achados da presente investigação, um estudo relativo às vivências dos enfermeiros em contexto de CP, sugere que que o tempo que o enfermeiro passa com o doente permite estabelecer uma relação terapêutica, vantajosa na compreensão da sua dor. Esta relação é central e fundamental no sucesso da implementação de INF para controlo da dor e para um conhecimento individualizado no que concerne às melhores técnicas de alívio da dor (Munkombwe et al., 2020).

Relativamente ao toque terapêutico, um estudo que pretendeu identificar e avaliar a contribuição desta intervenção num contexto de CP, concluiu que foi positiva em relação aos efeitos físicos, psicológicos e comportamentais com evidência na promoção de relaxamento e bem-estar geral e diminuição da dor (Silva et al., 2015). De acordo com os autores, a complementaridade do toque terapêutico com intervenções como a massagem, a aromoterapia e o reiki demonstrou ser vantajosa com diminuição da dor e desconforto, redução da ansiedade e de alterações de humor (Silva et al., 2015).

No que diz respeito às intervenções físicas, estas compreendem a termoterapia, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea (TENS). Na sua maioria são intervenções apontadas pelas enfermeiras entrevistadas como realizadas de forma intuitiva e implementadas pela maioria dos profissionais uma vez que não necessitam de uma formação tão especializada para a sua aplicação, com exceção da TENS.

Estas intervenções são referidas pelas enfermeiras como eficazes não só no alívio da dor, mas também de outra sintomatologia como a dispneia. Referem ainda o cuidado em implementar intervenções como a termoterapia e a massagem previamente à execução de procedimentos dolorosos para a pessoa.

Um estudo realizado por Lopes-júnior et al. (2021) sugere que a massagem terapêutica diminui a perceção da dor em utentes de CP durante as primeiras 18h após a sua realização e reforça que a mesma reduz a ansiedade e a dor e que os seus efeitos permanecem a longo prazo.

Lopes-júnior et al. (2020) destaca a massagem como a terapia complementar mais utilizada atualmente, contribuindo para a diminuição da dor e adicionalmente para a melhoria do humor imediatamente após as sessões de tratamento. Estes autores identificaram ainda efeitos relaxantes da massagem adicionada à aromoterapia com garantia de um efeito ansiolítico transitório leve.

Outros estudos corroboram os efeitos positivos da utilização da massagem não só direcionada para o controlo sintomático, mas também no alívio da dor após a realização de tratamentos como a quimioterapia ou em doentes oncológicos com metastização (Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez-Reif et al., 2005; Lee et al., 2015).

Um estudo realizado em 2016 fez também referência a INF no controlo da dor com alusão à mudança de decúbito para alívio da sintomatologia como a dor e a dispneia e ressalvou a importância da observação de potenciais sinais de dor uma vez que o controlo e monitorização, assentam num papel de destaque na estratégia terapêutica para que a utilização de fármacos possa ser reduzida e utilizada eficazmente (Aquino et al., 2016).

Como outras intervenções, as enfermeiras entrevistadas consideraram a musicoterapia, a aromoterapia e o reiki. Descrevem-nas como intervenções com resultados positivos no alívio da dor e na minimização da ansiedade, muito aceites pelos doentes e pelas famílias que os acompanham no processo de doença. Estes resultados são congruentes com outros estudos.

A musicoterapia é referida pelas enfermeiras como uma intervenção que facilita a comunicação com o doente e promove o seu relaxamento uma vez que funciona como uma estratégia eficaz de distração da dor. Um estudo realizado em 2019, congruente com estes resultados, concluiu que a musicoterapia "contribui para o controlo de sinais e sintomas, promove a comunicação, a expressão de sentimentos, emoções, bem-estar e conforto" aos doentes e aos seus familiares (Lima et al., 2019).

No que diz respeito à intervenção da aromoterapia, as enfermeiras referem alívio da sintomatologia associada à doença e melhoria na satisfação de necessidades básicas como a alimentação, que não foi possível alcançar apenas com a terapêutica. Diversos estudos realizados num contexto de CP corroboram estes resultados. Um dos estudos concluiu ser benéfica a utilização da aromoterapia de forma combinada com a massagem ou de forma isolada em doentes com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Higa et al., 2021). Um outro estudo sustenta efeitos positivos no doente relativamente à diminuição da sua

dor e também no controlo de sintomas como náuseas/vómitos, edema e insónia (Silva et al., 2020). Também Bandeira et al. (2021) defende a utilização da aromoterapia como INF, ressalvando a sua eficácia na redução da dor e das náuseas, promoção da qualidade do sono e diminuição do sofrimento psicológico.

Relativamente ao reiki, o estudo de Birocco et al. (2012) corrobora os achados do presente estudo sugerindo que a sua implementação gera um aumento do relaxamento e da satisfação/bem-estar. Quando aplicado reiki regularmente, os autores verificaram uma diminuição da dor, ansiedade, náuseas e vómitos e aumento da qualidade do sono (Sousa et al., 2014). Apesar disso, é de ressalvar que os estudos sobre o uso de Reiki, nomeadamente em CP, são ainda escassos (Correia, 2021).

Relativamente às INF referidas e aos estudos considerados, é unânime a necessidade de realização de maior investigação na área com amostras mais representativas e métodos rigorosos na demonstração da eficácia destas intervenções no controlo da dor à pessoa em situação paliativa (Castro et al., 2021; Lopes-Júnior et al., 2020).

Relativamente aos benefícios apresentados acerca da implementação de INF, os resultados são congruentes com estudos já publicitados no que diz respeito ao aumento do bem-estar da pessoa, ao reconhecimento da família e do utente, à utilização em complementaridade, à diminuição da utilização da terapêutica farmacológica e à valorização do papel do enfermeiro.

Lopes-Júnior et al. (2020) considerou INF como a massagem, a imaginação guiada e a acupuntura, e concluiu que, para além do aumento evidente da sua utilização clínica em CP, estas demonstraram efeitos benéficos na pessoa. Estes autores relataram um aumento do bem-estar através da redução imediata da dor, angústia e sofrimento do utente. Para além disso, descreveram uma diminuição da inflamação e edema, promoção do relaxamento muscular, aumento dos níveis de dopamina e serotonina e diminuição de alguns efeitos secundários da terapêutica como as náuseas e os vómitos.

O aumento do bem-estar da pessoa, diretamente relacionado com a diminuição da intensidade da dor experienciada, com a utilização de INF é comprovado por alguns estudos. Um estudo realizado por Alimi et al. (2003) demonstrou uma redução de 36% na intensidade da dor avaliada na Escala Visual Analógica (EVA) com a implementação de acupuntura. A INF realizada no estudo reduziu a intensidade da dor em doentes com

dor crónica associada a uma doença oncológica, que mantinham a sua dor apesar da analgesia prescrita.

O presente estudo sustenta que os doentes reconhecem a importância das INF no alívio da sua dor e demonstram abertura para que estas sejam incluídas nos seus cuidados. Consideram serem fatores importantes também na valorização do papel do enfermeiro como interveniente ativo na promoção de conforto/bem-estar e controlo da dor. No entanto, a insuficiente literatura científica existente relativamente à valorização das intervenções autónomas de enfermagem, permite a reflexão que há ainda um longo caminho a percorrer no sentido de enaltecer o papel do enfermeiro no controlo da dor, também pelos próprios profissionais.

No presente estudo, a utilização de INF de forma complementar à terapêutica torna-se mais eficaz no controlo da dor comparativamente à administração da medicação de forma isolada, sendo também importante numa fase de transição até as IF começarem a atuar. Nas perspetivas das participantes do estudo, esta complementaridade possibilita uma otimização do controlo da dor, com maior ênfase perante uma dor total.

Alguns estudos têm comprovado a importância da associação entre as INF e as IF no controlo da dor em contexto de CP. demonstrando resultados positivos quando utilizadas de forma complementar, diminuindo o tempo de alívio da dor e potenciando a redução da sua intensidade (Hu et al., 2016; Lau et al., 2016).

Relativamente à diminuição da utilização da terapêutica farmacológica, a implementação de INF permite diminuir a utilização de medicação de resgate (SOS) ou sedação. Um estudo realizado por Ruela et al. (2018) sugere que, com a redução da dor, é possível diminuir o consumo de terapêutica farmacológica, minimizando assim também a ocorrência de efeitos adversos relacionados com a medicação. Um outro estudo refere que INF como a acupuntura podem ser eficazes no controlo da dor em doentes sensíveis a analgésicos ou que apresentam sintomas refratários ao uso de altas doses de medicação (Conboy et al., 2016).

Aquino et al. (2016), corrobora este resultado afirmando que o controlo e monitorização da dor assentam num papel de destaque na estratégia terapêutica em CP para que o uso de fármacos seja reduzido e utilizado de forma eficaz.

Num outro estudo, apesar de aplicado a um estudo relativo à implementação de INF no controlo da dor em situação pós-operatória, os participantes descreveram igualmente

benefícios na aplicação destas medidas com diminuição dos gastos no SNS e aumento da autonomia do doente e destacaram ainda a sua fácil aplicabilidade à prática clínica. Araújo (2014), reforça esta ideia referindo que as INF são técnicas na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas às pessoas e às suas famílias/cuidadores para um controlo e gestão da dor no domicílio (Cunha, 2018).

É possível então concluir que, apesar da existência de alguns estudos que contemplam os benefícios da aplicabilidade das INF, é necessário investir cientificamente na publicação de artigos acerca da sua implementação no contexto de CP uma vez que na sua maioria os estudos publicados incidem na dor pós-operatória ou têm como pessoa alvo dos cuidados a criança.

O presente estudo aponta limitações para a implementação destas intervenções como a descrença na sua eficácia, o deficit de formação especializada, a não parametrização de registos, a desmotivação dos profissionais, a priorização da terapêutica farmacológica e a gestão de recursos (humanos e técnicos).

A descrença na eficácia destas intervenções e a descrebilização da sua implementação na prática não só pelos seus pares, mas também pela equipa médica, provoca um sentimento de impotência vivenciado pelas enfermeiras. Sentem que o seu trabalho junto do doente não é reconhecido pela prioridade atribuída às IF transversal à maioria dos profissionais.

Não se encontram estudos científicos publicados que possam sustentar este resultado, incidindo a investigação nas crenças e valores inerentes aos CP de forma global. Um estudo realizado por Alves (2019) concluiu que a existência de crenças por parte dos enfermeiros está relacionada com as crenças existentes na sociedade, verificando-se sobre "temas como a integração dos CP apenas no fim de vida, a visão de que os CP podem ser considerados como último recurso e de que o doente paliativo é aquele em que não se deve investir" (p.91).

No estudo de Tojal (2011), os enfermeiros inquiridos referiram que as suas maiores dificuldades perante um doente em fim de vida se prendem com o falar abertamente sobre a morte e, sobre as respostas a dar a um doente que se encontra próximo do fim de vida. Os enfermeiros sentem dificuldade ao presenciar o sofrimento físico e emocional do doente, e também em comunicar com este, ou esclarecer dúvidas sobre a evolução e prognóstico da sua situação, isto porque, os profissionais de saúde têm medo da sua fragilidade perante o sofrimento do outro, medo de se sentirem impotentes (Alves, 2019).

As atitudes dos profissionais são de certo modo condicionadas pelas crenças e valores pessoais e indiretamente pelas da sociedade atual, mas, como refere Alves (2019), estas podem ser alteradas com maior investimento na formação profissional.

Apesar do evidente aumento de interesse e necessidade de investimento na área de CP e especificamente relativamente às INF, através dos dados recolhidos, foi possível perceber que a grande maioria das entrevistadas possuía formação básica na área de CP e algumas inclusive formação diferenciada em INF específicas como aromoterapia, shiatsu, massagem, imaginação guiada, termoterapia, TENS, naturopatia, reflexologia, auriculoterapia, acupuntura e reiki. É possível perceber que esta necessidade de investimento pelos profissionais se traduz em maior conhecimento para a prática clínica.

Segundo Kolcaba (2001, 2003) as INF são intervenções de conforto. Contudo, a formação neste âmbito é determinante para o aumento da sua implementação fundamentada.

Apesar da crescente preocupação em realizar formação diferenciada e motivação em contrariar as práticas apenas baseadas em implementação de IF, as enfermeiras entrevistadas sentem ser ainda insuficiente para a demanda atual que se verifica, frisando que deve ser uma formação incluída logo no curso de licenciatura em enfermagem.

À semelhança do exposto, de acordo com Bezerra e Brito (2007) existe de facto uma fragilidade relativamente ao conhecimento dos profissionais no que diz respeito ao alívio e controlo da dor uma vez que na sua grande maioria são utilizados métodos farmacológicos e o problema é encarado de uma forma muito redutora.

Relativamente à formação dos profissionais, à semelhança da preocupação demonstrada pelas entrevistadas, também Tavares (2014), concluiu num estudo realizado que a maioria da amostra não possuía formação específica na área. Este autor refere ainda que a maioria dos enfermeiros considera a formação no âmbito da dor insuficiente quer no serviço, quer no curso base.

No estudo realizado por Pölkki et al. (2003), com o objetivo de descrever os fatores que influenciam a utilização de INF por enfermeiros, concluiu que a insegurança dos profissionais constitui o fator mais importante como limitação à implementação das intervenções aliado à necessidade de maior formação e investimento em relação a métodos de alívio da dor. Também o excesso de trabalho, limitação de tempo e o método de trabalho foram identificados como fatores promotores da não implementação destas intervenções.

Num estudo realizado por He et al. (2005), confirmaram a utilidade das INF no alívio da dor, quando utilizadas de forma independente ou em complementaridade com a farmacologia. No entanto, estes autores averiguaram a existência de inúmeros fatores que limitavam a sua aplicação em que o mais prevalente correspondia à falta de elementos na prestação de cuidados e seguidamente a falta de conhecimentos dos profissionais: dois fatores que o presente estudo considerou também como limitações à implementação destas intervenções.

Para Cunha (2018) e Santos (2011), a implementação destas intervenções está condicionada por alguns fatores nomeadamente carência de recursos humanos, não só pela falta de tempo efetivo, mas também pela organização do tempo total de trabalho em cada turno. Adicionalmente, os autores referiram os recursos físicos como um constrangimento à implementação das INF por nem sempre ser possível adequar o espaço físico à realização destas intervenções, facto que poderia ser alterado, sugerem eles, com a definição de algumas medidas em protocolo intituladas de medidas padrão. De acordo com Watt-Watson (como citado por Cunha, 2018), o ambiente físico no doente com dor pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos.

Um dos fatores também apontados como uma limitação à implementação das INF relaciona-se com a não parametrização e não realização de registos de enfermagem não só das intervenções implementadas, mas, primeiramente do controlo e monitorização da dor. A OE (2008) indica que, na colheita de dados sobre a história de dor, devem constar, a descrição das características da dor, os fatores de alívio e de agravamento e a descrição do uso e efeito das IF e não farmacológicas. Segundo Teixeira e Durão (como citado por Cunha, 2018), após a identificação da intensidade da dor da pessoa, o enfermeiro deve implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a eficácia das mesmas. Também Kolcaba (2001), reforça a importância da sequência avaliação, implementação e reavaliação a realizar pelos enfermeiros.

Num estudo realizado por Vicente (2019) as intervenções descritas pelos enfermeiros no âmbito do alivio da dor, referem-se maioritariamente a IF (86,4%), havendo apenas um registo (4,5%) de uma intervenção não farmacológica e nenhum registo de avaliação da sua eficácia, não só relativo a intervenções autónomas, mas também interdependentes.

Segundo Cunha (2018), os enfermeiros reconheceram a necessidade da existência de um protocolo de forma a uniformizar os cuidados preconizados na gestão da dor através de medidas não farmacológicas, também como mais-valia para lhes ser atribuída a

visibilidade merecida. Pereira (2011), referiu ainda que os enfermeiros admitem a implementação de medidas não farmacológicas, contudo, nem sempre as documentam pelo facto de não refletirem acerca da sua importância ou por não as valorizarem como tal.

Efetivamente, foi possível verificar através das entrevistas realizadas que as INF são implementadas maioritariamente como complemento às IF, como preconiza a OE (2008) que defende a sua complementaridade e não a sua utilização como substituição da terapêutica farmacológica. Cunha (2018) e Sá (2014), confirmam nos seus estudos esta tendência de considerar as INF apenas quando a IF não é eficaz.

No entanto, a maioria das entrevistadas reconheceu a priorização da terapêutica como primeira linha de intervenção no controlo da dor, congruente com outros estudos já realizados, mas admitiram a utilização de INF.

Podemos concluir que tem vindo a aumentar o interesse pessoal e profissional no que diz respeito à implementação de INF em CP o que, consequentemente se traduz no aumento da sua utilização em contexto clínico. É importante este esforço educacional e que, paralelamente, exista um esforço por parte das entidades responsáveis no sentido de investir na capacitação dos profissionais acerca de terapias complementares de alívio e controlo da dor e de outros sintomas com possíveis ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados.

Embora utilizadas essencialmente em complementaridade, estão já descritos cientificamente os inúmeros benefícios da utilização das INF e concretamente em CP, no âmbito do alívio da sintomatologia.

Relativamente às intervenções que, segundo os participantes, são efetivamente implementadas, é possível perceber que, mesmo sendo aplicadas, não existe um registo posterior ou parametrização que dê visibilidade à equipa de enfermagem como importante interveniente no controlo da dor e sintomatologia associada e que motive os profissionais a aplicar estas intervenções autónomas de enfermagem.

De acordo com Waterkemper e Reibnitz (2010), as enfermeiras reconhecem que é a partir da implementação de práticas sistematizadas de cuidado que as suas ações podem ser melhor direcionadas de forma a possibilitar um controlo da dor mais completo e eficaz.

As enfermeiras consideram ainda o trabalho em equipa fundamental no acompanhamento ao doente em todas as suas vertentes, no enriquecimento dos cuidados.

Um estudo realizado por Yu e Chan (2010) salienta que os enfermeiros apontaram o apoio e a partilha com os pares como uma estratégia facilitadora na prestação de cuidados aos doentes em contexto de CP. Segundo os autores, a partilha com os colegas de trabalho deve-se ao facto de serem as pessoas que melhor percebem a situação, pois partilham o mesmo contexto profissional, permitindo criar uma sensação de reestruturação e confiança.

Uma vez que o cuidado em CP não se restringe ao doente mas também à sua família, a interdisciplinaridade assume um papel fundamental (Baère et al., 2017). Nesse sentido, as enfermeiras entrevistadas referem como importante a manutenção do contacto com as equipas que conheciam previamente o doente e a sua família, não só na partilha de conhecimentos, mas na garantia da continuidade de cuidados dirigidos à pessoa.

Com a discussão dos resultados do presente estudo, é possível constatar que estes vão ao encontro da evidência existente. No entanto, muita da evidência apresentada não se refere ao contexto específico dos CP por falta de evidência. Dadas as particularidades deste contexto e das pessoas com necessidades paliativas, mais estudos devem ser realizados neste âmbito.

A realização da colheita de dados via *zoom* considera-se uma limitação ao presente estudo uma vez que a impossibilidade de explorar de forma presencial as vivências descritas pelas participantes poderá ter dificultado o processo de realização das entrevistas e consequentemente os achados que emergiram. A condução do presente estudo durante a pandemia por COVID-19 é também uma limitação, pois implicou alguns ajustes nomeadamente na realização da colheita de dados, tendo sido mais difícil aceder aos participantes perante as restrições ainda em vigor à data da sua realização.

CONCLUSÃO

O controlo da dor à pessoa em situação paliativa é um cuidado desafiante, pela multidimensionalidade e subjetividade da dor, pela especificidade dos próprios doentes, pela crença em priorizar a terapêutica farmacológica de alguns profissionais e pela renitência por parte de equipas, enfermeiros gestores e instituições em apoiar os profissionais na implementação de INF.

A implementação de INF associada a este contexto específico apresenta-se na literatura como uma estratégia facilitadora e eficaz no controlo da sintomatologia associada ao processo de doença no qual se inclui a dor. Sabemos *à priori* que, muitas vezes, são intervenções implementadas sem intencionalidade e habitualmente enraizadas na prática clínica havendo, no entanto, ainda um preconceito e uma descredibilização associados a estas práticas não só socialmente, mas também pelos próprios profissionais.

Associado a estes fatores sabemos que os enfermeiros implementam efetivamente INF, mas não realizam um registo que valorize as suas intervenções autónomas. Para além disso, não realizam estudos científicos na área que fundamentem as suas intervenções e divulguem os benefícios decorrentes da sua implementação.

Dada a reduzida evidência científica produzida por enfermeiros, realizou-se o presente estudo tendo sido cumprido o objetivo de descrever as vivências dos enfermeiros relativas à implementação de INF no controlo da dor à pessoa em situação paliativa.

Assim, das suas vivências emergiram cinco temas. São eles: conceção de dor, implementação de INF, benefícios da implementação de INF, limitações à implementação de INF e fatores promotores.

São várias as INF implementadas pelos enfermeiros em CP e estas têm adjacente a conceção da dor enquanto dor total. Assim, a sua avaliação e monitorização deve ser centrada nas diferentes dimensões que constituem a pessoa doente. No âmbito da sua implementação, foram descritos fatores promotores, como o trabalho em equipa e o investimento na formação, e fatores limitadores. Como limitações à sua implementação, são referidos designadamente o deficit de formação especializada ou a priorização da terapêutica farmacológica. Por último, são reconhecidos vários benefícios associados à

implementação de INF, como o aumento do bem-estar da pessoa ou a valorização do papel do enfermeiro.

Os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de um maior investimento por parte das escolas de enfermagem em incluir formação sobre CP, INF e dor nos cursos de licenciatura para que os enfermeiros se sintam mais capacitados na abordagem ao doente e possam implementar práticas diferenciadas e fundamentadas. A formação é um fator promotor do aumento da implementação das INF.

Este estudo é também relevante para a investigação pois são escassos os estudos publicados neste âmbito em que as intervenções são implementadas por enfermeiros. Dado que estas intervenções são implementadas na prática, seria fundamental o investimento na publicação de estudos de forma a documentar a eficácia das mesmas. Considera-se necessária a realização de estudos complementares que analisem os registos e a documentação produzida pelos enfermeiros relativamente às intervenções autónomas de enfermagem no âmbito do controlo da dor, de forma a ser possível evoluir-se para a construção de protocolos de serviço com o objetivo de uniformizar práticas e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa.

No que diz respeito à prática clínica, é fundamental que os enfermeiros gestores e as administrações hospitalares apoiem e motivem os enfermeiros na implementação das INF e invistam na otimização dos recursos humanos e físicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmadpour, N., Randall, H., Choksi, H., Gao, A., Vaughan, C., & Poronnik, P. (2019). Virtual reality interventions for acute and chronic pain management. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology, 114*(1). http://dx.doi.org/10.1016/j.biocel.2019.105568.

Alimi, D., Rubino, C., Pichard-Léandri, E., Fermand-Brulé, S., Dubreuil-Lemaire, M. L., & Hill, C. (2003). Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: A randomized, blinded, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(22), 4120–4126. https://doi.org/10.1200/JCO.2003.09.011

Alves, M. J. (2019). *Conhecimentos, crenças e atitudes dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32470

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7ªed.). APA. https://apastyle.apa.org/

Aquino, A., Góes, I., & Malcher, M. (2016). A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. *Enfermagem Brasil*, *15*(6), 295–300. https://doi.org/10.33233/eb.v15i6.717

Araújo, C. A. (2014). *Um contributo para o desenvolvimento de arquétipos - revisão integrativa da literatura sobre a "dor"* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9489/1/Dissertação Final.pdf

Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC). (2012). *Palliative Care - A human right (Carta de Praga)*. https://attitude.org.pt/wp-content/uploads/2021/03/cartadepraga.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). (2017). *O que são cuidados paliativos.* https://apcp.com.pt/

Baère, T. D., Faustino, A. M., & Miranda, A. F. (2017). A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. *Revista Portal de Divulgação*, *53*(1), 5–19. https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/673/742

Bandeira, M., Oliveira, E., Sampaio, J., & Pegoraro, V. (2021). Aromoterapia clínica como intervenção terapêutica de enfermeiras nos cuidados paliativos. *Revista Casos e Consultadoria*, *12*(1), 1–21.

Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ªed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de estudo*. (1ªed.). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, *11*(3), 23–38.

Benoliel, J. Q. (1988). Health care providers and dying patients: Critical issues in terminal care. *Journal of Death and Dying*, *18*(4), 341-363. https://doi.org/10.2190/4Y6G-XQAP-0XYN-LRW9

Bezerra, R. G., & Brito, V. R. (2007). *O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado da dor em crianças hospitalizadas*. (XI Encontro Latino Americano de Inicação Científica/ VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Paraíba). https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00305_01O.pdf

Birocco, N., Guillame, C., Storto, S., Ritorto, G., Catino, C., Gir, N., Balestra, L., Tealdi, G., Orecchia, C., Vito, G., Giaretto, L., Donadio, M., Bertetto, O., Schena, M., & Ciuffreda, L. (2012). The effects of reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 29(4), 290-294. https://doi.org/10.1177/1049909111420859

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.

Bousso, R. S., Poles, K., & Cruz, D. A. (2014). Nursing concepts and theories. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *48*(1), 141–145. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018

Capelas, M. L., Coelho, S. P., & Neto, I. G. (2016). Organização de serviços de cuidados paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos.* 915-935.

Capelas, M. L., Silva, S. C., Alvarenga, M. I., & Coelho, S. P. (2016). Cuidados paliativos: O que é importante saber. *Patient Care*, *21*(225), 15–20.

Capelas, M. L., Silva, S. C., Alvarenga, M. I., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos, I* (2), 7–13.

Carvalho, R., & Parsons, H. (2012). Manual de Cuidados Paliativos (ANCP). *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*, 1–592.

Cassileth, B. R., & Vickers, A. J. (2004). Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management, 28(3),* 244-249.

Castro, M., Fuly, P., Santos, M., & Chagas, M. (2021). Dor total e teoria do conforto : implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *42*, 1–8. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311

Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P., & Paikousis, L. (2016). Guided imagery and progressive muscle relaxation as a cluster of symptoms management intervention in patients receiving chemotherapy: A randomized control trial. *PLoS ONE*, *11*(6), 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156911

Clark, D. (2018). *Cicely Saunders: a life and legacy.* Oxford University Press.

Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliative Care*, *15*(71), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0

Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *15*(7), 1867–1904. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204

Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apóstolo, J. (2018). The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *20*(4), 392–399. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). (2017). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Biénio 2017-2018. *Acss*, 1–40.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Biénio 2021-2022. *Acss*, 1–60.

Conboy, L., Gerke, T., Hsu, K. Y., John, M. S., Goldstein, M., & Schnyer, R. (2016). The effectiveness of individualized acupuncture protocols in the treatment of Gulf war illness: A pragmatic randomized clinical trial. *PLoS ONE*, *11*(3), 1–14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149161

Correia, P. R. (2021). *Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor em cuidados paliativos: uma revisão integrativa* (Monografia final, Universidade Fernando Pessoa). Repositório institucional Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10805

Costa, B. R. L. (2018). Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *RIGS - Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, *7*(1), 15–37. https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649

Cunha, H. M. (2018). *Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3847

Decreto-lei nº 52/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I Série, nº 172/2012, pp. 5119 - 5124. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841

Despacho nº 131/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: I Série, nº 83/2021, pp. 5-8. https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/131-2021-162314516

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 1-60. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). Dor como o 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. In *Circular Normativa nº09/ DGCG*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos.* Direcção-Geral da Saúde, 1-20. https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Direção-Geral Da Saúde, 1-26. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar Em Revista*, *24*(1), 213–225. https://doi.org/10.1590/0104-4060.357

Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ªed.). Lusociência. http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1368655

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). Guia de elaboração de trabalhos escritos. https://www.esenfc.pt

Consejería de Sanidad y servicios sociales. (2019). *I Manual de cuidados paliativos de Extremadura* (1ªed.) Junta de Extremadura. https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/CustomContentResources/MANUAL%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%202020%20-%20version%20digital.pdf

Ferreira, A. R. A. (2014). *Uso de óleos essenciais como agentes terapêuticos.* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4513/1/PPG_21290.pdf

Filho, B. A., & Tritany, E.F. (2022). Realidade virtual imersiva nos Cuidados Paliativos: perspetivas para a reabilitação total. *Cadernos brasileiros de Terapia Ocupacional, 30*(24), 1-13. https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF22923024

Freire, E. (2017). *Guia prático de controlo sintomático* (3ªed.). Núcelo de Estudos de Medicina Paliativa. https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/

Freitag, V. L., Andrade, A., & Badke, M. R. (2015). O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde : uma revisão narrativa da literatura. *Enfermeria Global*, *38*(1), 346–356.

Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B.O. (2010). Virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, *12*(4), 298-305. http://dx.doi.org/10.1007/s11920-010-0128-4.

Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-2055-7

Giorgi, A. (1994). A Phenomenological Perspective on Certain Qualitative Research Methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, *25*(2), 190–220.

Giorgi, A. (1997). The teory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, *28*(2), 235–260.

Giorgi, A. (2000). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *14*(1), 11–15. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00555.x

Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J. A., Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 20-25). Sage Publications.

Giorgi, A. (2006). Concerning variations in the application of the phenomenological method. *Humanistic Psychologist*, *34*(4), 305–319. https://doi.org/10.1207/s15473333thp3404_2

Giorgi, A. (2008). Difficulties Encountered in the Application of the Phenomenological Method in the Social Sciences. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, *8*(1), 1–9. https://doi.org/10.1080/20797222.2008.11433956

Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Fim de século.

Gonçalves, A. F. M. (2016). *O cuidar dos enfermeiros na equipa de suporte em cuidados paliativos*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa_Goncalves.pdf

He, H. G., Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. M. (2005). Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, *51*(4), 335–342. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03505.x

Henneghan, A. M., & Schnyer, R. N. (2015). Biofield Therapies for Symptom Management in Palliative and End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *32*(1), 90–100. doi: 10.1177/1049909113509400

Hernandez-Reif, M., Ironson, G., Beutler, J., & Vera, Y. (2005). Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *Internacional Journal Neuroscience*, *115*(1), 495-510.

Higa, N., Almeida, R., & Dias, M. (2021). *Efeito da aromoterapia sobre a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos: revisão sistemática* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina UFU). Repositório Universidade Federal Uberlândia. https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/33583

Hill, C., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, *25*(4), 517–572.

Horgas, A. L. (2017). Pain Management in Older Adults. *Nursing Clinics of North America*, *52*(4), 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.08.001

Hu, C., Zhang, H., Wu, W., Yu, W., Li, Y., Bai, J., Luo, B., & Li, S. (2016). Acupuncture for Pain Management in Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–13. https://doi.org/10.1155/2016/1720239

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Anos de vida saudável à nascença (Ano) por sexo*. http://www.ine.pt

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Esperança de vida aos 65 anos.* http://www.ine.pt

Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing, 16*(11), *1301-1310.* http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-26481991.tb01558.x

Kolcaba, K. (1997). The Effects of Guided Imagery on Comfort in women with breast cancer choosing conservative therapy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *130*(2), 1-556. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.05.050

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, *49*(2), 86–92. https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research.* Springer Publishing Company

Kvale, S. (1996). Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing Steinar Kvale. In *The American Journal of Evaluation* (pp.326). Sage Publications. https://doi.org/10.1016/s1098-2140(99)80208-2

Lau, C. H. Y., Wu, X., Chung, V. C. H., Liu, X., Hui, E. P., Cramer, H., Lauche, R., Wong, S. Y. S., Lau, A. Y. L., Sit, R. S. T., Ziea, E. T. C., Ng, B. F. L., & Wu, J. C. Y. (2016). Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: Systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *95*(9), 1–13. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002901

Lee, S. H., Kim, J. Y., Yeo, S., Kim, S. H., & Lim, S. (2015). Meta-Analysis of Massage Therapy on Cancer Pain. *Integrative Cancer Therapies*, *14*(4), 297–304. https://doi.org/10.1177/1534735415572885

Leong, M., Smith, T. J., & Rowland-Seymour, A. (2015). Complementary and integrative medicine for older adults in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, *31*(2), 177–191. https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.004

Lima, C. L., Carvalho, M. D. J., & Silva, E. R. (2019). Musicoterapia para pacientes oncológicos e/ou em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, *9*(28), 162–175. https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.162-175

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry.* Sage Publications.

Lincoln, Y., & Guba, E. (2013). *The Constructivist Credo*. Left Coast Press.

Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S. I., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *28*(1), 1–17. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377

Lopes-Júnior, L. C., Urbano, I. R., Schuab, S. I., Pessanha, R. M., Rosa, G. S., & Lima, R. A. (2021). Effectiveness of complementary therapies for the management of symptom clusters in palliative care in pediatric oncology: a systematic review. *Revista*

da Escola de Enfermagem USP, 55(1), 1-14. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020025103709

Loureiro, L. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem - Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Revista Referência, 2*(2), 22–32.

Loureiro, L. (2002). Orientações Teórico-Metodológicas para Aplicação do Método Fenomenológico Na Investigação Em Enfermagem. *Revista Referência, 1*(8), 5–16.

Manworren, R. (2000). Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing, 26*(6), 610–614.

Marinho, L. A. (2013). *A gestão da dor em cuidados paliativos: saberes e práticas dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1185

Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V., & Fonseca, C. (2017). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros. *Revista Ibero-Americana de Saúde e envelhecimento, (3)*3, 1198-1216. https://doi.org./10.24902/r.riase.2017.3(3).1198

Mendes, I. M. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentoIsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf

Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Formasau. ISBN: 972-8485-22-0.

Morse, J. M., & Field, P. A. (1996). The application of qualitative approaches. In Springer Publishing Company (Ed.), *Nursing research: An overview of qualitative methods* (pp. 18-34). https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4471-9_2

Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 29*(9), 1643–1652. https://doi.org/10.1111/jocn.15232

Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida - a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e crescer, 22*(4), 252-256.

Neto, I. G. (2006). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos.* (pp.1-23). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neto, I. G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ªed.). Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto. I. G. (2017). *Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos cuidados paliativos.* https://ordemdosmedicos.pt/

Nooner, A. K., Dwyer, K., DeShea, L., & Yeo, T. P. (2016). Using relaxation and guided imagery to address pain, fatigue, and sleep disturbances: A pilot study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *20*(5), 547–552. https://doi.org/10.1188/16.CJON.547-552

Onieva-Zafra, M. D., García, L. H., & Del Valle, M. G. (2015). Effectiveness of guided imagery relaxation on levels of pain and depression in patients diagnosed with fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*, *29*(1), 13–21. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000062

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista Divulgar*. 1-24. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. *Cadernos OE.* 1(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.* https://www.ordemenfermeiros.pt/

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista Divulgar*, 1-28. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário estatístico 2021*. https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Definição de qualidade de vida*. www.who.int.

Pereira, I. M. (2011). *A dor no exercício profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico Universidade do Porto.

Picollo, D. P., & Fachini, M. (2018). A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Revista Ciência Médica*, *27*(2), 85–92. https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3855/2759%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zkuer

Pölkki, T., Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. M. (2003). Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *17*(4), 373–383. https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00239.x

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, *16*(6), 278–289.

Raja, S., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogli, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *International Association for the Study of Pain*, 1–7. https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200190

Ramos, M. C. (1989). Some ethical implications of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, *12*(1), 57–63. https://doi.org/10.1002/nur.4770120109

Ribeiro, A. R., & Tiago, A. (2018). *Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura*. (Monografia final, Escola Superior de Saúde Atlântica). Repositório Científico ESSATLA. https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1413

Rocha, A. M. N. (2017). *A Conferência Familiar em Cuidados Paliativos: caracterização, eficácia e satisfaçãoo da família, doente e equipa multidisciplinar de saúde, nas valências de internamento, apoio domiciliário e intra-hospitalar*.(Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório científico da Universidade de Coimbra.

Roenn, J. H., Paice, J. A., & Preodor, M. E. (2008). *Current medical diagnosis and treatment of pain*. Artmed Editora.

Ruela, L., Iunes, D. H., Nogueira, D. A., Stefanello, J., & Gradim, C. V. C. (2018). Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, *52*(1), 1–8. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017040503402

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: the one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *16*(6), 309–314. https://doi.org/10.12968/IJTR.2009.16.6.42433

Sá, F., Henriques, M., & Velez, M. (2019). A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(23), 9–20. https://doi.org/10.12707/riv19038

Sá, J. (2014). *As intervenções do enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica do doente paliativo* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1244

Santana, J., Perissinotti, D., Oliveira, J., Correia, L., Oliveira, C., & Fonseca, P. (2020). Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*, *3*(3), 197–198. https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191

Santos, M. (2011). *Enfermagem à Procura de Si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa.

Shahriari, M., Dehghan, M., Pahlavanzadeh, S., & Hazini, A. (2017). Effects of pregressive muscle relaxation, guided imagery and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer. *Journal of Education and Health Promotion*, *6*(1), 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp

Silva, M. (2014). *Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes , cuidadores e profissionais*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Silva, L., Piexak, D., Gomes, M., Oliveira, A., Medeiros, S., & Fornari, N. (2015, Setembro 10-12). *Modelos de atenção e a integralidade do cuidado - Cuidado paliativo e o uso do toque terapêutico: uma revisão integrativa*. (Congresso). II Congresso de cuidados paliativos do mercosul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Silva, I. T., Araújo, A. C., Medeiros, Y. E., Santos, R. S., Góis, M. M., Augusto, R., & Silva. R. (2020). O uso da aromoterapia no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica de Enfermagem, 22*(1), 1-12. https://revistas.ufg.br/fen/article/view/59677

Sociedade Artística Musical dos Pousos (SAMP). (2015). *Aqui Contigo*. https://www.samp.pt/samp-contigo/aqui-contigo/

Sørbye, L., Steindal, S., Kalfoss, M., & Vibe, O. (2019). Opioids, pain management, and palliative care in a norwegian nursing home from 2013 to 2018. *Health services insights, 12*(1), 1-8. https://doi.org/10.1177/1178632919834318

Sousa, L., Severino, S., & Marques-Vieira, C. (2014). O Reiki como um contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1–23. https://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2014/10/42_2012-com-revisao-revisto-luis-sousa.pdf

Sousa, M. F. A. (2018). *Experiência vivida dos adolescentes com cardiopatia congénita: uma abordagem fenomenológica* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36930

Sousa, M. F. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. *Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural*. 136-152. https://doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3_7

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative (5ªed.).* Lusodidacta.

Tavares, A. C. (2014). *Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas e o uso na gestão da dor na criança* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Tojal, A. P. L. (2011). *Atitude do enfermeiro perante a morte* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Escola Superior de

Enfermagem de Coimbra. https://www.docsity.com/pt/atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte/5075525/

Velloso, I. S. C., & Tizzoni, J. S. (2020). Criteria and strategies of quality and rigor in qualitative research. *Ciencia y Enfermeria*, *26*(28), 1–10. https://doi.org/10.29393/CE26-22CEIS20022

Vendrusculo-Fangel, L. M., Santos, M., Silva, S. M., Colão, A., Vilela, R., Souza, J. R., Gontijo, I. B., Custódio, C., Irala, C. H., Furia, C. L., Barbosa, K., Matheus, L. B., Junqueira, L. Z., Marques, R. P., Ribeiro, Y. H., Almeira, A. J., Corrêa, C. A., & Valadão, D. F. (2018). Cuidados Paliativos. *Diretrizes Oncológicas*, *23*(3), 755–802.

Vicente, A., Coelho, A., Lobão, C., Gonçalves, R., & Parola, V. (2022). Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos : protocolo *scoping review* . *Revista Eletrónica - Enfermería Actual En Costa Rica*, *43*. https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v

Vicente, A. (2019). *A integração de ações paliativas no cuidar da pessoa com doença oncológica e dor no serviço de urgência* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

Waterkemper, R., & Reibnitz, K. (2010). Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm*, *31*(1), 84–91. http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1.pdf

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/

Yu, H. U., & Chan, S. (2010). Nurses' response to death and dying in an intensive care unit - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(1), 1167–1169. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03121.x

APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Introdução da temática, explicação da finalidade do estudo e objetivo correspondente
- Explicação do procedimento da entrevista: entrevista audio-gravada através da aplicação *Zoom* para ser posteriormente transcrita e analisada
- Formalização do pedido de Consentimento Informado

Uma vez que se pretende uma resposta aberta acerca da temática, será efetuada uma entrevista não estruturada, no sentido de permitir que o entrevistado elabore e refira as suas vivências de forma livre e sem a existência de constrangimentos. Será então colocada uma pergunta aberta que não influencie o discurso, funcionando apenas como uma linha orientadora para o desfecho da entrevista. Consoante as respostas dadas, poderão ser colocadas adicionalmente 1 ou 2 perguntas (novamente com carácter generalista) apenas como forma de manter a temática pretendida em foco.

Pergunta

"Como vivencia a sua experiência no âmbito da implementação de intervenções não farmacológicas à pessoa em situação paliativa com vista ao controlo da dor?"

Perguntas adicionais

"O que pensa sobre a implementação de intervenções não farmacológicas à pessoa em situação paliativa com vista ao controlo da dor?"
"Que dificuldades sente na sua implementação?"
"Pode descrever as suas vivências relativas à implementação destas intervenções?"

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Em relação às seguintes questões, assinale com um X a resposta que melhor se adapte à sua situação ou preenche-a, se for caso disso.

1 – Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2 – Idade: _____ anos

3 – Estado civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de Facto ☐

Divorciado(a) / Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

4 – Com quem vive? _____

5 – Tipo de habitação: Vivenda ☐ Apartamento ☐

6 – Área de residência: Rural ☐ Urbana ☐

7 – Concelho de residência: _____ Distrito de residência: _____

8 – Situação profissional: Trabalhador por conta própria ☐

Trabalhador por conta de outrem ☐

Trabalhador/Estudante ☐

Reformado(a)/ Aposentado(a) ☐

Desempregado(a) ☐

9 – Grau académico: Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Pós-licenciatura de especialização ☐

Doutoramento ☐

APÊNDICE III

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE

O estudo a realizar integra o curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Esenfc) sob orientação da Professora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira e da Professora Adriana Neves Coelho. A investigação que se pretende efetuar apresenta como título: Implementação de intervenções não farmacológicas (INF) no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação paliativa: vivências dos enfermeiros e tem como finalidade descrever as vivências dos enfermeiros no âmbito da implementação de INF para controlo da dor à pessoa em situação paliativa.

Este documento pretende a sua autorização para realizar uma entrevista de forma individualizada através da aplicação *Zoom*, com um tempo médio de 20 minutos em que dirá o que considerar pertinente. Gostaria de saber se, com a sua autorização, a entrevista poderá ser gravada. Informo também que no final da sua realização, em 2023, irei destruir toda a informação.

Este é um trabalho financiado por mim própria, sem pagamentos externos para as deslocações ou contrapartidas que possam surgir. Esta entrevista tem um carácter voluntário de participação, sem qualquer prejuízo caso não queira contribuir ou anular à posteriori a sua participação.

Os dados recolhidos serão tratados com a máxima confidencialidade e respeito e serão somente utilizados no trabalho referido, de modo a preservar a sua intimidade e privacidade. É assegurado o anonimato e o sigilo relativamente à informação fornecida uma vez que de acordo com o artigo 85º d) – "Do dever de sigilo", do CDE, o enfermeiro assume o dever de "manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados".

Assim, não registo dados que permitam a sua identificação nem do local onde trabalha e, por conseguinte, a cada entrevista será atribuída um código e a informação será tratada conjuntamente para não haver possibilidade de ser identificada.

Deixo então o meu contacto telefónico – 913311332 e o meu endereço eletrónico – anapatriciag@hotmail.com, para o caso de surgir alguma questão.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Ana Patrícia Gomes Vicente

(Assinatura de quem pede consentimento)

Por conseguinte, eu _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como toda a informação que me foi fornecida pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a liberdade e possibilidade de poder revogar, a qualquer momento, a participação neste estudo exclusivamente académico e, por isso, decido de modo consciente aceitar a proposta realizada e permito a utilização dos dados que serão recolhidos, com garantia de anonimato e confidencialidade.

_____

(Assinatura ou rubrica da pessoa selecionada)

Coimbra, ____ de _____ de _____

(Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente)

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 835/01-2022

Título do Projecto:
Implementação de intervenções não farmacológicas no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação paliativa: vivências dos enfermeiros

Identificação dos Proponentes

Nome(s):
Ana Patrícia Gomes Vicente

Filiação Institucional: Estudante do XI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica e XIV Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável: Ana Patrícia Gomes Vicente

Orientador: Professora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira e Co-Orientadora Professora Adriana Neves Coelho

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O controlo da dor é um dos objetivos dos Cuidados Paliativos, realçando a proponente "O papel do enfermeiro no cumprimento deste objetivo através da implementação de intervenções não farmacológicas", evidenciadas na literatura como um importante adjuvante à analgesia farmacológica, constituindo um recurso de baixo custo e com reduzidos efeitos secundários.
A justificação do estudo deriva da escassa "evidência relativa às vivências dos enfermeiros no âmbito da sua implementação à pessoa em situação paliativa" daí a relevância em "descrevê-las como possível ponto de partida para a disseminação da sua implementação", constituindo este o objetivo do estudo.

Trata-se de um estudo qualitativo de cariz fenomenológico, tendo como participantes enfermeiros que exercem a profissão em locais onde são implementadas intervenções não farmacológicas. A amostra constituir-se-á "por conveniência em que a primeira pessoa será selecionada através do estabelecimento do contacto com pares que irão sugerir colegas com base nos critérios de inclusão estabelecidos: ter experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, e ter experiência na implementação de intervenções não farmacológicas para controlo da dor.

A voluntariedade dos participantes é assegurada através do seu consentimento prévio formalizado com a assinatura de Declaração de consentimento informado que é apresentada em anexo na versão escrita, onde consta a informação sobre a investigação, condições de participação e contato da investigadora para esclarecimento de eventuais questões inerente ao estudo.

A recolha de dados será com recurso a entrevista semiestruturada via *zoom* com a garantia de consentimento dos participantes para que seja áudio-gravada, estando este aspeto devidamente especificado e salvaguardado na Declaração de consentimento informado.

A proponente assegura o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, através da não utilização de informação identificativa dos participantes e codificação das entrevistas e garantindo a restrição de acesso à gravação às investigadoras, comprometendo-se a destrui-la após a sua transcrição.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Para obviar questões inerentes à confidencialidade e anonimização impõem-se como recomendações:
1º - Retificar na Declaração de consentimento informado que a entrevista por via zoom será vídeo-áudio-gravada e incluir as respetivas medidas éticas a adotar tendo em conta a gravação de imagem;
2ª – Rever o questionário relativo a variáveis sociodemográficas dos participantes. Considerando o objetivo do estudo, e apesar de salvaguardada a não utilização de informação identificativa dos participantes, deverá a investigadora observar o princípio de minimização, recolhendo apenas os dados pessoais adequados, pertinentes, e não excessivos relativamente às finalidades da recolha, em conformidade legal e normativa com o Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

Não há previsão de danos ou custos para os enfermeiros participantes no estudo, assim como benefícios, apenas que fomente o conhecimento e a sua posterior divulgação acerca da temática como prevê a investigadora.

A recolha de dados está prevista para o mês de março de 2022.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, salvaguardando-se as recomendações referentes à recolha de dados, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator: Assinado por : **Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves**
Num. de Identificação: 04421986
Data: 2022.02.16 13:36:06+00'00'

CHAVE MÓVEL

Data: 16 /02/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia